



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ – ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΤΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ
ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ»**

ANNA MARIA BARBAZA

Νοσηλεύτρια ΤΕ

A.M. ΜΥΝ33

Ηράκλειο - Σεπτέμβριος 2021



HELLENIC MEDITERRANEAN UNIVERSITY
FACULTY OF HEALTH SCIENCES – NURSING DEPARTMENT

POSTGRADUATE STUDIES

«ADVANCED CLINICAL PRACTICE IN HEALTH SCIENCES»

MASTER OF SCIENCE

DIPLOMA THESIS

**«SUICIDE ATTEMPTS:
EPIDEMIOLOGICAL RECORDING
AND RELATED RISK FACTORS»**

ANNA MARIA VARVAZA

RN

I.D. MYN33

Heraklion - September 2021

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Πατελάρου Ευρυδίκη

Καθηγήτρια ΕΛΜΕΠΑ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πατελάρου Ευρυδίκη

Καθηγήτρια ΕΛΜΕΠΑ

Κωνσταντινίδης Θεοχάρης

Επίκουρος Καθηγητής ΕΛΜΕΠΑ

Κλεισιάρης Χρήστος

Αναπληρωτής Καθηγητής ΕΛΜΕΠΑ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πατελάρου Ευρυδίκη

Καθηγήτρια ΕΛΜΕΠΑ

Κωνσταντινίδης Θεοχάρης

Επίκουρος Καθηγητής ΕΛΜΕΠΑ

Κλεισιάρης Χρήστος

Αναπληρωτής Καθηγητής ΕΛΜΕΠΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ – ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η απόπειρα αυτοκτονίας και η εγκατάσταση αναπηρίας ή ο θάνατος εξαιτίας της, είναι τραγικά γεγονότα με επιπτώσεις στην οικογένεια του ατόμου που αποπειράται, στο οικείο περιβάλλον του και κατ' επέκταση και στην κοινωνία στην οποία ανήκει. Ολοένα και περισσότερες απόπειρες καταγράφονται παγκοσμίως και έχει αναδειχθεί ως πρόβλημα από πολλές κοινωνίες κυρίως του δυτικού πολιτισμού, με αποτέλεσμα να υπάρχει αυξημένη ανάγκη κατανόησης όλων εκείνων των παραγόντων που συντελούν στην απόφαση της απόπειρας ώστε να υπάρξει καλύτερη πρόληψη αυτής.

Η Ελλάδα την τελευταία δεκαετία, είχε όλες εκείνες τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες για να παρατηρηθεί οποιαδήποτε μεταβολή στα καταγεγραμμένα ποσοστά αυτοκτονιών. Οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν, τελικά δεν ήταν κατατοπιστικές για την εξακρίβωση του τι πραγματικά είχε συντελεστεί, παρά το ότι η υποκειμενική αντίληψη των επαγγελματιών ψυχικής υγείας κατευθυνόταν στην αύξηση των ποσοστών αποπειρών και αυτοκτονίας.

Η παρούσα μελέτη διαπραγματεύεται το θέμα των αποπειρών, για τις οποίες απαιτήθηκε νοσηλεία στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης (ΠαΓΝΗ), σε τρεις μεγάλες κλινικές, τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, την Παθολογική Κλινική και την Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων του νοσοκομείου. Ο σκοπός δε, είναι να διερευνηθούν οι παράγοντες κινδύνου που συνετέλεσαν στη λήψη της απόφασης για την απόπειρα και την επαναληψιμότητα αυτής κατά περίπτωση.

Θα ήθελα σε αυτό το σημείο να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια της συγκεκριμένης μεταπτυχιακής εργασίας, κα Πατελάρου Ευρυδίκη, για τον ενθουσιασμό της να ασχοληθούμε με ένα δύσκολο θέμα και την πάντα καιρία παρέμβασή της, μέχρι την ολοκλήρωση της συγκεκριμένης μελέτης. Επίσης, τα μέλη της συμβουλευτικής επιτροπής, κ.κ. Κωνσταντινίδη Θεοχάρη και Κλεισιάρη Χρήστο για τη συμβουλευτική καθοδήγηση καθόλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας.

Θα ήταν μεγάλη παράλειψη αν δεν αναφερόμουν στη συμπαράσταση και εξαιρετική διευκόλυνση που έλαβα για τη διαχείριση των αρχείων των κλινικών, από τους κα Μπάστα, διευθύντρια Ψυχιατρικής Κλινικής ΠαΓΝΗ, κ. Γεωργόπουλο, Διευθυντή Μονάδας Εντατικής Θεραπείας ΠαΓΝΗ και κ. Κοφτερίδη, Διευθυντή Παθολογικής Κλινικής ΠαΓΝΗ, καθώς και το προσωπικό που παρά τον φόρτο εργασίας είχαν κάθε καλή διάθεση να βοηθήσουν στη συλλογή στοιχείων.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ ανήκει στην οικογένειά μου για την υποστηρικτική στάση τους καθόλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών.

Περιεχόμενα

1. Εισαγωγή	11
1.1 Γενικά στοιχεία	11
1.2 Θεωρίες Διάκρισης Αυτοκτονίας.....	12
1.2.1. Κοινωνική και κοινωνιολογική διάκριση της αυτοκτονίας	12
1.2.2. Εννοιολογική προσέγγιση της απόπειρας αυτοκτονίας	13
1.2.3. Ψυχολογική διάκριση της αυτοκτονίας	14
1.2.4. Βιολογική θεωρία της αυτοκτονίας	15
1.2.5. Ψυχική νόσος και αυτοκτονία.....	16
1.2.6. Σωματική νόσος και αυτοκτονία	16
1.3 Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την αυτοκτονικότητα	17
1.3.1. Οικογένεια και αυτοκτονία	17
1.3.2. Η σχέση μητέρας - παιδιού	17
1.3.3. Φύλο	18
1.3.4. Ηλικία	19
1.3.5. Χρήση ουσιών.....	19
1.3.6. Κοινωνικός τρόπος ζωής	20
1.3.7. Τρόπος απόπειρας αυτοκτονίας	21
1.4 Η οικονομική κρίση ως παράγοντας κινδύνου	22
2. Σοβαρές Απόπειρες Αυτοκτονίας (Serious Suicide Attempts)	24
3. Επανάληψη Απόπειρας και αποτυχία της θεραπείας	26
4. Σκοπός της μελέτης	28
5. Μεθοδολογία	28
5.1 Είδος Μελέτης	28
5.2 Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού.....	29
5.3 Συλλογή δεδομένων	29
5.4 Στατιστική ανάλυση δεδομένων	30
6. Αποτελέσματα	31
7. Αποτελέσματα Μονοπαραγοντικής Ανάλυσης.....	50
8. Συζήτηση	52
8.1 Κυριότερα ευρήματα μελέτης και διεθνής βιβλιογραφία.....	52
8.2 Περιορισμοί της μελέτης.....	56
9. Συμπεράσματα	57
10. Προτάσεις.....	57

11.	Παράρτημα.....	58
12.	Βιβλιογραφία.....	58

Συντομογραφίες

ΜΕΘ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ΠαΓΝΗ	Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
SAPS II	Simplified Acute Physiology Score – κλίμακα προσδιορισμού βαρύτητας εισαγωγής στη ΜΕΘ
SSA	Serious Suicide Attempts – Σοβαρές Απόπειρες Αυτοκτονίας

Περίληψη

Εισαγωγή

Η επιθυμία για αυτοκαταστροφική αφαίρεση της ζωής αποτελεί ένα θέμα που απασχολεί διαχρονικά κάθε κοινωνία και πολιτισμό. Η απόφαση της απόπειρας είναι πολυπαραγοντική και αφορά το φύλο, την ηλικία, την κοινωνικό οικονομική κατάσταση, την ψυχοπαθολογία, τη χρήση ουσιών και άλλα στοιχεία που είναι ακόμη υπό διερεύνηση. Η αποφασιστικότητα της απόπειρας κρίνεται από τον τρόπο εκτέλεσής της και την αναγκαιότητα νοσηλείας του ατόμου σε ΜΕΘ.

Σκοπός

Η καταγραφή των περιστατικών ασθενών με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας λόγω της οποίας νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ ή/και την παθολογική κλινική, πριν την νοσηλεία τους στην ψυχιατρική κλινική ενηλίκων Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου, για την αντιμετώπιση της ψυχιατρικής διάστασης της απόπειρας.

Υλικό και Μέθοδοι

Αναδρομική μονοκεντρική μελέτη παρατήρησης με πληθυσμό όλους τους ασθενείς που εισήχθησαν στη ΜΕΘ, την παθολογική κλινική και την ψυχιατρική κλινική ενηλίκων του Πα.Γ.Ν.Η, για το χρονικό διάστημα 01/06/2018 – 31/07/2021 με διάγνωση εισαγωγής που εμπλέκει την απόπειρα αυτοκτονίας. Αναζητήθηκαν από τα ηλεκτρονικά συστήματα και το έντυπο αρχείο που διατηρούν οι κλινικές του νοσοκομείου, στοιχεία όπως ηλικία, φύλο, κοινωνικό οικονομικά χαρακτηριστικά, συνθήκες και τρόπος απόπειρας, επαναληψιμότητα αυτής και τελική διάγνωση ψυχοπαθολογίας.

Αποτελέσματα

Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες (52,3%), στα πλαίσια της παραγωγικής ηλικίας (p-value 0.030). Καταγράφηκε μεγαλύτερο ποσοστό στους άγαμους (48,3%) και άνεργους (32%), με 63,4% τόπο διαμονής αστικές περιοχές (p-value 0.027). Η πιο συχνή μέθοδος απόπειρας ήταν η λήψη υπερδοσολογίας συνταγογραφημένων φαρμάκων (20,3%) αν και στους άνδρες καταγράφηκε ποσοστό 18% που έκανε χρήση βίαιου τρόπου απόπειρας. Η πιο συχνή διάγνωση ήταν το καταθλιπτικό επεισόδιο (35,1%). Ως προς τις σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας οι κυριότερες διαφορές με τον συνολικό πληθυσμό ήταν ότι η πλειοψηφία ήταν άνδρες (61,9%), εργαζόμενοι (28,6%), με πρώτη καταγεγραμμένη αυτή την απόπειρα (81%).

Συμπεράσματα

Προκύπτει ότι άγαμοι ή χήροι άρρενες έχουν υψηλή πιθανότητα να αποπειραθούν. Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις γυναίκες και την πρώτη νοσηλεία. Οι αστικές περιοχές διαμονής συσχετίζονται με την απόπειρα αυτοκτονίας. Ως προς τις σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη 1^η νοσηλεία σε ΜΕΘ και τη βαρύτητα εισαγωγής.

Abstract

Background

The desire for self-destructive deprivation of life is an issue that concerns every society and culture over time. The decision of suicide attempt has many effect factors that concern gender, age, socio-economic status, psychopathology, drug use as well as others that are still under consideration. The determination of the attempt is relevant to the manner of its execution and the necessity of hospitalization of the individual in an Intensive Care Unit.

Objective

Study of patients with a history of suicide attempt and hospitalization in ICU and/or general pathology clinic, before their treatment in an adult psychiatric ward of a regional university hospital.

Methods

Retrospective single centre observation study, regarding all patients admitted to the ICU, general pathology clinic and the adult psychiatric ward of PaGNH, for the period 01/06/2018 – 31/07/2021, with an admission diagnosis involving suicide attempt. The data retrieved involved age, gender, socio-economic status, conditions and manner of attempt, its recurrence and final psychological diagnosis, were retrieved from the electronic systems and the printed file kept in the hospital clinics.

Results

The majority of the sample was women (52.3%) within the productive age (p-value 0.030). A high percentage was recorded among the unmarried (48.3%) and the unemployed (32%) and of 63.4% urban residence (p-value 0.027). The most common method was the overdose of prescribed drugs (20.3%), although 18% of men used a violent method. The most common diagnosis was the depressive episode (35.1%). As for the serious suicide attempts, the main differences with the total population were that the majority was men (61.9%), working (28.6%) and with this attempt being the first recorded (81%).

Conclusion

Unmarried or widowed males are more likely to attempt suicide. There is a statistically significant correlation between women and the first hospitalization. Urban areas of residence are associated with the attempts. Regarding the SSA, a statistically significant correlation was found between the 1st ICU admission and its severity.

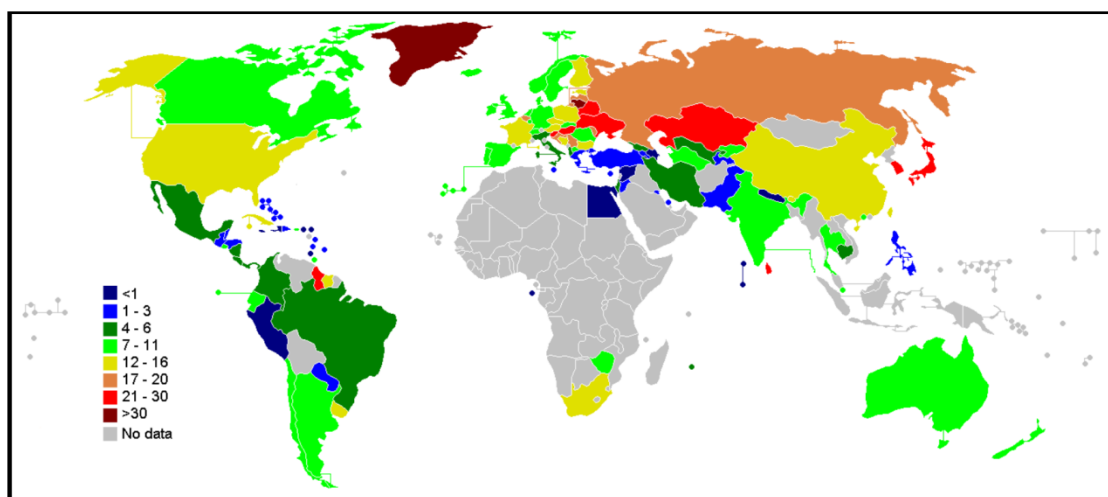
1. Εισαγωγή

1.1 Γενικά στοιχεία

Η αυτοκτονία είναι μια συνειδητή πράξη που σκοπό έχει την αυτοκαταστροφική αφαίρεση της ζωής του ίδιου του ατόμου και αποτελεί ένα θέμα που απασχολεί διαχρονικά κάθε κοινωνία και πολιτισμό. Η πρώτη έγγραφη αναφορά στην αυτοκτονία ανήκει στον T. Browne το 1635 (Πορίχη, 2018).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας καταγράφει στατιστικά στοιχεία για τις απόπειρες και τις αυτοκτονίες σε παγκόσμιο επίπεδο, αν και ορισμένες χώρες δεν αποδίδουν σχετικά στοιχεία ακόμη και σήμερα. Παρακάτω παρατίθενται τα στατιστικά στοιχεία για τα έτη 1978-2009, ανά 100.000 κατοίκους και ανά χώρα (βλ. Σχήμα 1α και 1β). (“Κατάλογος χωρών ανά ποσοστό αυτοκτονίας,” 2021).

Σχήμα 1α. Παγκόσμιος Χάρτης αυτοκτονικότητας ανά χώρα



Σχήμα 1β. Πίνακας κατάταξης αυτοκτονιών ανά χώρα

Θέση	Χώρα	Ανδρες	Γυναίκες	Μέσος όρος	Έτος
1	Γροιλανδία ^[2] (άρθρο)	116.9	45.0	83.0	2011
2	Λιθουανία ^[3] (άρθρο)	54.7	10.8	31.0	2012
3	Νότια Κορέα ^[4] (άρθρο)	38.2	18.0	28.1	2012
4	Γουιάνα (άρθρο)	39.0	13.4	26.4	2006
5	Καζακστάν (άρθρο)	43.0	9.4	25.6	2008
6	Κίνα ^[5] (άρθρο)			22.23	2011
7	Λευκορωσία ^[6] [7]			20.5	2012
8	Σλοβενία ^[8]	36.2	7.3	20.3	2010
9	Ουγγαρία ^[8]	37.4	8.5	21.7	2009
10	Ιαπωνία ^[9] (άρθρο)			21.7	2012
11	Σρι Λάνκα ^[10] (άρθρο)	34.8	9.24	21.3	2011
12	Ουκρανία (άρθρο)	37.8	7.0	21.2	2009
13	Ρωσία ^[11] (άρθρο)			19.7	2013
14	Κροατία ^[12]	30.2	10.0	19.7	2002
15	Λετονία ^[13]			18.2	2010
16	Μολδαβία			17.4	2008
17	Σερβία ^[14]	24.9	9.0	17.3	2011
18	Βέλγιο ^[15] [note 1][note 2]			17	2009
19	Ουρουγουάη ^[16]			16.5	2012
20	Μπουτάν ^[17] (άρθρο)			16.2	2011

Στην ίδια επιδημιολογική καταγραφή το 2009, η Ελλάδα κατέχει την 87^η θέση με 6,1 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους να είναι άρρενες, 1,0/100.000 κατοίκους γυναίκες και 3,5/100.000 κατοίκους κατά μέσο όρο. Η Κύπρος κατέχει την 84^η θέση με 5,9/100.000 κατοίκους άρρενες, 1,3/100.000 κατοίκους γυναίκες και 3,6/100.000 κατά μέσο όρο, αντίστοιχα (“Κατάλογος χωρών ανά ποσοστό αυτοκτονίας,” 2021).

Η πράξη της αυτοκτονίας αποτελεί μια σύνθετη αλληλουχία γεγονότων που συνιστώσες της είναι η σκέψη και η απόφαση της αυτοκτονίας, η τελετουργία που περιλαμβάνει τη στρατηγική, την προμήθεια εξοπλισμού και την οργάνωση της πράξης, αλλά και κάθε απόπειρα αυτοκαταστροφής που επαναλαμβάνεται. (Marc & Login, 2015). Η κοινωνία αντιδρά δυνητικά κατηγορηματικά προς τα άτομα που αποπειρώνται και/ή αυτοκτονούν, με χαρακτηριστικά παραδείγματα να αφορούν την εκάστοτε τιμωρητική θρησκευτική αντίληψη, την κοινωνικο-οικονομική επιβάρυνση σε επίπεδο οικογένειας και κοινότητας, τις επιπτώσεις στο χώρο της υγείας (κόστος και χρόνος νοσηλείας) ειδικά αν η απόπειρα επιφέρει χρόνιες αναπηρίες, κλπ.

Η απόφαση και η εκτέλεση της πράξης της αυτοκτονίας είναι επιπόλαιο να αποδοθεί μόνο σε κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες. Συχνά δε χαρακτηρίζεται επιπόλαιο από τη σύγχρονη πραγματικότητα (π.χ. ανεργία, οικονομική κρίση, κλπ). Αντιθέτως, αποτελεί σύνθετο πολυπαραγοντικό φαινόμενο που εμφανίζεται διαχρονικά και κακώς επιχειρείται η εκλαϊκευμένη και απλοϊκή εξαγωγή συμπερασμάτων επ’ αυτού.

Κατά τον Schneidman (1993) (Πορίχη, 2018), η αυτοκτονία διαφέρει από τα υπόλοιπα είδη θανάτου μιας και αποτελεί αποτέλεσμα σκόπιμης και αχρείαστης πράξης ή όπως το διατυπώνει «μια σύνθετη, πολυπαραγοντική, συνειδητή και ασυνειδητή επιλογή της καλύτερης πιθανής επίλυσης στα αντιλαμβανόμενα από το άτομο προβλήματα, στις κρίσεις ή στα αδιέξοδα που βιώνει».

1.2 Θεωρίες Διάκρισης Αυτοκτονίας

1.2.1. Κοινωνική και κοινωνιολογική διάκριση της αυτοκτονίας

Από κοινωνικής αιτιολογίας, κατά τον Durkheim υπάρχει η κάτωθι κατηγοριοποίηση για τις αυτοκτονίες όταν αυτές συσχετίζονται με την αλληλεπίδραση της ψυχικής νόσου και του περιβάλλοντος του ατόμου.

- *Μανιακή αυτοκτονία* οφειλόμενη στη μανία με κίνητρα τις παραληρηματικές ιδέες και τις παραισθήσεις.
- *Μελαγχολική αυτοκτονία* οφειλόμενη στη θλίψη που βιώνει το άτομο και την αδυναμία σύνδεσής του με το περιβάλλον που ζει με υγιή τρόπο.
- *Έμμονη αυτοκτονία ή αυτοκτονία αγωνίας* που δεν οφείλεται σε συγκεκριμένα κίνητρα, αλλά στην εμμόνη του θανάτου.
- *Αυθόρμητη ή αυτόματη αυτοκτονία* η οποία δεν οφείλεται σε κίνητρα ή στην ύπαρξη παραληρήματος και παραισθήσεων. Προκύπτει από την αιφνίδια και ανεξέλεγκτη ορμή να προβεί το άτομο στην αυτοκτονική πράξη (Πορίχη, 2018).

1.2.2. Εννοιολογική προσέγγιση της απόπειρας αυτοκτονίας

Ο ορισμός που προκύπτει δεν είναι σαφής μιας και άτομα που αποτυγχάνουν να αυτοκτονήσουν έχουν διαφορετικά συνήθως κίνητρα από τους αυτόχειρες. Εξαιτίας αυτής της παρατήρησης, ο Schneidman (1993), διαχώρισε την αυτοκτονική πράξη από την απόπειρα ή την απειλή αυτοκτονίας. Έτσι, οι Hammerlin-Ennersvedt έδωσαν έναν πιο ολοκληρωμένο ορισμό για την απόπειρα αυτοκτονίας: «μια συνειδητή και εθελούσια δραστηριότητα την οποία ανέλαβε να διαπράξει το άτομο με στόχο να τραυματίσει τον εαυτό του και για την οποία το άτομο δε θα μπορούσε να είναι βέβαιο για την επιβίωσή του, όπου όμως ο τραυματισμός δεν οδήγησε σε θάνατο» (“Αυτοκτονικότητα,” 2015).

Από το 1867, ο Durkheim συσχέτισε την αυτοκτονία με τη δομή και την επίδραση της κοινωνίας στα άτομα που ήταν επιρρεπή στην αυτοχειρία, θεωρώντας πιθανή την αυτοκτονία ως αποτέλεσμα κοινωνικών δυναμικών στις οποίες το άτομο δε δύναται να ανταπεξέλθει. Έρευνες υποδεικνύουν μεγαλύτερα ποσοστά αυτοκτονιών στο άρρεν φύλο, στους άγαμους, στους άτεκνους, σε συγκεκριμένες θρησκευτικές ομάδες (Προτεστάντες) και στους ένστολους. Αυτές οι παράμετροι ήταν οι θεμελιώδεις μεταβλητές που μελετώνται έκτοτε ως κοινωνικοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν καταλυτικά την αυτοκτονική πράξη. Από την επίδραση των παραγόντων αυτών, προκύπτει και η διάκριση των τύπων αυτοκτονίας που απορρέουν από την κοινωνικο-ηθική ανισορροπία:

- *Εγωιστική Αυτοκτονία*: το άτομο δεν ενσωματώνεται στην κοινωνία, δεν καταφέρνει να ανήκει στην ομάδα, είναι μελαγχολικό, καταθλιπτικό, απαθές.
- *Αλτρουιστική Αυτοκτονία*: το άτομο δεν έχει προσωπική ταυτότητα γιατί είναι απόλυτα αφιερωμένο στην ομάδα με την οποία ταυτίζεται πλήρως. Στην περίπτωση αυτή, οι ατομικές ανάγκες παραγκωνίζονται και αξιολογούνται μικρότερες σε αξία από τις ανάγκες της κοινωνικής ομάδας. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η αποδεκτή και αναμενόμενη αυτοκτονία των γυναικών μετά το θάνατο του συζύγου τους ή των υπηρετών μετά το θάνατο του αφεντικού-«ιδιοκτήτη» τους, στις πρωτόγονες κυρίως κοινωνίες.
- *Άνομη αυτοκτονία*: κατόπιν έντονων κοινωνικο-οικονομικών αναταραχών όπως ακραίων φαινομένων πλουτισμού ή πτώχευσης και ανθρώπινων απωλειών, που οδηγούν σε ανακατανομή της κοινωνικής δομής του περιβάλλοντος του ατόμου, άρα και σε δυσκολία προσαρμογής στα νέα δεδομένα (Πορίχη, 2018).

Αναζητώντας περαιτέρω στοιχεία για τη σύνδεση της κοινωνίας και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, ο Masaryk (1881) έθεσε το θέμα της θρησκείας ως σημαντική παράμετρο. Ο Lester (Lester, 1997) έναν αιώνα μετά, παρατήρησε ότι ο εκμοντερνισμός μιας κοινωνίας και η αποκόλληση από τη θρησκευτική προσήλωση θα μπορούσαν να αποτελέσουν προγνωστικούς παράγοντες για την κίνηση των ποσοστών αυτοκτονίας.

Σε όλα αυτά, προστίθενται πιο σύγχρονες αντιλήψεις που αφορούν την αποξένωση εξαιτίας του μοντέρνου τρόπου ζωής, τις αποπροσωποποιημένες σχέσεις, τους χαλαρούς οικογενειακούς δεσμούς, την καταπάτηση της ατομικής ταυτότητας προς όφελος του συλλογικού συμφέροντος αλλά και την επιθετική συμπεριφορά προς εαυτόν και το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον (Trout, 1980).

1.2.3. Ψυχολογική διάκριση της αυτοκτονίας

Οι πρώτες αναφορές που συσχετίζουν την αυτοκτονία με την ψυχολογική διεργασία, ανήκουν στον Freud, ο οποίος περιέγραψε την αυτοκτονία ως την επιθετικότητα που στρέφει προς τον εαυτό του ένα άτομο, όταν συγκεκριμένο, πραγματικό και αγαπημένο του αντικείμενο, του προκαλεί αμφίβολα και αντιφατικά συναισθήματα. Εξέλιξη της θεωρίας του Freud αναγνωρίζει ότι το άτομο που αποπειράται έχει την

επιθυμία να σκοτώσει, να σκοτωθεί και να πεθάνει. Στο ίδιο ψυχολογικό πλαίσιο αιτιολόγησης της αυτοκτονίας, ο Adler θεώρησε ότι η αυτοκτονία προκύπτει από την επιθυμία του ατόμου να εκδικηθεί τιμωρητικά το άμεσο περιβάλλον του εξαιτίας αντικοινωνικής συμπεριφοράς και αισθημάτων κατωτερότητας που έχει το ίδιο. Υπήρξε σαφής συσχέτιση της επιθετικότητας που περιλαμβάνει η αυτοκτονική πράξη με τη σεξουαλικότητα και της ορμές αυτής, καθώς και την ανικανότητα του ατόμου να διαχωρίσει αισθήματα θυμού, ενοχής και αγάπης που τον οδηγούν τελικά σε έντονο ψυχικό πόνο. Σε αυτό προστίθεται η απελπισία, που συνεπάγεται την αδυναμία διαχείρισης του πόνου, η οποία κατά τον Beck διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην αυτοκτονική συμπεριφορά. Το άτομο έχει αρνητική αντίληψη για τον εαυτό του, το μέλλον του και το περιβάλλον του, με αποτέλεσμα να οδηγείται στο συμπέρασμα ότι αποτελεί βάρος για τους άλλους και ότι ο θάνατός του τελικά θα είναι λυτρωτικός για τον περίγυρό του (Joiner, 2005).

1.2.4. Βιολογική θεωρία της αυτοκτονίας

Με την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, πραγματοποιήθηκαν μελέτες με νεκροτομές που εστίασαν στις λειτουργικές διαταραχές των αυτόχειρων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των νεκροτομών αυτών, προκύπτουν μεταβολές των νευροδιαβιβαστών της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης (Desmyter et al., 2011), ενώ παρατηρήθηκε και δυσλειτουργία του άξονα υποθαλάμου – επίφυσης που δυνητικά αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την αυτοκτονική πράξη (Braquehais et al., 2012). Περαιτέρω διερεύνηση απαιτεί η συσχέτιση της αυξημένης χοληστερόλης με τις πιθανότητες αυτοκτονίας (Freemantle et al., 2013).

Σε επέκταση της βιολογικής θεωρίας προκύπτει ότι ένας στρεσογόνος παράγοντας μπορεί να ωθήσει σε οξεία υποτροπή μιας ψυχιατρικής διαταραχής, όταν υπάρχει η προδιάθεση για αυτοκτονική συμπεριφορά. Αναφερόμενοι στην προδιάθεση, οι ερευνητές εννοούν την ηλικία, το φύλο, τη θρησκευτική πεποίθηση, την κληρονομικότητα, τις εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, το κοινωνικό υποστηρικτικό περιβάλλον και την επιρροή του σύγχρονου πολιτισμού ως προς την προσβασιμότητα σε εξοπλισμό που θα διευκολύνει την απόπειρα, την κοινωνική δομή και τα μέσα επικοινωνίας (Zubin, 1974). Επιπλέον, η πρότερη απόπειρα αυτοκτονίας αποτελεί τον ισχυρότερο δείκτη για την τελικώς επιτυχή πράξη αυτοκτονίας, με αναλογία 1:4 απόπειρες αυτοκτονίας να έχουν προκαλέσει μη θανατηφόρο αυτοτραυματισμό το

προηγούμενο έτος της αυτοκτονίας (Owens et al., 2002). Έτσι, προκύπτει ότι τα άτομα που αποπειρώνται είναι πολύ πιθανό να επαναλάβουν την απόπειρα κυρίως τους πρώτους 12 μήνες (Conte & Plutchik, 1974). Σε περίπτωση που υπάρχει ιστορικό ψυχικής νόσου υπό θεραπευτική αγωγή καθώς και σε συννοσηρότητα, η πιθανότητα επανάληψης της απόπειρας μέχρι την αποτελεσματική αυτοκτονία, επεκτείνεται χρονικά σε βάθος δεκαετίας (Suokas et al., 2010).

1.2.5. Ψυχική νόσος και αυτοκτονία

Σαφώς υπάρχει μεγάλη συσχέτιση μεταξύ ψυχικής νόσου και αυτοκτονίας. Η απόπειρα αυτοκτονίας συσχετίζεται με όλες τις ψυχιατρικές διαταραχές εκτός των παραληρητικών διαταραχών ή άλλων ψυχωσικών διαγνώσεων στις οποίες δε φαίνεται να συσχετίζονται οι αυτοκτονικές συμπεριφορές με την ένταση των ψυχωσικών συμπτωμάτων (Suokas et al., 2010). Οι περισσότερες αυτοκτονίες αφορούν ασθενείς με καταθλιπτική διαταραχή και καταγράφονται ποσοστά με αυτή τη διάγνωση της τάξης 20-35% (Marc & Lorin, 2015).

Ακόμα, στη διπολική διαταραχή διατηρούνται υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας ιδίως σε μεγάλης έντασης και διάρκειας καταθλιπτικά συμπτώματα σε αντίθεση με την επικράτηση της μανιακής φάσης της ασθένειας (Finseth et al., 2012) και σαφώς η κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών δρα επιβαρυντικά στη λήψη της απόφασης της απόπειρας.

Τα ποσοστά αυτοκτονιών αυξάνονται σε μη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή, ενώ από μόνη της η ψυχωσική συνδρομή συμβάλει στην απόπειρα αυτοκτονίας για το 1/3 περίπου των νοσούντων (Suokas et al., 2010). Μάλιστα, σε όσιμη έναρξη της νόσου και παρουσία σοβαρών ψυχωσικών συμπτωμάτων, ο κίνδυνος για αυτοκτονία αυξάνεται (Marc & Lorin, 2015).

1.2.6. Σωματική νόσος και αυτοκτονία

Η ύπαρξη χρόνιας ή σοβαρής σωματικής νόσου επηρεάζει την αυτοκτονική πρόθεση. Αυξημένα ποσοστά φαίνεται να παρουσιάζονται σε περιπτώσεις ινομυαλγίας (Levine & Horesh, 2020), καθώς και HIV, κάποιων μορφών καρκίνου, σε πολλαπλή σκλήρυνση (Marc & Lorin, 2015), αλλά και δερματικές ασθένειες λόγω του άγχους της αλλαγής της σωματικής τους εικόνας (Picardi et al., 2013).

1.3 Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την αυτοκτονικότητα

1.3.1. Οικογένεια και αυτοκτονία

Από μελέτες προκύπτει ότι η οικογένεια είναι ένας βασικός παράγοντας που επηρεάζει την αυτοκτονική συμπεριφορά του ατόμου. Σημαντικό ποσοστό ατόμων που αποπειράται είναι μοναχοπαίδια στις οικογένειές τους ή μεγαλώνουν σε μονογονεϊκές οικογένειες (Conte & Plutchik, 1974). Ενισχύοντας αυτό το συμπέρασμα, η Bussu (Bussu et al., n.d.) διαπίστωσε ότι όσο μεγαλώνει μια οικογένεια σε αριθμό μελών, τόσο παρατηρείται μειωμένος αριθμός αυτοκτονιών.

Τα δύο φύλα εμπλέκονται εξίσου σε αυτοκτονική σκέψη σε περίπτωση που ανήκουν στον άγαμο πληθυσμό ή αν δεν έχουν ή έχουν χάσει τον σύντροφό τους (χηρεία) (Vasiliadis et al., 2012). Ακόμα, οι άντρες που έχουν ιστορικό απόπειρας φαίνεται να έχουν βιώσει βία στην παιδική τους ηλικία (Rajalin et al., 2013).

1.3.2. Η σχέση μητέρας - παιδιού

Πολυάριθμες μελέτες έχουν εστιάσει στη διερεύνηση του δεσμού μεταξύ της μητέρας και του παιδιού. Κατά τον Bowlby, ο δεσμός μητέρας – παιδιού είναι ένα σύστημα σχέσης που βασίζεται σε βιολογικούς όρους και εξυπηρετεί την εξοικείωση των μελών που την απαρτίζουν, προσδίδοντας εμπιστοσύνη και ασφάλεια. Όσο η σχέση αυτή δοκιμάζεται υπό πίεση και αποδίδει επιτυχώς, τόσο ενδυναμώνεται για το παιδί και το βοηθάει στη συναισθηματική του ανάπτυξη και την ικανότητα να ανταπεξέρχεται σε άλλες συναισθηματικές προκλήσεις. Η διάκριση του δεσμού μητέρας – παιδιού, δίνει τους κάτωθι τύπους:

- *Ασφαλής δεσμός*
- *Ανασφαλής ή αποφευκτικός*
- *Αμφιθυμικός ή αντιδραστικός*, όπου και οι δύο παραπάνω τύποι υποδεικνύουν ότι στη βρεφική ηλικία εγκαταστάθηκαν συναισθήματα απελπισίας, αναξιοσύνης και ανισχυρότητας. Αυτά μπορεί να ανασυρθούν σε μελλοντικές προκλήσεις και να επιτείνουν τον αυτοκτονικό ιδεασμό του ατόμου.
- *Αγχώδης ή αποδιοργανωμένος*, ο οποίος φαίνεται να συσχετίζεται περισσότερο με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, ειδικά σε περιπτώσεις απώλειας, κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία ή αποχωρισμού.

Σε κάθε περίπτωση, έρευνες υποδεικνύουν επικίνδυνες τις σχέσεις που δε χαρακτηρίζονται από ασφάλεια, μιας και δυνητικά στη μετέπειτα ζωή του παιδιού, οποιαδήποτε κατάσταση αναζωπυρώσει το παιδικό «τραύμα», θα προκαλέσει τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Μπελεγρίνος, 2014).

Έρευνα των Athey και συνεργατών εστίασε στη διερεύνηση των στρεσογόνων εκείνων παραγόντων που συσχετίζονται με την οικογενειακή δομή και τα αρνητικά γεγονότα που στιγματίζουν την ψυχική υγεία ενός παιδιού. Τα αρνητικά αυτά γεγονότα φαίνεται να κατακλύζουν το παρελθόν όσων προβαίνουν σε αυτοκτονικές πράξεις και έχουν αθροιστική δράση με στρεσογόνους παράγοντες που τελικά οδηγούν το άτομο σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Η εμφάνιση των παραγόντων αυτών συνδυάστηκε πλήρως με την πράξη της αυτοκτονίας. Άλλο ένα συμπέρασμα της ίδιας έρευνας αφορά τη συμπεριφορά ανάληψης κινδύνου, η οποία είναι χαρακτηριστική σε άτομα που μπορεί να προβούν αυθόρμητα σε αυτοκτονικό ιδεασμό. Οι στρεσογόνοι παράγοντες μπορεί να έχουν αντίκτυπο σε θανατηφόρες αυτοκτονικές συμπεριφορές κυρίως σε πληθυσμούς με διαταραχή διάθεσης (Athey et al., 2018).

1.3.3. Φύλο

Σε ανεπτυγμένες κοινωνικο-οικονομικά χώρες, επιτυχημένες αυτοκτονίες καταγράφονται συχνότερα στον ανδρικό πληθυσμό σε αναλογία 3-4:1, αν και οι γυναίκες αποπειρώνται με ανάλογη συχνότητα 4:1 (Marc & Lorin, 2015). Οι άνδρες που αποπειράθηκαν αποτυχημένα όμως, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να επαναλάβουν την πράξη και να επιτύχουν τελικά (Hirvikoski & Jokinen, 2012). Σε μελέτη που έγινε σε άτομα που μετανάστευσαν σε άλλη χώρα και προέβησαν σε απόπειρα αυτοκτονίας, καταγράφηκε ότι οι γυναίκες αυτής της κατηγορίας είχαν ως κίνητρο της πράξης τους την παραμέληση και απόρριψη που λάμβαναν, τυχόν κακοποίηση και την ανάγκη συμμετοχής στην οικονομική εξασφάλιση των πόρων της οικογένειάς τους. Για τους άνδρες της ίδιας μελέτης φάνηκαν σημαντικοί παράγοντες η αδυναμία οικονομικής εξασφάλισης της οικογένειάς τους, η ανεργία και τυχόν προβλήματα υγείας (Chung, 2012).

Ως προς το φύλο και την αυτοκτονική σκέψη και πράξη, φαίνεται ότι η μέθοδος που επιλέγουν, η εποχή της πράξης αλλά και η ώρα εκτέλεσης αυτής, έχουν σημαντικές διαφορές.

Η εποχικότητα στην αυτοκτονία θέτει σε υψηλή επικινδυνότητα τους μήνες της άνοιξης και του καλοκαιριού (Μάιο με Ιούνιο) και μικρότερης επικινδυνότητας τους χειμερινούς μήνες (Δεκέμβριο με Ιανουάριο). (Μανιαδάκης, 1984)

Οι Freeman και συνεργάτες αναζήτησαν τη συμπεριφορά των δύο φύλων ως προς τις απόπειρες και τις αυτοκτονίες, ξεκινώντας από το γεγονός ότι οι αυτοκτονίες στην Ευρώπη ξεπερνούν τους 58.000 θανάτους ετησίως και οι απόπειρες μπορεί να είναι 20πλάσιες αυτών. Από την έρευνα προέκυψε ότι οι άρρενες διατηρούν ένα αξιοσημείωτα χαμηλό ποσοστό στις απόπειρες αυτοκτονίας αλλά ένα αρκετά υψηλό ποσοστό σε αυτοκτονίες σε σχέση με τις γυναίκες. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε Γερμανία, Ουγγαρία, Ιρλανδία και Πορτογαλία και το δείγμα αποτελούνταν από 5.212 συμμετέχοντες. Υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αυτοκτονικής πρόθεσης και του φύλου, όπου οι σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας ήταν πιο συχνές στους άρρενες και ο τρόπος δράσης ήταν πιο αποτελεσματικός (Freeman et al., 2017).

1.3.4. Ηλικία

Μέχρι τη δεκαετία του 1950 επικρατούσε η πεποίθηση ότι όσο μεγαλώνουν οι άνθρωποι τόσο πιο πιθανό να προβούν σε απόπειρα αυτοκτονίας επικρατούσε. Μάλιστα, η κορύφωση των ποσοστών αυτοκτονίας υπολογιζόταν πιθανή στην ηλικιακή ομάδα των 55-65 ετών (Alvarez, 1951).

Πλέον, οι έφηβοι και νεαροί ενήλικες φαίνεται να διατηρούν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, ενώ παρατηρείται και μια τάση αύξησης στον μέσο όρο ηλικίας των ατόμων που αυτοκτονούν (Marc & Lorin, 2015). Η αυτοκτονική σκέψη είναι μεγαλύτερη στις νεαρές γυναίκες ενώ στους άνδρες αυξάνεται στο μέγιστο σε μεγάλη ηλικία (Vasiliadis et al., 2012).

Η πρώτη επιθυμία αυτοκαταστροφής έχει σημαντικό ρόλο στην μετέπειτα πορεία του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, στην πρώιμη εμφάνιση αυτοκτονικού ιδεασμού υπάρχει δυσμενής πρόγνωση (Thompson et al., 2012).

1.3.5. Χρήση ουσιών

Η χρήση ουσιών π.χ. κάπνισμα έχει παρατηρηθεί ότι δύναται να αυξήσει τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Li et al., 2012). Σε νοσηλεία ατόμων που έκαναν χρήση αλκοόλ, ναρκωτικών και μαριχουάνας παρατηρήθηκε επιδείνωση του αυτοκτονικού

ιδεασμού (Conte & Plutchik, 1974). Μεγαλύτερη επιρροή στην παρόρμηση για την εκτέλεση αυτοκτονικής πράξης φαίνεται να έχουν τα ηρεμιστικά χάπια τα οποία δε, όταν είναι συνταγογραφημένα αποτελούν εύκολη λύση για το άτομο που πρόκειται να αποπειραθεί.

Οι ψυχιατρικές διαταραχές αποτελούν παράγοντα κινδύνου για τις αυτοκτονίες. Έτσι, η ψυχιατρική συμβουλευτική θεραπεία θα μπορούσε και θα έπρεπε να είναι ένα σημαντικό στοιχείο για την πρόληψη των αυτοκτονιών σε άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Οι Harada και συνεργάτες προσπάθησαν να συγκρίνουν τα χαρακτηριστικά των ατόμων που ακολούθησαν ψυχοθεραπεία μετά από απόπειρα αυτοκτονίας με άτομα που δεν ακολούθησαν την ίδια μέθοδο θεραπείας. Οι γυναίκες ήταν πιο συνεπείς στη συμμετοχή στις συνεδρίες ψυχοθεραπείας. Σε απόπειρες που πραγματοποιήθηκαν παρά τη θεραπεία, η πιο συχνή μέθοδος στους συμμετέχοντες ήταν η λήψη υπερβολικής δόσης συνταγογραφημένων ψυχοφαρμάκων. Στην ομάδα που δε συμμετείχε στην ψυχοθεραπεία, οι διαγνωσμένες νευρωτικές διαταραχές ήταν συχνότερες, μαζί με τις διαταραχές διάθεσης. Στην ομάδα των συμμετεχόντων στην ψυχοθεραπεία, οι συχνότερες διαγνώσεις αφορούσαν τις διαταραχές προσωπικότητας και τη σχιζοφρένεια. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς που έχουν ήδη προβεί σε απόπειρα αυτοκτονίας πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά από ψυχίατρο και να συμμετέχουν σε συνεδρίες ψυχοθεραπείας και συμβουλευτικής ψυχιατρικής προκειμένου να προλαμβάνεται η πιθανή επανάληψη της απόπειρας. Οι ίδιοι οι ψυχίατροι δε, πρέπει να είναι συνεχώς σε εγρήγορση για την έγκαιρη διάγνωση της επικείμενης επιδείνωσης του αυτοκτονικού ιδεασμού αλλά και την επικινδυνότητα της απόπειρας με υπερδοσολογία ψυχοφαρμάκων (Harada et al., 2014).

1.3.6. Κοινωνικός τρόπος ζωής

Από τη βιβλιογραφία προκύπτει ότι αν και η ψυχική νόσος είναι ο κυριότερος παράγοντας κινδύνου για τις απόπειρες αυτοκτονίας, απαραίτητο είναι να δίνεται μεγάλη έμφαση στη διερεύνηση στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες εκείνους που πυροδοτούν ή επηρεάζουν μια αυτοκαταστροφική πράξη (Judd et al., 2012). Εργασιακές συνθήκες, κοινωνική δομή, φιλικό περιβάλλον, διαφωνίες, διατροφικές συνήθειες και παχυσαρκία, ανεργία, επάγγελμα, εκφοβισμός κατά την παιδική ηλικία,

(bullying) είναι κάποιες από τις κατηγορίες παραγόντων που επηρεάζουν την αυτοκτονικότητα.

1.3.7. Τρόπος απόπειρας αυτοκτονίας

Η μέθοδος που επιλέγεται για την απόπειρα αυτοκτονίας συσχετίζεται πιθανά με την εμμονή στην πρόθεση αυτοχειρίας. Για παράδειγμα, η δηλητηρίαση φαίνεται να αποτελεί μια μέθοδο που εκπροσωπεί την πρόθεση του ατόμου να αυτοκτονήσει μελλοντικά ανεξάρτητα από τον αριθμό και τη συχνότητα των αποτυχημένων προσπαθειών (Suominen et al., 2004).

Αποτυχημένες απόπειρες αυτοκτονίας συνδέονται τελικά με αύξηση της έντασης των συμπτωμάτων κατάθλιψης και της επιθετικότητας, αλλά και μείωση του φόβου επιπτώσεων της αυτοχειρίας για τα άτομα που αποπειράθηκαν συγκριτικά με άλλους ασθενείς με ψυχική νόσο (Conte & Plutchik, 1974). Προκύπτει ότι τα άτομα που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν είναι η ομάδα εκείνη που πρέπει να μελετηθεί περαιτέρω για την διαπίστωση όλων εκείνων των παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση να προβούν σε αυτοκτονικές πράξεις κατ' εξακολούθηση και μέχρις ότου επιτύχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα της αυτοκτονίας.

Η επιλογή από τους διαθέσιμους τρόπους έχει να κάνει με το τι προσφέρεται χρήσιμο και αποτελεσματικό για το άτομο που αποπειράται και την αποφασιστικότητά του. Ακόμα, φαίνεται να παίζει ρόλο η γεωγραφική περιοχή, το ποσοστό ανάπτυξης της δεδομένης χώρας στην οποία κατοικεί το άτομο και οι πηγές πληροφόρησης από τις οποίες άντλησε στοιχεία για την επιλογή της μεθόδου (Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και κοινωνικά δίκτυα). Βιβλιογραφικά αποδεικνύεται πως οι άνδρες συνήθως αποπειρώνται με πιο βίαιες μεθόδους από ότι οι γυναίκες.

Όσον αφορά την υπερδοσολογία φαρμάκων, έρευνα των Cygus και συνεργατών έδειξε ότι μεγάλο ποσοστό από όσους αποπειρώνται λαμβάνοντας υπερδοσολογία φαρμάκων, είναι πιο πιθανό να το αναφέρουν οι ίδιοι αναζητώντας υπηρεσίας υγείας. Τα άτομα αυτά πραγματοποιούν την απόπειρα στο σπίτι τους σε αντίθεση με άτομα που επιλέγουν άλλους τρόπους τα οποία και αποπειρώνται συνήθως σε εξωτερικούς χώρους. Τα αναλγητικά φάρμακα ήταν τα συνηθέστερα καταγεγραμμένα για την υπερδοσολογία φαρμάκων σε αυτή την έρευνα. Επίσης, τα άτομα που προέβησαν

στην απόπειρα με υπερδοσολογία φαρμάκων είχαν πολύ συχνές νοσηλείες σε ψυχιατρικές κλινικές (Ho et al., 2016).

Στη Νορβηγία, όπου καταγράφονται περίπου 550 αυτοκτονίες ετησίως, η προηγούμενη απόπειρα αυτοκτονίας αποτελεί έναν μεγάλο παράγοντα κινδύνου για την τελική αυτοκτονική πράξη, κυρίως αν έχει χρησιμοποιηθεί βίαιη μέθοδος. Οι Per Sverre Persett και συνεργάτες συνέκριναν τις βίαιες μεθόδους απόπειρας αυτοκτονίας (αυτοτραυματισμός με μαχαίρι, πτώση από ύψος, απαγχονισμός, αυτοπυροβολισμός και πνιγμός) με την εκούσια δηλητηρίαση. Οι ασθενείς που χρησιμοποίησαν βίαιη μέθοδο για να αποπειραθούν είχαν σε μεγαλύτερα ποσοστά ψυχωσικές διαταραχές σε σχέση με τους ασθενείς που επέλεξαν τη δηλητηρίαση και μικρότερα ποσοστά αγχώδους διαταραχής και συναισθηματικών διαταραχών. Η απόπειρα και η επιλογή του τρόπου αυτής δε βρέθηκε να συσχετίζεται με την ταυτόχρονη ψυχιατρική θεραπεία που λάμβαναν οι ασθενείς ή προηγούμενη απόπειρα. Διαφορά στις δύο ομάδες παρατηρήθηκε στο χρόνο νοσηλείας τους μετά την απόπειρα, όπου οι αποπειρώντες με βίαιες μεθόδους χρειάστηκαν παρατεταμένη νοσηλεία σε ΜΕΘ και μεγαλύτερο χρόνο υποστήριξης με μηχανικό αερισμό (Persett et al., 2018),

1.4 Η οικονομική κρίση ως παράγοντας κινδύνου

Η οικονομική κρίση που παρατηρήθηκε παγκοσμίως από το 2008 και έπειτα, είχε μια επιρροή στην ανεργία, την ανεξαρτησία και την αγοραστική δύναμη κατοίκων των Μεσογειακών κυρίως χωρών (Πορτογαλία, Ελλάδα). Η επιρροή αυτή είχε ως αποτέλεσμα τη μεταβολή του κοινωνικού και οικονομικού επιπέδου του πληθυσμού, πλήττοντας κυρίως τις φτωχότερες οικονομικά κοινωνικές τάξεις και μεταβάλλοντας την ποιότητα ζωής. Η ανασφάλεια της εργασίας με την αύξηση του οικογενειακού και ατομικού χρέους, η ανικανότητα υποστήριξης της οικογένειας και της συνέχισης του προηγούμενου τρόπου ζωής, αλλά και σε κάποιες περιπτώσεις ο κοινωνικός στιγματισμός και πιθανά αποκλεισμός, αποτέλεσαν ψυχοπιεστικά γεγονότα που κατηγορήθηκαν για κάποιες απόπειρες αυτοκτονίας.

Έρευνα των Μαραγκάκη και συνεργατών για τις συνέπειες των πολιτικών λιτότητας στα χρόνια της οικονομικής κρίσης, συνέκρινε τον μέσο όρο θανάτων από αυτοκτονίες ανά 100.000 άτομα στη Γερμανία, την Ελλάδα, την Πορτογαλία, την Ιρλανδία και την Κύπρο, για τα έτη 2007-2014 (βλ. Σχήμα 2). Οι ερευνητές

συμπέραναν ότι η Ελλάδα βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο συγκριτικά με μεσογειακές χώρες που βίωσαν ανάλογες πολιτικές λιτότητας για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης, αλλά και σε σχέση με χώρες καλύτερης οικονομικής ευμάρειας. Δε φαίνεται να υπάρχει άμεση συσχέτιση λοιπόν, αν και πρέπει να παρακολουθηθεί ως φαινόμενο σε βάθος χρόνου (Μαραγκάκη et al., 2019).

Σχήμα 2. Μέσος όρος θανάτων από αυτοκτονίες ανά 100.000 άτομα για τα έτη 2007-2014

Χώρα	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Γερμανία	9,40	9,40	9,50	9,90	9,90	9,60	9,80	9,90
Ελλάδα	2,60	2,90	3,00	2,90	3,70	4,00	-	4,40
Πορτογαλία	7,80	7,90	7,80	8,20	7,70	8,00	7,80	9,10
Ιρλανδία	10,30	11,30	11,60	10,90	12,10	11,90	10,70	-
Κύπρος	2,30	5,10	3,70	4,30	3,40	3,90	4,80	4,80

Σε έρευνα της Οικονομίου και συνεργατών παρατηρήθηκε αύξηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης που συσχετίστηκε με την οικονομική κατάσταση στην περίοδο της κρίσης στη χώρα μας (Economidou et al., 2013).

Άλλη έρευνα του Σταυριανάκου και συνεργατών, συσχετίζει την ανεργία ως κύριο παράγοντα στις απόπειρες αυτοκτονίας για την ίδια χρονική περίοδο (Stavrianakos et al., 2014).

Βασιζόμενος σε στατιστικά δεδομένα, ο Ραχιώτης και συνεργάτες διαπίστωσε ότι οι απόπειρες της οικονομικής κρίσης πραγματοποιήθηκαν από άτομα παραγωγικής ηλικίας, γεγονός που αποδόθηκε στην οικονομική δυσπραγία της περιόδου (Rachiotis et al., 2015).

Τα στατιστικά στοιχεία όμως του ΠΟΥ κατατάσσουν την Ελλάδα στις τελευταίες χώρες ως προς την αυτοκτονικότητα για την περίοδο της οικονομικής κρίσης, γεγονός που προκαλεί δεύτερες σκέψεις στη συσχέτισή της με τις καταγεγραμμένες απόπειρες αυτοκτονίας.

Όσο αφορά την τοπική κοινωνία της Κρήτης, μελέτη που πραγματοποιήθηκε από την Μπάστα και συνεργάτες δείχνει ότι η θνητότητα που καταγράφεται στο νησί και αποδίδεται στις αυτοκτονίες είναι η υψηλότερη της Ελλάδας, χωρίς όμως να καταγράφεται αύξηση για τα έτη 1999-2013. Την ίδια χρονική περίοδο καταγράφεται αύξηση στις αυτοκτονίες μεταξύ των ανδρών, μείωση για τον πληθυσμό των γυναικών και αύξηση στα συνολικά ποσοστά που παρατηρήθηκαν στην Ανατολική

Κρήτη. Παρά την διαπιστωμένη ανεργία δεν υπήρξε καταγεγραμμένη αύξηση στις αυτοκτονίες για τη μέση παραγωγική ηλικία (40-64 ετών) και στα δύο φύλα. Οι ερευνητές απέδωσαν το παραπάνω αποτέλεσμα της μελέτης είτε στους ισχυρούς οικονομικούς δεσμούς υποστήριξης στο στενό οικογενειακό περιβάλλον, ή στην πιθανότητα μετανάστευσης των νέων για οικονομικούς λόγους στο εξωτερικό. Ως προς την αύξηση στην αυτοκτονικότητα στην Ανατολική Κρήτη, οι ερευνητές το απέδωσαν στο γεγονός ότι η περιοχή αυτή υστερεί σε υποστηρικτικές δομές ψυχικής υγείας (Basta et al., 2018).

2. Σοβαρές Απόπειρες Αυτοκτονίας (Serious Suicide Attempts)

Η σοβαρή απόπειρα αυτοκαταστροφής ορίζεται ως η απόπειρα εκείνη που θα ήταν θανάσιμη αν δεν υπήρχε έγκαιρη και αποτελεσματική παροχή πρώτων βοηθειών ή άλλου είδους άμεση αντιμετώπιση ή ακόμη και απλή σύμπτωση. Είναι μια απόπειρα που απαιτεί νοσηλεία σε νοσοκομείο πάνω από 24 ώρες, ενώ πληρείται τουλάχιστον ένα από τα κάτωθι θεραπευτικά κριτήρια:

- Θεραπεία σε ειδικές μονάδες νοσηλείας, συμπεριλαμβανομένης της ΜΕΘ
- Χειρουργική επέμβαση υπό γενική αναισθησία
- Παρατεταμένη νοσηλεία που περιλαμβάνει τη χορήγηση αντιδότων για υπερδοσολογία φαρμάκων ή χημικών ουσιών, τηλεμετρία ή επανάληψη διαγνωστικών εξετάσεων.

Επιπλέον, η απόπειρα αυτοκαταστροφής με βίαιη μέθοδο υψηλού κινδύνου και θνησιμότητας, όπως ο απαγχονισμός και η χρήση πυροβόλου όπλου, ορίζεται εξ αρχής ως σοβαρή, αν οδηγεί σε νοσηλεία πάνω από 24 ώρες. (Beautrais, 2001)

Κατά την Beautrais, υπάρχουν πέντε κύριες κατηγορίες παραγόντων κινδύνου που συνεισφέρουν στην επικινδυνότητα σοβαρής απόπειρας αυτοκτονίας. Αυτοί αφορούν την οικογένεια, τις εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τις ψυχιατρικές διαταραχές και τους περιβαλλοντολογικούς παράγοντες στους οποίους συγκαταλέγονται και σημαντικά στρεσογόνα γεγονότα. Περαιτέρω έρευνα αποδεικνύει τη συνεισφορά αυτών των παραγόντων στην

επικινδυνότητα μιας σοβαρής απόπειρας αυτοκτονίας και επιπλέον βρίσκει περαιτέρω στοιχεία που χαρακτηρίζουν επιρρεπείς σε αυτού του τύπου την απόπειρα:

1. Άτομα που δεν έχουν συμπληρώσει τη βασική εκπαίδευση και ανήκουν σε χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση.
2. Νέοι άνθρωποι με νευρωτικές διαταραχές και αίσθημα απελπισίας.
3. Άτομα που χαρακτηρίζονται από υψηλή ψυχιατρική θνητότητα, όπως ασθενείς με διαγνωσμένες συναισθηματικές διαταραχές και χρήση ουσιών ένα μήνα πριν την απόπειρα.
4. Άτομα που έχουν βιώσει σημαντικά ή πολυάριθμα στρεσογόνα γεγονότα είτε στις διαπροσωπικές τους σχέσεις ή νομικής φύσεως (Beautrais, 2004).

Τα άτομα που πραγματοποιούν σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά με όσους αυτοκτονούν. Η μελέτη αυτών των ασθενών παρέχει όσο το δυνατόν πλησιέστερες πληροφορίες για όσους έχουν αυτοκτονήσει. Οι Gvion και συνεργάτες πραγματοποίησαν μελέτη που προσδιόρισε ως πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για τη σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας τον ψυχικό πόνο, τις δυσκολίες επικοινωνίας, την αυθόρμητη λήψη απόφασης, την επιθετικότητα, αλλά και διάφορες δημογραφικές παραμέτρους. Κατέληξαν δε στο συμπέρασμα ότι το υγειονομικό προσωπικό πρέπει να είναι ενήμερο για τη σοβαρότητα αυτής της κατηγορίας απόπειρας αυτοκτονίας και να είναι σε επιφυλακή για την ορθή αξιολόγηση των ασθενών και την επιμελή και οργανωμένη θεραπεία. (Gvion & Levi-Belz, 2018)

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του ΤΕΠ, της ΜΕΘ και της Ψυχιατρικής Κλινικής, αντιμετωπίζει μια μεγάλη πρόκληση όσον αφορά τη σωστή διαχείριση όσων έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν και φτάνουν στις υγειονομικές δομές.

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία είχε ως σκοπό την ανάλυση των ασθενών που εισήχθησαν σε ΜΕΘ ή κλινική μετά από απόπειρα αυτοκτονίας. Το δείγμα αφορούσε 570 ασθενείς με 74 από αυτούς να έχουν στο ιστορικό τους άλλη απόπειρα. Από τα αποτελέσματα της μελέτης προκύπτει 10πλάσια πιθανότητα νοσηλείας σε ΜΕΘ για όσους αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν με υπερδοσολογία φαρμάκων. Η νοσηλεία των ατόμων που αποπειράθηκαν συσχετίστηκε με την αύξηση της ηλικίας, την υπερδοσολογία φαρμάκων και την πρότερη απόπειρα. Οι άρρενες ασθενείς επέλεξαν ως επί το πλείστον τον απαγχονισμό ως μέθοδο

απόπειρας. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι θα πρέπει να υπάρχει καλύτερη συνεργασία μεταξύ των κοινωνικών δομών ψυχικής υγείας και των νοσοκομείων για την πρόληψη της αυτοχειρίας και την επανάληψη της απόπειρας. (Walker et al., 2013)

Υπάρχουν διάφορα σενάρια για την εξήγηση στο ερώτημα τι προκαλεί κάποιους ασθενείς να συνεχίζουν να αποπειρώνται και κάποιους να παύουν τις απόπειρες μετά από μια αποτυχημένη προσπάθεια. Η θνησιμότητα από την αυτοκτονική πράξη αυξάνεται ανάλογα με τον αριθμό σοβαρών αποπειρών αυτοκαταστροφής. Η πρόληψη λοιπόν για μια επόμενη απόπειρα είναι ζωτικής σημασίας για τον έλεγχο της θνησιμότητας που προκύπτει από τις αυτοκτονίες. Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού αυτών που αποπειρώνται δεν έχουν μελετηθεί αρκετά για να εξαχθεί κάποιο σχετικό συμπέρασμα. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ προσδιορίζει μια θρησκευτική προσκόλληση σε όσους αποπειράθηκαν πολλές φορές παρά σε εκείνους που αποπειρώνται μόνο μια φορά. Επίσης, οι πολυάριθμες απόπειρες συσχετίστηκαν με οικογενειακό ιστορικό απόπειρας, σωματική νόσο, ψυχιατρικές διαταραχές, υψηλό αίσθημα απελπισίας και αυτοκτονικού ιδεασμού, ενώ ανήκαν σε κοινωνικές ομάδες χαμηλής υποστηρικτικότητας. Προκύπτει ότι όσοι αποπειρώνται με τουλάχιστον ένα από τα παραπάνω χαρακτηριστικά, πιθανότατα να προβούν σε επανάληψη της απόπειρας στο άμεσο μέλλον. (Liu et al., 2017)

3. Επανάληψη Απόπειρας και αποτυχία της θεραπείας

Η περίοδος αμέσως μετά το εξιτήριο ενός ατόμου που αποπειράθηκε είναι εξέχουσας σημασίας και αυξημένης επικινδυνότητας. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο διαπίστωσε ότι το 47% των θανάτων από αυτοκτονία πραγματοποιήθηκε ένα μήνα μετά το εξιτήριο από ψυχιατρική δομή και πριν την πρώτη συνεδρία συμβουλευτικής ψυχοθεραπείας. (Hunt et al., 2009) Τόσο η αποτυχία να διατηρηθεί επαφή με τις ψυχιατρικές δομές όσο και η ελλιπής οργάνωση στο follow up εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας, θεωρήθηκαν σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την εκτέλεση επαναληπτικής απόπειρας αυτοκτονίας.

Στην Αυστραλία, όπου παρατηρείται μεγάλο πρόβλημα με τις αυτοκτονίες, παρατηρήθηκε ότι μεταξύ των ατόμων που επαναλάμβαναν μια απόπειρα υπήρχαν κοινά χαρακτηριστικά όπως απρογραμμάτιστο εξιτήριο, ανειδίκευτο προσωπικό

ελέγχου εισόδου – εξόδου των ασθενών, βραχυπρόθεσμη νοσηλεία (<7 ημέρες) και παρατεταμένη χρονική περίοδος μεταξύ εξιτηρίου και επόμενης συνάντησης με τους θεράποντες ψυχιάτρους. Αντίθετα, σε περίπτωση που υπάρχει τακτικό και οργανωμένο follow up μετά το εξιτήριο από την κλινική και εντοπισμός των ασθενών που δε συνεργάζονται με ολόημερη διαθέσιμη ομάδα διαχείρισης κρίσεων, οι απόπειρες φαίνεται να ελέγχονται καλύτερα.

Σε κάθε περίπτωση, ισχύουν τα εξής:

- Κάποιοι ασθενείς νιώθουν ανακούφιση κατά τη νοσηλεία τους μιας και αποβάλλουν το άγχος της αυτοφροντίδας. Άλλοι νιώθουν ντροπή και κατηγορούν το προσωπικό για αδιαφορία, έλλειψη φροντίδας και σεβασμού.
- Υπάρχει ανάγκη για την κατάλληλη προετοιμασία των ανθρώπων για το εξιτηριό τους και στο follow up. Η κάθε επαφή με τους ασθενείς πρέπει να διέπεται από ειλικρινές ενδιαφέρον και όχι να αποτελεί ρουτίνα.
- Το προσωπικό πρέπει να είναι κατάλληλα καταρτισμένο, ενημερωμένο για το θεραπευτικό πλάνο του εκάστοτε ασθενούς και σε επαγρύπνηση για σημεία και συμπτώματα επιδείνωσης της κατάστασής του.

*(Centre of Research Excellence in Suicide Prevention, n.d.
Australian National University)*

4. Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή των περιστατικών ασθενών με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας λόγω της οποίας νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ ή/και την παθολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου, πριν την νοσηλεία τους στην ψυχιατρική κλινική ενηλίκων του νοσοκομείου για την αντιμετώπιση της ψυχιατρικής διάστασης της απόπειρας.

Ένα στόχο της μελέτης αποτέλεσε η διερεύνηση του επιδημιολογικού προφίλ και των παραγόντων κινδύνων που σχετίζονται με την απόπειρα αυτοκτονίας μέσα από τη διερεύνηση των παρακάτω επιμέρους ερωτημάτων, όπως αυτά προέκυψαν από τη βιβλιογραφική αναζήτηση:

1. Ποιος είναι ο επιπολασμός απόπειρων αυτοκτονίας για τις οποίες απαιτήθηκε νοσηλεία;
2. Ποια είναι τα κοινά χαρακτηριστικά των ατόμων με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας;
3. Ποιοι παράγοντες καταγράφονται ως παράγοντες κινδύνου για την απόπειρα αυτοκτονίας σε αυτή την κατηγορία ασθενών;
4. Είναι ωφέλιμη για την μετέπειτα πορεία τους η αναγκαστική νοσηλεία στην ψυχιατρική κλινική;
5. Ποιος είναι ο επιπολασμός επαναληψιμότητας της απόπειρας;
6. Υπάρχει διαφοροποίηση στην εμφάνιση επεισοδίων απόπειρας αυτοκτονίας την τελευταία διετία όπου εμφανίζεται η έξαρση της πανδημίας SARS-CoV-2;

5. Μεθοδολογία

5.1 Είδος Μελέτης

Πραγματοποιήθηκε μια αναδρομική μελέτη παρατήρησης όλων των ασθενών που εισήχθησαν στη ΜΕΘ, την παθολογική κλινική και την ψυχιατρική κλινική ενηλίκων του Πα.Γ.Ν.Η, για το χρονικό διάστημα 01/06/2018 – 31/07/2021 με διάγνωση εισαγωγής που εμπλέκει την απόπειρα αυτοκτονίας.

Για τη διεξαγωγή της μελέτης κατατέθηκε έγγραφη αίτηση στο επιστημονικό συμβούλιο του ΠαΓΝΗ (7006/23-4-2021) για άδεια συλλογής στοιχείων από τις βάσεις δεδομένων των κλινικών. Το επιστημονικό συμβούλιο εισηγήθηκε θετικά με επιστολή (αρ. πρωτοκόλλου 7006/26-05-2021) και τελικά το Δ.Σ. του νοσοκομείου ενέκρινε το σχετικό ερευνητικό πρωτόκολλο (Απόφαση 480, Συνεδρίαση 14/09-06-2021).

Η διαδικασία της συλλογής των στοιχείων έγινε ανώνυμα και κωδικοποιημένα, από το ηλεκτρονικό σύστημα CSPlus που χρησιμοποιεί η ΜΕΘ ΠαΓΝΗ, το ηλεκτρονικό σύστημα «ΠΑΝΑΚΕΙΑ» που λειτουργεί στην Παθολογική κλινική και τους έντυπους φακέλους του αρχείου που διατηρούνται στην ψυχιατρική κλινική ενηλίκων του νοσοκομείου, καθώς και το ενιαίο ηλεκτρονικό σύστημα a-MED Line.

5.2 Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού

Στην καταγραφή συμπεριλήφθηκαν όλοι οι ασθενείς που εισήχθησαν στις ως άνω κλινικές ως απόπειρα αυτοκαταστροφής, για το χρονικό διάστημα της έρευνας.

Χρήστες ουσιών και ασθενείς με εξαρτήσεις που έκαναν υπερβολική χρήση ουσιών χωρίς να επιβεβαιώνεται ο σκοπός της απόπειρας αυτοκτονίας κατά τη νοσηλεία τους, εξαιρέθηκαν της μελέτης.

5.3 Συλλογή δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων αναζητήθηκαν οι ασθενείς με διάγνωση εισαγωγής την απόπειρα αυτοκτονίας για το χρονικό διάστημα 01/06/2018 έως 31/07/2021, από το ηλεκτρονικό σύστημα της ΜΕΘ ΠαΓΝΗ (CSPlus), το ηλεκτρονικό σύστημα «ΠΑΝΑΚΕΙΑ» της παθολογικής κλινικής και το έντυπο αρχείο που διατηρεί η ψυχιατρική κλινική ενηλίκων του νοσοκομείου.

Πραγματοποιήθηκε συλλογή των απαιτούμενων στοιχείων σε φόρμα καταγραφής, ενώ τα στοιχεία που προέκυψαν εισήχθησαν σε ηλεκτρονικό φύλλο καταγραφής EXCEL για την περαιτέρω στατιστική τους ανάλυση.

Τα στοιχεία που συλλέχτηκαν αφορούσαν:

- Χαρακτηριστικά των ασθενών:
 - Ηλικία, φύλο, μήνας απόπειρας, συνθήκες και τρόπος απόπειρας, οικογενειακή κατάσταση και επαγγελματικό status, έκβαση νοσηλείας για κάθε κλινική και το νοσοκομείο, τμήμα εισαγωγής, ημέρες νοσηλείας ΜΕΘ – μετά ΜΕΘ και συνολικά έως το εξιτήριο
 - Συννοσηρότητα κατά την εισαγωγή σε ψυχιατρική σωματική νόσο, επαναληψιμότητα της απόπειρας

- Αιτία εισαγωγής πέραν της απόπειρας, εννοώντας τα παθολογικά προβλήματα που προκύπτουν από αυτήν
- Κλινική κατάσταση του ασθενούς κατά την εισαγωγή στη ΜΕΘ:
 - SAPS II score εισαγωγής: Αποτελεί κλίμακα (0-163) που προσδιορίζει τη βαρύτητα εισαγωγής ασθενούς στη ΜΕΘ ενηλίκων και αυτόματα τη θνησιμότητά του. Υπολογίζεται με βάση τις χειρότερες τιμές μεταβλητών συγκεκριμένων παραμέτρων και εργαστηριακών εξετάσεων κατά το πρώτο 24ωρο από την εισαγωγή του ασθενούς στη ΜΕΘ. Αφορά στατιστικό ποιοτικό στοιχείο από το οποίο μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα ως προς τη θνητότητα ενός ασθενούς ή μιας κατηγορίας νοσημάτων.
 - Ποσοστό % προβλεπόμενης θνησιμότητας που προκύπτει αυτόματα από τη συμπλήρωση του SAPS II score
- Καταγραφή της τελικής ψυχιατρικής διάγνωσης που προκύπτει από τη νοσηλεία του ασθενούς, προσπαθώντας να διαπιστωθεί το κίνητρο που οδήγησε στην απόπειρα αυτοκτονίας.

5.4 Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Για τη διερεύνηση και αξιολόγηση των μεταβλητών της μελέτης πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική. Συνεχείς μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή και \pm σταθερή απόκλιση (mean, \pm SD) ή διάμεση τιμή και 25-75 ενδοτεταρτημοριακά εύρη (median, IQR 25-75) για μεταβλητές μιας κανονικής και μη κανονικής κατανομής αντίστοιχα. Σύγκριση μεταξύ των μεταβλητών έγινε με μονόδρομη ανάλυση διακύμανσης (one way ANOVA, t –test, Wilcoxon ή Mann-Whitney), ανάλογα με την περίπτωση. Οι κατηγορικές μεταβλητές συγκρίθηκαν με τη μέθοδο chi-square ή Fisher exact test. Η στατιστική επεξεργασία και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 26.0.

6. Αποτελέσματα

Συλλέχθηκαν πληροφορίες για την τριετία 01/07/2018 – 30/06/2021, από τα αρχεία της Ψυχιατρικής Ενηλίκων, της Παθολογικής και της ΜΕΘ ΠαΓΝΗ. Λόγω ιδιαιτερότητας του τρόπου απόπειρας και άλλων χαρακτηριστικών νοσηλείας, η μελέτη των ασθενών έγινε ξεχωριστά, με το γενικό δείγμα να προκύπτει από το σύνολο των εισαγωγών στην ψυχιατρική κλινική και το σύνολο των SSA να αφορά τις εισαγωγές στη ΜΕΘ.

Το μέγεθος του δείγματος που τελικά νοσηλεύθηκε στην Ψυχιατρική κλινική, ανήλθε συνολικά στα 172 άτομα (N=172). Το σύνολο των SSA ήταν 21 άτομα (N=21), από τους οποίους τελικά οι 13 μεταφέρθηκαν στην πορεία της νοσηλείας τους στην ψυχιατρική κλινική.

Προκύπτει ότι στο σύνολο των εισαγωγών της Ψυχιατρικής κλινικής ενηλίκων (2284 εισαγωγές στην τριετία), οι απόπειρες αυτοκτονίας διατηρούν ένα ποσοστό επιπολασμού της τάξης του 7,5% κατά μέσο όρο (6,8-9%). Για τις σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας αναζητήθηκαν στοιχεία σε σύνολο περίπου 2000 εισαγωγών στη ΜΕΘ, όπου ο επιπολασμός των αποπειρών αυτοκτονίας κυμαίνεται μεταξύ 1,15 και 2,48%.

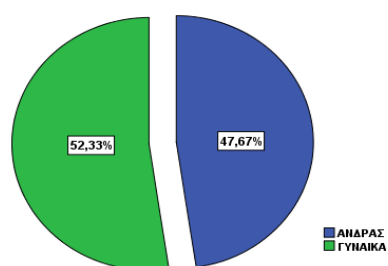
6.1. Περιγραφικά δημογραφικά στοιχεία του δείγματος της έρευνας

Σύμφωνα με τα περιγραφικά δημογραφικά στοιχεία ως προς την κατανομή του δείγματος με βάση το φύλο, προκύπτει ότι η πλειοψηφία ήταν γυναίκες (52,3%), έναντι των ανδρών (47,7%). (βλ. Πίνακα 1 & Γράφημα 1).

Πίνακας 1. Κατανομή του φύλου του δείγματος

		Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	82	47,7	47,7
	ΓΥΝΑΙΚΑ	90	52,3	100,0
	Σύνολο	172	100,0	

Γράφημα 1. Κατανομή του φύλου του δείγματος



Ως προς την κατανομή της ηλικίας, προκύπτει ότι η πλειοψηφία του δείγματος ανήκει στις ηλικίες των 18, των 37 και των 40 ετών σε ένα κοινό ποσοστό της τάξεως του 4,7% (βλ. Πίνακα 2.)

Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος σε σχέση με την ηλικία

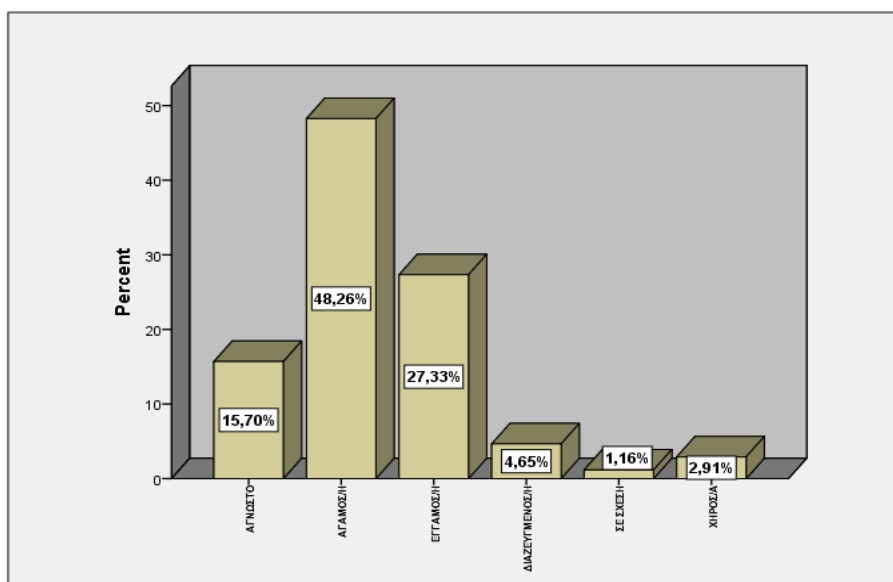
ΗΛΙΚΙΑ	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %	ΗΛΙΚΙΑ	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
18	8	4,7	4,7	45	4	2,3	62,8
19	1	,6	5,2	46	6	3,5	66,3
20	3	1,7	7,0	47	5	2,9	69,2
21	7	4,1	11,0	48	4	2,3	71,5
22	3	1,7	12,8	49	3	1,7	73,3
23	4	2,3	15,1	50	4	2,3	75,6
24	3	1,7	16,9	51	2	1,2	76,7
25	6	3,5	20,3	52	3	1,7	78,5
26	4	2,3	22,7	53	1	,6	79,1
27	5	2,9	25,6	54	4	2,3	81,4
28	2	1,2	26,7	55	3	1,7	83,1
29	1	,6	27,3	56	2	1,2	84,3
30	3	1,7	29,1	57	1	,6	84,9
31	2	1,2	30,2	58	5	2,9	87,8
32	4	2,3	32,6	61	1	,6	88,4
33	3	1,7	34,3	62	1	,6	89,0
34	2	1,2	35,5	63	4	2,3	91,3
35	7	4,1	39,5	65	2	1,2	92,4
36	4	2,3	41,9	66	2	1,2	93,6
37	8	4,7	46,5	68	2	1,2	94,8
38	3	1,7	48,3	72	2	1,2	95,9
39	3	1,7	50,0	73	1	,6	96,5
40	8	4,7	54,7	74	1	,6	97,1
41	3	1,7	56,4	82	2	1,2	98,3
42	1	,6	57,0	89	1	,6	98,8
43	6	3,5	60,5	91	2	1,2	100,0

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των νοσηλευομένων, προκύπτει ότι στην πλειοψηφία τους είναι Άγαμοι/ες, σε ποσοστό 48,3%. (βλ. Πίνακας 3 & Γράφημα 3)

Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

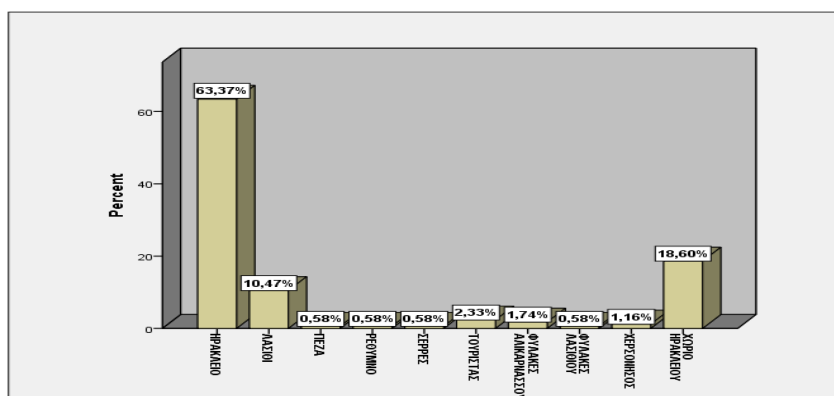
		Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΓΝΩΣΤΗ	27	15,7	15,7
	ΑΓΑΜΟΣ/Η	83	48,3	64,0
	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	47	27,3	91,3
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	8	4,7	95,9
	ΣΕ ΣΧΕΣΗ	2	1,2	97,1
	ΧΗΡΟΣ/Α	5	2,9	100,0

Γράφημα3: Κατανομή του δείγματος σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση



Η πλειοψηφία κατοικεί σε αστική περιοχή (Ηράκλειο) στο 63,4% (βλ.Γράφημα 4.)

Γράφημα4: Κατανομή του δείγματος αναφορικά με την περιοχή κατοικίας



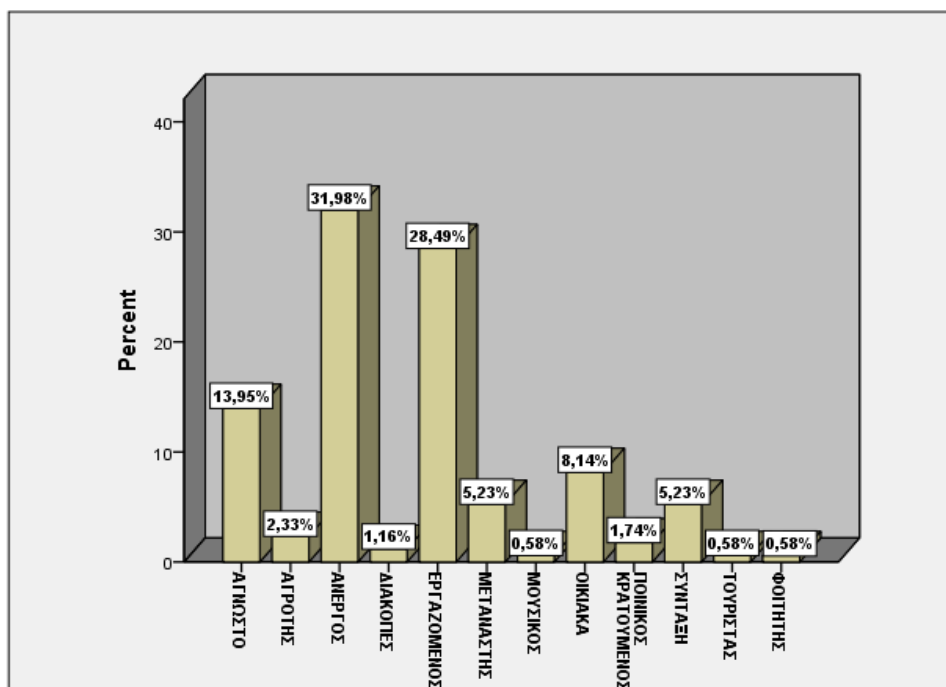
Αναφορικά με το επάγγελμα των ασθενών προκύπτει ότι η πλειοψηφία του δείγματος είναι άνεργοι/ες σε ποσοστό 32%. (βλ. Πίνακα 5 & Γράφημα 5) Σημειώνεται ότι στο 14% η πληροφορία δεν ήταν καταγεγραμμένη.

Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος αναφορικά με το επάγγελμα

		Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
ΕΡΓΑΣΙΑ	ΑΓΝΩΣΤΟ	24	14,0	14,0
	ΑΓΡΟΤΗΣ	4	2,3	16,3
	ΑΝΕΡΓΟΣ	55	32,0	48,3
	ΤΟΥΡΙΣΤΑΣ	3	1,8	50,1
	ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	49	28,5	78,6
	ΜΕΤΑΝΑΣΤΗΣ	9	5,2	83,8
	ΜΟΥΣΙΚΟΣ	1	,6	84,4
	ΟΙΚΙΑΚΑ	14	8,1	92,5
	ΠΟΙΝΙΚΟΣ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΟΣ	3	1,7	94,2
	ΣΥΝΤΑΞΗ	9	5,2	99,4
	ΦΟΙΤΗΤΗΣ	1	,6	100,0

Γράφημα5: Κατανομή του δείγματος αναφορικά με το επάγγελμα

ΕΡΓΑΣΙΑ



6.2. Πίνακες απόλυτων συχνοτήτων του δείγματος των δεδομένων της έρευνας

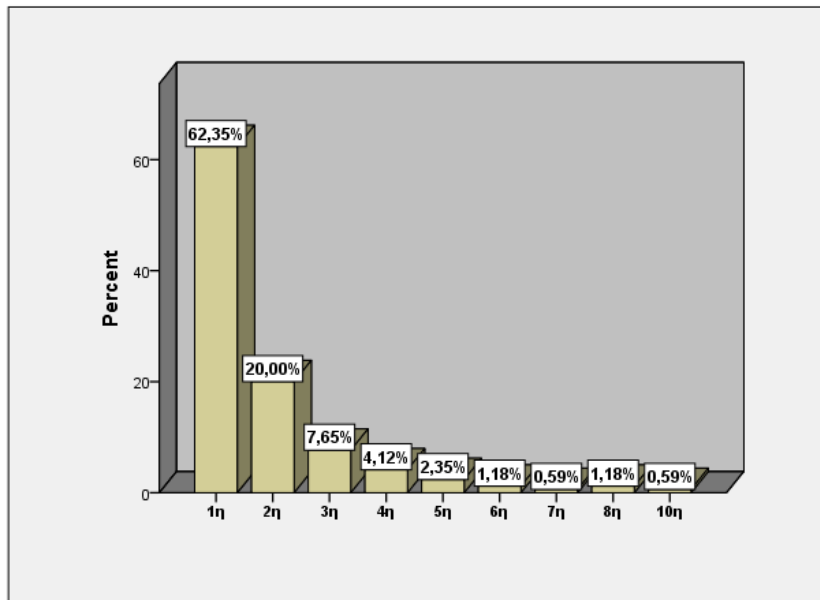
Η πλειοψηφία του δείγματος προέρχεται άμεσα από το ΤΕΠ σε ποσοστό 48,2% και έπεται η παθολογική κλινική σε ποσοστό 40,7% ως πρώτη κλινική εισαγωγής και νοσηλείας. (βλ. Πίνακα 6 & Γράφημα 6)

Πίνακας 6: Κατανομή του δείγματος αναφορικά με την κλινική νοσηλείας

		Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	70	40,7	40,7
	ΚΕΛΙ ΠαΓΝΗ	4	2,3	43
	ΜΕΘ	13	7,6	50,6
	ΜΕΘ ΛΑΣΙΘΙΟΥ	1	,6	51,2
	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	1	,6	51,8
	ΤΕΠ	83	48,2	100,0

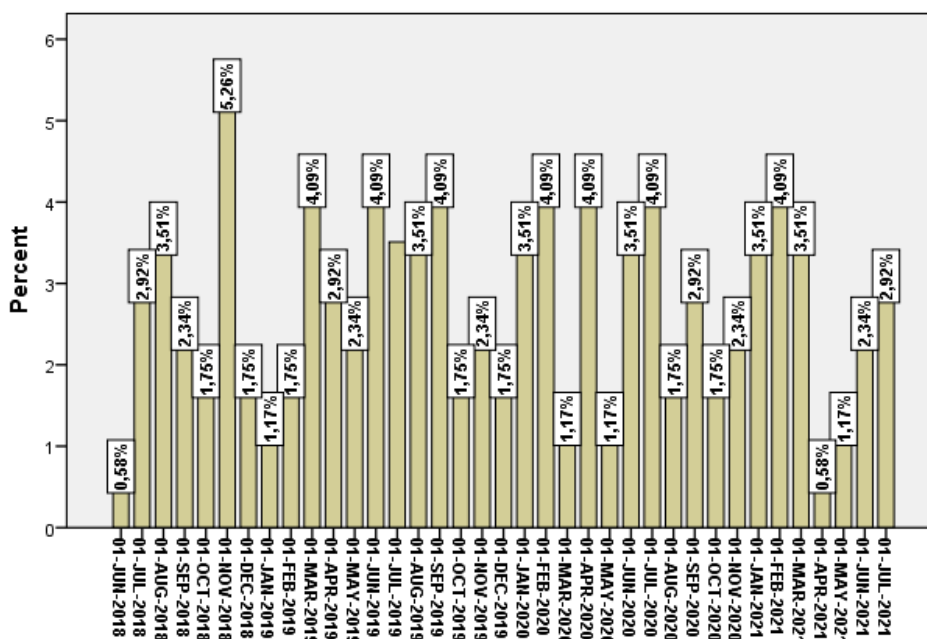
Η πλειοψηφία του δείγματος νοσηλεύθηκε πρώτη φορά για απόπειρα αυτοκτονίας, σε ποσοστό 62,35% (βλ. Γράφημα 7).

Γράφημα7: Κατανομή του δείγματος αναφορικά με τον αριθμό νοσηλειών



Η πλειοψηφία του δείγματος εισήχθη τον Νοέμβριο του 2018 σε ποσοστό 5,3% (Γράφημα 8).

Γράφημα8: Κατανομή του δείγματος αναφορικά με την ημερομηνία Εισαγωγής



Ως προς την εποχικότητα της απόπειρας αυτοκτονίας προκύπτει ότι οι περισσότερες απόπειρες πραγματοποιούνται τον Ιούνιο (3,36%), τον Ιούλιο (3,32%) και το Νοέμβριο (3,3%). Οι περισσότερες απόπειρες καταγράφονται στην εποχή του καλοκαιριού και του φθινοπώρου με κοινό ποσοστό 8,2%.

Για τον τρόπο απόπειρας αυτοκαταστροφής (βλ. Πίνακα 9) προκύπτει ότι η πλειοψηφία του δείγματος (20,3%) αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει μέσω της λήψης υπερδοσολογίας συνταγογραφημένων φαρμάκων.

Επίσης προκύπτει ότι σε ποσοστό 8,7% των αποπειρών, επιλέχθηκε συνδυασμός ενεργειών από τους ασθενείς.

Πίνακας 9: Κατανομή του δείγματος αναφορικά με την απόπειρα αυτοκαταστροφής

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %	
ΤΡΟΠΟΣ ΑΠΟΠΕΙΡΑΣ	ΑΛΚΟΟΛ & ΑΡΝΗΣΗ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ	1	,6	,6
	ΑΛΚΟΟΛ & ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠ	2	1,2	1,7
	ΑΛΚΟΟΛ & ΠΤΩΣΗ	2	1,2	2,9
	ΑΠΑΓΧΟΝΙΣΜΟΣ	4	2,3	5,2
	ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ (ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦ)	35	20,3	25,6
	ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΠΑΓΧΟΝΙΣΜΟΥ	7	4,1	29,7
	ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΠΥΡΠΟΛΙΣΜΟΥ	3	1,7	31,4
	ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ	1	,6	32,0
	ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ ΧΛΩΡΙΝΗΣ	2	1,2	33,1
	ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΔΙΑΤΟΜΗΣ ΦΛΕΒΩΝ	3	1,7	34,9
	ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΠΤΩΣΗΣ	9	5,2	40,1
	ΑΡΝΗΣΗ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ	2	1,2	41,3
	ΑΥΤΟΠΥΡΟΒΟΛΙΣΜΟΣ	1	,6	41,9
	ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ	5	2,9	44,8
	ΔΙΑΤΟΜΗ ΦΛΕΒΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΠΤΩΣΗΣ	1	,6	45,3
	ΔΙΑΤΟΜΗ ΦΛΕΒΩΝ	12	7,0	52,3
	ΚΑΤΑΠΟΣΗ ΧΛΩΡΙΝΗΣ	2	1,2	53,5
	ΛΗΨΗ ΠΑΡΑΚΕΤΑΜΟΛΗΣ	9	5,2	58,7
	ΛΗΨΗ ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΩΝ	6	3,5	62,2
	ΠΤΩΣΗ	8	4,7	66,9
	ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ ΚΑΤΣΑΒΙΔΙ	1	,6	67,4
	ΦΑΡΜΑΚΑ	35	20,3	87,8
	ΦΑΡΜΑΚΑ & ΑΛΚΟΟΛ	2	1,2	89,0
	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	1	,6	89,5
	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ	11	6,4	95,9
	ΧΑΠΙΑ & ΑΛΚΟΟΛ	6	3,5	99,4
	ΧΑΠΙΑ & ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΠΤΩΣΗΣ	1	,6	100,0

Από τη διάκριση του τρόπου της απόπειρας με βάση το φύλο (βλ. Πίνακα 9.1) προκύπτει ότι η πλειοψηφία των γυναικών σε ποσοστό 12,8% αποπειράθηκε να αυτοκαταστραφεί μέσω της λήψης υπερδοσολογίας συνταγογραφημένων φαρμάκων, ενώ η πλειοψηφία των ανδρών αποπειράθηκε να αυτοκαταστραφεί μέσω της λήψης φαρμάκων/χαπιών στο 8,7%.

Πίνακας 9.1: Κατανομή του δείγματος με βάση το φύλο αναφορικά με την απόπειρα αυτοκαταστροφής

ΤΡΟΠΟΣ & ΦΥΛΟ					
			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΤΡΟΠΟΣ	ΑΛΚΟΟΛ & ΑΡΝΗΣΗ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ	N	1	0	1
		%	0,6%	0,0%	0,6%
	ΑΛΚΟΟΛ & ΛΗΨΗ ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΗΣ	N	1	1	2
		%	0,6%	0,6%	1,2%
	ΑΛΚΟΟΛ & ΠΤΩΣΗ	N	2	0	2
		%	1,2%	0,0%	1,2%
	ΑΠΑΓΧΟΝΙΣΜΟΣ	N	4	0	4
		%	2,3%	0,0%	2,3%
	ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ	N	13	22	35
		%	7,6%	12,8%	20,3%
	ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΠΑΓΧΟΝΙΣΜΟΥ	v	7	0	7
		%	4,1%	0,0%	4,1%
	ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΠΥΡΠΟΛΙΣΜΟΥ	N	2	1	3
		%	1,2%	0,6%	1,7%
	ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ	N	1	0	1
		%	0,6%	0,0%	0,6%
	ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΓΙΑ ΚΑΤΑΠΟΣΗ ΧΛΩΡΙΝΗΣ	N	0	2	2
		%	0,0%	1,2%	1,2%
	ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΔΙΑΤΟΜΗΣ ΦΛΕΒΩΝ	N	2	1	3
		%	1,2%	0,6%	1,7%
	ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΠΤΩΣΗΣ	N	5	4	9
		%	2,9%	2,3%	5,2%
	ΑΡΝΗΣΗ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ	N	0	2	2
		%	0,0%	1,2%	1,2%
	ΑΥΤΟΠΥΡΟΒΟΛΙΣΜΟΣ	N	1	0	1
		%	0,6%	0,0%	0,6%
	ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ	N	5	0	5
		%	2,9%	0,0%	2,9%
	ΔΙΑΤΟΜΗ ΦΛΕΒΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΠΤΩΣΗΣ	N	0	1	1
		%	0,0%	0,6%	0,6%

ΔΙΑΤΟΜΗ ΦΛΕΒΩΝ	N	5	7	12
	%	2,9%	4,1%	7,0%
ΚΑΤΑΠΟΣΗ ΧΛΩΡΙΝΗΣ	N	0	2	2
	%	0,0%	1,2%	1,2%
ΛΗΨΗ ΠΑΡΑΚΕΤΑΜΟΛΗΣ	N	2	7	9
	%	1,2%	4,1%	5,2%
ΛΗΨΗ ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΗΣ	N	1	5	6
	%	0,6%	2,9%	3,5%
ΠΤΩΣΗ	N	3	5	8
	%	1,7%	2,9%	4,7%
ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ (ΚΑΤΣΑΒΙΔΙ)	N	0	1	1
	%	0,0%	0,6%	0,6%
ΦΑΡΜΑΚΑ	N	15	20	35
	%	8,7%	11,6%	20,3%
ΦΑΡΜΑΚΑ & ΑΛΚΟΟΛ	N	0	2	2
	%	0,0%	1,2%	1,2%
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	N	1	0	1
	%	0,6%	0,0%	0,6%
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ	N	5	6	11
	%	2,9%	3,5%	6,4%
ΧΑΠΙΑ & ΑΛΚΟΟΛ	N	5	1	6
	%	2,9%	0,6%	3,5%
ΧΑΠΙΑ & ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΠΤΩΣΗΣ	N	1	0	1
	%	0,6%	0,0%	0,6%
ΣΥΝΟΛΟ	N	82	90	172
	%	47,7%	52,3%	100,0%

Παρ' όλα αυτά, φαίνεται ότι οι άνδρες είναι εκείνοι οι οποίοι θα προβούν σε βίαιους τρόπους απόπειρας αυτοκτονίας (πτώσεις, απαγχονισμός, χρήση πυροβόλων όπλων, κα) σε ποσοστό 18%, έναντι 6,97% για τον πληθυσμό των γυναικών.

Αναφορικά με την διάγνωση (βλ. Πίνακα 10) προκύπτει ότι η πλειοψηφία του δείγματος (35,1%) διαγνώσθηκε ότι πάσχει από καταθλιπτικό επεισόδιο. Ακολουθούν κατά σειρά σε μικρότερα ποσοστά η διάγνωση με διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό 16,4% και η διπολική διαταραχή σε ποσοστό 12,9%.

Επισημαίνεται το γεγονός της αλληλοεπικάλυψης κάποιων διαγνώσεων γενικότερων κατηγοριών, που προκύπτουν από τις επίσημες γραπτές διαγνώσεις των φακέλων

μέσα στα πλαίσια της προστασίας ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων. Τονίζεται ότι η ανάλυση των στοιχείων δεν επηρεάζει τα αποτελέσματα.

Πίνακας 10: Κατανομή του δείγματος αναφορικά με την διάγνωση

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
ΔΙΑΓΝΩΣΗ			
ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	10	5,8	5,8
ΑΝΩΡΙΜΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ	1	,6	6,4
ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ	1	,6	7,0
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	28	16,3	23,4
ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	1	,6	24,0
ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	22	12,8	36,8
ΕΙΔΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	4	2,3	39,2
ΕΠΙΜΟΝΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΘΥΜΙΚΟΥ	1	,6	39,8
ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	60	34,9	74,9
ΜΑΝΙΑΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	3	1,7	76,6
ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	1	,6	77,2
ΟΞΕΙΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ STRESS	14	8,1	85,4
ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	4	2,3	87,7
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	3	1,7	89,5
ΣΧΙΖΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	2	1,2	90,6
ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	8	4,7	95,3
ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	2	1,2	96,5
ΨΥΧΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ	6	3,5	100,0

Συγκρίνοντας τη διάγνωση με βάση το φύλο (βλ. Πίνακα 10.1) προκύπτει ότι το 19,9% των γυναικών και το 15,2% των ανδρών διαγνώσθηκε ότι πάσχει από καταθλιπτικό επεισόδιο.

Πίνακας 10.1: Κατανομή του δείγματος με βάση το φύλο αναφορικά με την διάγνωση

ΔΙΑΓΝΩΣΗ & ΦΥΛΟ					
		ΦΥΛΟ			Σύνολο
		ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ		
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	N(%)	7 (4.1%)	3 (1.8%)	10 (5.8%)
	ΑΝΩΡΙΜΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ	N(%)	1 (0.6%)	0	1 (0.6%)
	ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ	N(%)	1 (0.6%)	0	1 (0.6%)
	ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	N(%)	8 (4.7%)	20 (11.7%)	28(16.4%)
	ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	N(%)	0	1 (0.6%)	1 (0.6%)
	ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	N(%)	8 (4.7%)	14 (8.2%)	22(12.9%)
	ΕΙΔΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	N(%)	3 (1.8%)	1(0.6%)	4(2.3%)
	ΕΠΙΜΟΝΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΘΥΜΙΚΟΥ	N(%)	1(0.6%)	0	1(0.6%)
	ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	N(%)	26(15,2%)	34(19,9%)	60(35,1%)
	ΜΑΝΙΑΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	N(%)	2 (1.2%)	1 (0.6%)	3 (1.8%)
	ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	N(%)	0	1 (0.6%)	1 (0.6%)
	ΟΞΕΙΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ STRESS	N(%)	9 (5.3%)	5 (2.9%)	14 (8.2%)
	ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	N(%)	4 (2.3%)	0	4 (2.3%)
	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	N(%)	1 (0.6%)	2 (1.2%)	3 (1.8%)
	ΣΧΙΖΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	N(%)	2 (1.2%)	0	2 (1.2%)
	ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	N(%)	4 (2.3%)	4 (2.3%)	8 (4.7%)
	ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	N(%)	1 (0.6%)	1 (0.6%)	2 (1.2%)
	ΨΥΧΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ	N(%)	3 (1.8%)	3 (1.8%)	6 (3.5%)

6.3. Περιγραφικά δημογραφικά στοιχεία για τις Σοβαρές Απόπειρες Αυτοκτονίας

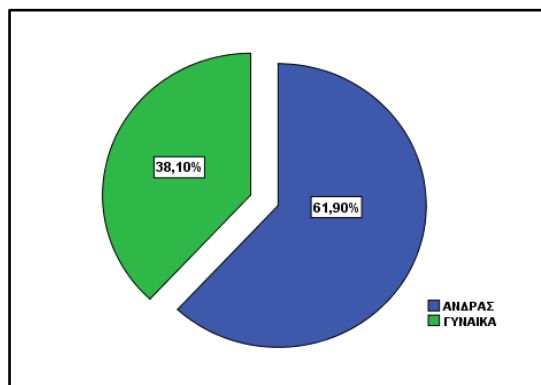
Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από το ηλεκτρονικό σύστημα που διατηρεί η ΜΕΘ ΠαΓΝΗ για το χρονικό διάστημα της έρευνας. Το μέγεθος του δείγματος της έρευνας ανήλθε συνολικά τα 21 άτομα (N=21).

Από την κατανομή του δείγματος με βάση το φύλο (βλ. Πίνακα 11 & Γράφημα 11), προκύπτει ότι η πλειοψηφία του δείγματος ήταν άνδρες σε ποσοστό 61,9%.

Πίνακας 11. Κατανομή του φύλου του δείγματος

		Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	13	61,9	61,9
	ΓΥΝΑΙΚΑ	8	38,1	100,0
	Σύνολο	21	100,0	

Γράφημα11. Κατανομή του φύλου του δείγματος



Από την κατανομή της ηλικίας (βλ. Πίνακα 12) προκύπτει ότι η πλειοψηφία του δείγματος ανήκει στις ηλικίες των 40 και των 52 ετών σε ένα κοινό ποσοστό της τάξεως του 9,5%.

Πίνακας 12: Κατανομή του δείγματος σε σχέση με την ηλικία

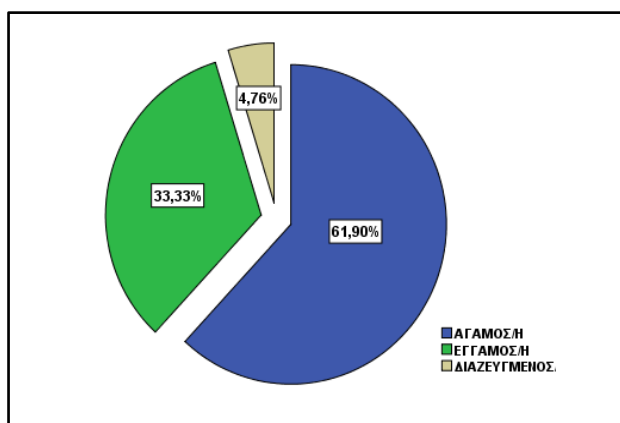
		Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
ΗΛΙΚΙΑ	25	1	4,8	4,8
	26	1	4,8	9,5
	27	1	4,8	14,3
	33	1	4,8	19,0
	35	1	4,8	23,8
	36	1	4,8	28,6
	38	1	4,8	33,3
	40	2	9,5	42,9
	44	1	4,8	47,6
	45	1	4,8	52,4
	50	1	4,8	57,1
	52	2	9,5	66,7
	53	1	4,8	71,4
	55	1	4,8	76,2
	64	1	4,8	81,0
	69	1	4,8	85,7
	75	1	4,8	90,5
	76	1	4,8	95,2
	78	1	4,8	100,0
	Σύνολο	21	100,0	

Αναφορικά στην οικογενειακή κατάσταση του δείγματος (βλ. Πίνακα 13 & Γράφημα 13) προκύπτει ότι η πλειοψηφία είναι άγαμοι/ες σε ποσοστό 61,9%.

Πίνακας 13: Κατανομή του δείγματος σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

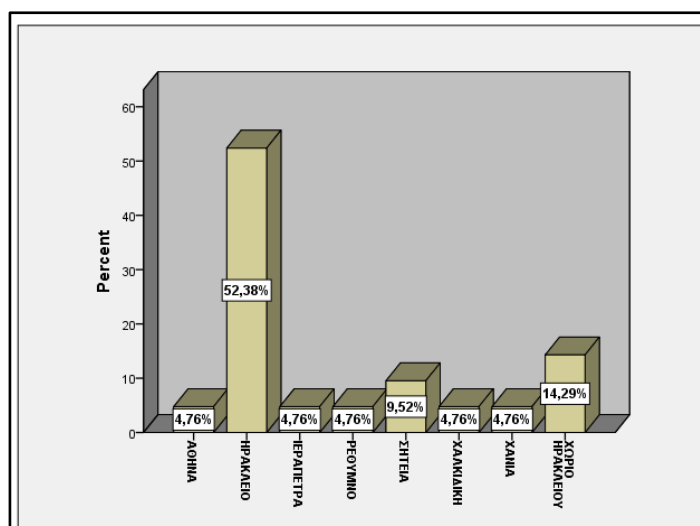
		Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΓΑΜΟΣ/Η	13	61,9	61,9
	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	7	33,3	95,2
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	1	4,8	100,0
	Σύνολο	21	100,0	

Γράφημα13: Κατανομή του δείγματος σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση



Η πλειοψηφία του δείγματος κατοικεί στο Ηράκλειο σε ποσοστό 52,4% (βλ. Γράφημα 14).

Γράφημα14: Κατανομή του δείγματος αναφορικά με την περιοχή κατοικίας

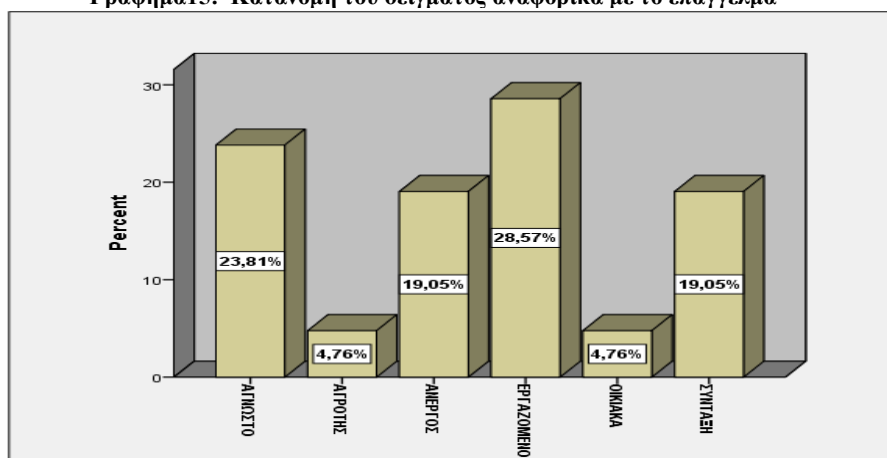


Για το επάγγελμα των ερωτώμενων της έρευνας (βλ. Πίνακα 15 & Γράφημα 15) προκύπτει ότι η πλειοψηφία του δείγματος (28,6%) είναι εργαζόμενοι/ες.

Πίνακας 15: Κατανομή του δείγματος αναφορικά με το επάγγελμα

		Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
ΕΡΓΑΣΙΑ	ΑΓΝΩΣΤΟ	5	23,8	23,8
	ΑΓΡΟΤΗΣ	1	4,8	28,6
	ΑΝΕΡΓΟΣ	4	19,0	47,6
	ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	6	28,6	76,2
	ΟΙΚΙΑΚΑ	1	4,8	81,0
	ΣΥΝΤΑΞΗ	4	19,0	100,0
	Σύνολο	21	100,0	

Γράφημα15: Κατανομή του δείγματος αναφορικά με το επάγγελμα



6.4. Πίνακες απόλυτων συχνοτήτων του δείγματος των δεδομένων της έρευνας

Η πλειοψηφία του δείγματος εισήχθη στη ΜΕΘ από το ΤΕΠ σε ποσοστό 81% (βλ. Πίνακα 16).

Πίνακας 16: Κατανομή του δείγματος αναφορικά με την κλινική νοσηλείας

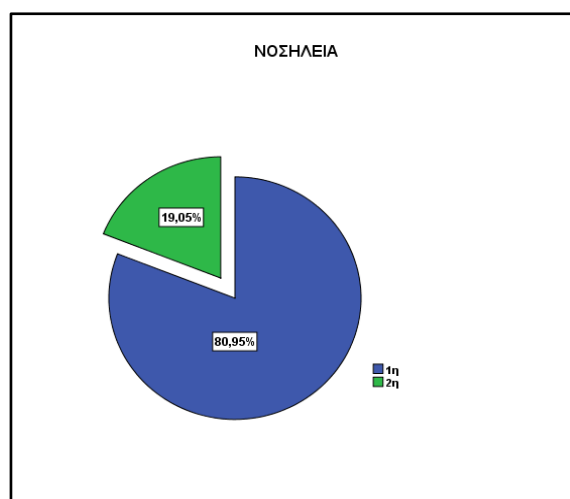
		Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΚΥ ΣΗΤΕΙΑΣ	3	14,3	14,3
	ΤΕΠ	17	81,0	95,2
	ΤΕΠ ΧΑΝΙΩΝ	1	4,8	100,0

Για τον αριθμό προηγούμενων νοσηλείων με την ίδια αιτία εισόδου των ερωτώμενων της έρευνας (βλ. Πίνακα 17 & Γράφημα 17) προκύπτει ότι η πλειοψηφία του δείγματος νοσηλεύθηκε για πρώτη φορά σε ποσοστό 81%.

Πίνακας 17: Κατανομή του δείγματος αναφορικά με τον αριθμό νοσηλείας

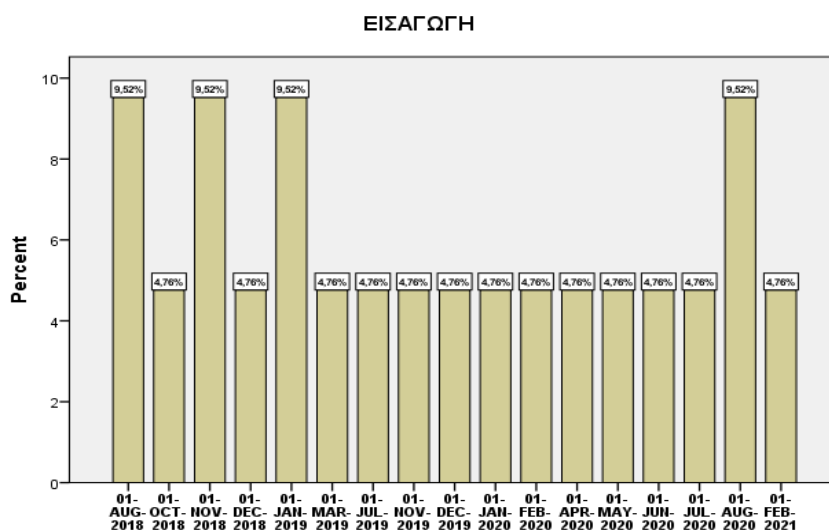
		Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
ΝΟΣΗΛΕΙΑ	1η	17	81,0	81,0
	2η	4	19,0	100,0
	Σύνολο	21	100,0	

Γράφημα17: Κατανομή του δείγματος αναφορικά με τον αριθμό νοσηλείας



Ως προς την ημερομηνία εισαγωγής στη ΜΕΘ (βλ. Γράφημα 18) προκύπτει ότι η πλειοψηφία εισήχθη τον Αύγουστο και τον Νοέμβριο του 2018, καθώς και τον Αύγουστο του 2020.

Γράφημα18: Κατανομή του δείγματος αναφορικά με την ημερομηνία εισαγωγής



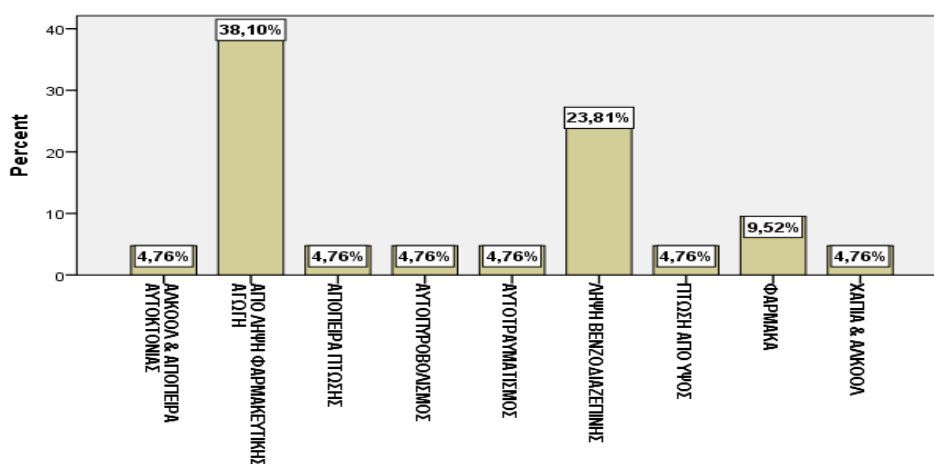
Προκύπτει όμως, ότι οι σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας είναι συχνότερες τον μήνα Αύγουστο, ενώ έπονται οι μήνες Ιανουάριος και Νοέμβριος με τις περισσότερες καταγραφές εισαγωγών στη ΜΕΘ.

Αναφορικά με τον τρόπο απόπειρας αυτοκαταστροφής (βλ. Πίνακα 19 & Γράφημα 19) προκύπτει ότι η πλειοψηφία του δείγματος (38,1%) αποπειράθηκε να αυτοκαταστραφεί μέσω της λήψης υπερδοσολογίας συνταγογραφημένων φαρμάκων.

Πίνακας 19: Κατανομή του δείγματος αναφορικά με την απόπειρα αυτοκαταστροφής

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
ΤΡΟΠΟΣ			
ΑΛΚΟΟΛ & ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ	1	4,8	4,8
ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦ. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ	8	38,1	42,9
ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΠΤΩΣΗΣ	1	4,8	47,6
ΑΥΤΟΠΥΡΟΒΟΛΙΣΜΟΣ	1	4,8	52,4
ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ	1	4,8	57,1
ΛΗΨΗ ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΗΣ	5	23,8	81,0
ΠΤΩΣΗ ΑΠΟ ΥΨΟΣ	1	4,8	85,7
ΦΑΡΜΑΚΑ	2	9,5	95,2
ΧΑΠΙΑ & ΑΛΚΟΟΛ	1	4,8	100,0
Σύνολο	21	100,0	

Γράφημα19: Κατανομή του δείγματος αναφορικά με την απόπειρα αυτοκαταστροφής



Στις σοβαρές απόπειρες αυτοκαταστροφής καταγράφεται ένα ποσοστό 9,52% που αφορά διπλή μέθοδο απόπειρας.

Συγκριτικά με το φύλο και την απόπειρα αυτοκαταστροφής (βλ. Πίνακα 19.1) προκύπτει ότι η πλειοψηφία των ανδρών σε ποσοστό 23,8% αποπειράθηκε να

αυτοκτονήσει μέσω της λήψης υπερδοσολογίας των φαρμάκων από τη φαρμακευτική τους αγωγή, ενώ η πλειοψηφία των γυναικών αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει μέσω της λήψης βενζοδιαζεπινών σε ποσοστό 19%.

Πίνακας 19.1: Κατανομή του δείγματος με βάση το φύλο αναφορικά με την απόπειρα αυτοκαταστροφής

ΤΡΟΠΟΣ & ΦΥΛΟ					
		ΦΥΛΟ		Σύνολο	
		ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ		
ΤΡΟΠΟΣ	ΑΛΚΟΟΛ & ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ	N	1	0	1
		%	4,8%	0,0%	4,8%
	ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗ	N	5	3	8
		%	23,8%	14,3%	38,1%
	ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΠΤΩΣΗΣ	N	1	0	1
		%	4,8%	0,0%	4,8%
	ΑΥΤΟΠΥΡΟΒΟΛΙΣΜΟΣ	N	1	0	1
		%	4,8%	0,0%	4,8%
	ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ	N	1	0	1
		%	4,8%	0,0%	4,8%
	ΛΗΨΗ ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΗΣ	N	1	4	5
		%	4,8%	19,0%	23,8%
	ΠΤΩΣΗ ΑΠΟ ΥΨΟΣ	N	1	0	1
		%	4,8%	0,0%	4,8%
	ΦΑΡΜΑΚΑ	N	2	0	2
		%	9,5%	0,0%	9,5%
	ΧΑΠΙΑ & ΑΛΚΟΟΛ	N	0	1	1
		%	0,0%	4,8%	4,8%
Σύνολο		N	13	8	21
		%	61,9%	38,1%	100,0%

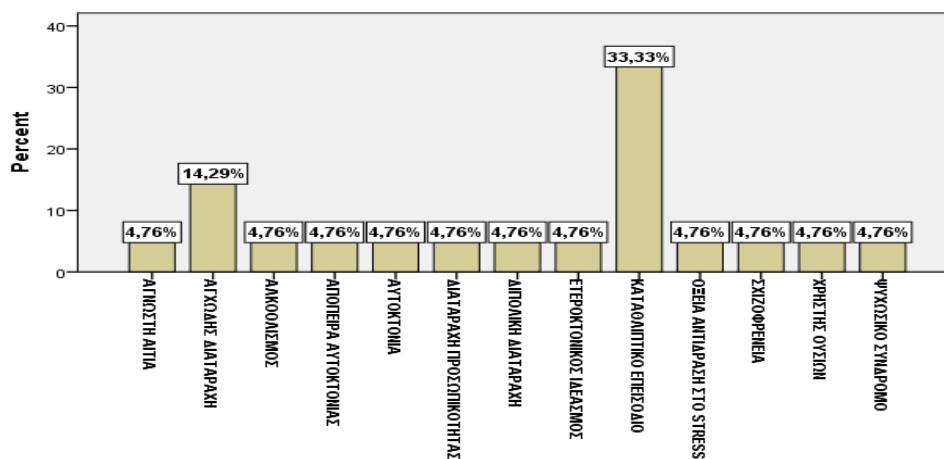
Και στις σοβαρές απόπειρες αυτοκαταστροφής καταγράφεται για τον ανδρικό πληθυσμό ένα ποσοστό 19% που επέλεξε βίαιες μεθόδους για να αποπειραθεί (πτώση, τραύμα, χρήση πυροβόλων όπλων), ενώ στο γυναικείο πληθυσμό η χρήση βίαιης μεθόδου απόπειρας είναι μηδενική.

Η πλειοψηφία του δείγματος διαγνώστηκε ότι πάσχει από καταθλιπτικό επεισόδιο, σε ένα ποσοστό της τάξεως του 33,3% (βλ. Πίνακα 20 & Γράφημα 20). Ακολουθεί κατά σειρά σε μικρότερο ποσοστό η αγχώδης διαταραχή σε ποσοστό 14,3%.

Πίνακας 20: Κατανομή του δείγματος αναφορικά με την διάγνωση

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΓΝΩΣΤΗ ΑΙΤΙΑ	1	4,8	4,8
	ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	3	14,3	19,0
	ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ	1	4,8	23,8
	ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ	1	4,8	28,6
	ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	1	4,8	33,3
	ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	1	4,8	38,1
	ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	1	4,8	42,9
	ΕΤΕΡΟΚΤΟΝΙΚΟΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	1	4,8	47,6
	ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	7	33,3	81,0
	ΟΞΕΙΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ STRESS	1	4,8	85,7
	ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	1	4,8	90,5
	ΧΡΗΣΤΗΣ ΟΥΣΙΩΝ	1	4,8	95,2
	ΨΥΧΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ	1	4,8	100,0

Γράφημα20: Κατανομή του δείγματος αναφορικά με την διάγνωση



Συγκρίνοντας τη διάγνωση με βάση το φύλο (βλ. Πίνακα 20.1) προκύπτει ότι το 19% των γυναικών και το 14,3% των ανδρών διαγνώσθηκε ότι πάσχει από καταθλιπτικό επεισόδιο.

Πίνακας 20.1: Κατανομή του δείγματος με βάση το φύλο αναφορικά με την διάγνωση

ΔΙΑΓΝΩΣΗ & ΦΥΛΟ					
		ΦΥΛΟ			Σύνολο
		ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ		
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΓΝΩΣΤΗ ΑΙΤΙΑ	N	1	0	1
		%	4,8%	0,0%	4,8%
	ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	N	0	3	3
		%	0,0%	14,3%	14,3%
	ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ	N	1	0	1
		%	4,8%	0,0%	4,8%
	ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ	N	1	0	1
		%	4,8%	0,0%	4,8%
	ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	N	1	0	1
		%	4,8%	0,0%	4,8%
	ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	N	1	0	1
		%	4,8%	0,0%	4,8%
	ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	N	0	1	1
		%	0,0%	4,8%	4,8%
	ΕΤΕΡΟΚΤΟΝΙΚΟΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	N	1	0	1
		%	4,8%	0,0%	4,8%
	ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	N	3	4	7
		%	14,3%	19,0%	33,3%
	ΟΞΕΙΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ STRESS	N	1	0	1
		%	4,8%	0,0%	4,8%
ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	N	1	0	1	
	%	4,8%	0,0%	4,8%	
ΧΡΗΣΤΗΣ ΟΥΣΙΩΝ	N	1	0	1	
	%	4,8%	0,0%	4,8%	
ΨΥΧΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ	N	1	0	1	
	%	4,8%	0,0%	4,8%	
Σύνολο		N	13	8	21
		%	61,9%	38,1%	100,0%

Αναφορικά με την κλίμακα SAPS II που προσδιορίζει τη βαρύτητα εισαγωγής στη ΜΕΘ, προκύπτει ότι κατά μέσο όρο οι ασθενείς εισήχθησαν με ένα score που προσδιόριζε στο 41,4% τη θνησιμότητα. Για τους άνδρες η θνησιμότητα εκτιμήθηκε στο 50,1% , ενώ για τις γυναίκες στο 27,2%. Διακρίνοντας τη σοβαρότητα εισαγωγής ανάλογα με το φύλο, προκύπτει η κάτωθι κατανομή (βλ. Πίνακας 21).

Πίνακας 21: Κατανομή του δείγματος με βάση το φύλο και το SAPS II εισαγωγής στη ΜΕΘ

SAPS II	Άνδρες	Γυναίκες
0-23	5 (23,8%)	5 (23,8%)
25-50	0	2 (9,52%)
50-75	5 (23,8%)	0
75-100	3 (14,28%)	1 (4,76%)

Ποσοστό 42,84% αφορά ασθενείς με μεγάλη βαρύτητα εισόδου στη ΜΕΘ και υψηλή θνησιμότητα. Από εκείνους, τελικά δύο ασθενείς απεβίωσαν (9,52% θνητότητα ΜΕΘ για τις απόπειρες αυτοκτονίας).

7. Αποτελέσματα Μονοπαραγοντικής Ανάλυσης

Ως αρμοδιότερο κριτήριο για την εξέταση των Ερευνητικών Ερωτημάτων και την ανεύρεση στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων ή διαφορών, κρίθηκε η εφαρμογή της Oneway ANOVA, καθώς πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος της ύπαρξης κανονικότητας (Test of Normality) και Ομοιογένειας (Homogeneity) στα δεδομένα και διαπιστώθηκε ότι υπάρχει κανονικότητα, αλλά και επίσης ότι τηρούνται όλες οι απαιτούμενες παραδοχές (assumptions) προκειμένου να γίνει η εφαρμογή της Oneway ANOVA στα δεδομένα της έρευνας.

Το στατιστικό κριτήριο έδειξε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των απαντήσεων. Με αυτόν τον τρόπο προέκυψαν σημαντικές συσχετίσεις ως προς το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση, την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση, το φύλο και την ανάγκη νοσηλείας, την περιοχή κατοικίας και την ανάγκη εισαγωγής σε δομή υγείας μετά από απόπειρα αυτοκτονίας και τέλος τη βαρύτητα εισαγωγής σε ΜΕΘ και την πρώτη νοσηλεία σε ΜΕΘ για απόπειρα αυτοκτονίας.

Τα πορίσματα από τα Ερευνητικά Ερωτήματα παρουσιάζονται αναλυτικά παρακάτω (βλ. Πίνακας 22).

Πίνακας 22. Αποτελέσματα μονοπαραγοντικής ανάλυσης

Παράμετροι	N	%	p-value
Συσχέτιση φύλου και οικογενειακής κατάστασης			0,043
ΑΓΝΩΣΤΟ	27	15,7	
ΑΓΑΜΟΣ/Η	83	48,25	
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	47	27,3	
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	8	4,65	
ΣΕ ΣΧΕΣΗ	2	1,16	
ΧΗΡΟΣ/Α	5	2,9	
Συσχέτιση ηλικίας και οικογενειακής κατάστασης			0,000
ΑΓΝΩΣΤΟ	27	15,7	
ΑΓΑΜΟΣ/Η	83	48,25	
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	47	27,3	
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	8	4,65	
ΣΕ ΣΧΕΣΗ	2	1,16	
ΧΗΡΟΣ/Α	5	2,9	
Συσχέτιση φύλου και νοσηλείας			0,030
ΑΝΔΡΑΣ	81	47,65	
ΓΥΝΑΙΚΑ	89	52,35	
Συσχέτιση περιοχής κατοικίας και εισαγωγής			0,027
ΗΡΑΚΛΕΙΟ	109	63,4	
ΛΑΣΙΘΙ	18	10,45	
ΠΕΖΑ	1	0,6	
ΡΕΘΥΜΝΟ	1	0,6	
ΣΕΡΡΕΣ	1	0,6	
ΤΟΥΡΙΣΤΑΣ - ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ	4	2,4	
ΦΥΛΑΚΕΣ ΑΛΙΚΑΡΝΑΣΣΟΥ	3	1,8	
ΦΥΛΑΚΕΣ ΛΑΣΙΘΙΟΥ	1	0,6	
ΧΕΡΣΟΝΗΣΟΣ	2	1,2	
ΧΩΡΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	32	18,6	
Συσχέτιση περιοχής SAPS II και νοσηλείας			0,043
1 ^η	17	81	
2 ^η	4	19	

Από τις επιμέρους συσχετίσεις προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο και την οικογενειακή κατάσταση. Η κατηγορία «χήρος/α» διαφέρει στατιστικά σημαντικά από τις υπόλοιπες κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης όταν συσχετίζεται με το φύλο και πιο συγκεκριμένα, άνδρες χήροι φαίνεται να αποτελούν την συχνότερη ομάδα ατόμων που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν (p-value 0.043).

Άλλο ένα συμπέρασμα που προκύπτει από τις συσχετίσεις αφορά τους άνδρες χήρους μέσης ηλικίας, με p-value 0.000, που εμφανίζονται να έχουν υψηλή συσχέτιση με την πραγματοποίηση της απόπειρας αυτοκτονίας.

Ως προς το φύλο και την ανάγκη νοσηλείας μετά από απόπειρα, οι γυναίκες φαίνεται να αποπειρώνται περισσότερο (p-value 0.030).

Ακόμα, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της περιοχής κατοικίας και της ανάγκης νοσηλείας σε κλινική μετά από απόπειρα, όπου η συσχέτιση των παραμέτρων οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι αστικές περιοχές κατοικίας είναι πιο συχνές μεταξύ του δείγματος (p-value 0.027).

Τέλος, η βαρύτητα εισαγωγής για τις SSA (SAPS II score), σχετίζεται σημαντικά με την 1^η νοσηλεία στη ΜΕΘ (p-value 0.012).

8. Συζήτηση

8.1 Κυριότερα ευρήματα μελέτης και διεθνής βιβλιογραφία

Η παρούσα μελέτη αποτελεί την πρώτη προσπάθεια καταγραφής των αποπειρών αυτοκτονίας ώστε να τις συσχετίσει με τους πιθανούς παράγοντες κινδύνου, εν μέσω της πανδημίας SARS-CoV-2 και των μέτρων απαγόρευσης κυκλοφορίας (Lock Down) που έχουν επιβληθεί. Σαφή συμπεράσματα που αφορούν την επιρροή των απαγορευτικών μέτρων κυκλοφορίας δεν μπορούν να εξαχθούν, μιας και η πανδημία συνεχίζει και το χρονικό διάστημα που έχει μελετηθεί είναι σχετικά μικρό. Η επιρροή της πανδημίας προφανώς θα πρέπει να παρακολουθηθεί σε βάθος χρόνου. Οι πρώτες καταγραφές σε σχέση με τον αριθμό των αποπειρών ανά μήνα, οδηγούν σε ένα γενικό συμπέρασμα ότι δε σημειώθηκε αύξηση των περιστατικών συγκριτικά με άλλες χρονιές.

Στα συμπεράσματα της παρούσας καταγραφής, προκύπτει ότι οι γυναίκες είναι εκείνες που αποπειρώνται συχνότερα και περισσότερο (p-value=0.030). Αυτό συμφωνεί με τη γενικότερη βιβλιογραφία, μιας και οι γυναίκες αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν 2 με 3 φορές συχνότερα από ότι οι άνδρες (Center for Disease Control and Prevention, 2009).

Όσον αφορά τις σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας, το μεγαλύτερο ποσοστό πραγματοποιείται από τον ανδρικό πληθυσμό, γεγονός που επίσης συμφωνεί με τη βιβλιογραφία. (Freeman et al., 2017)

Αυτή η στατιστική διαφορά ως προς τα φύλα και τις προθέσεις τους, επιβεβαιώνεται και από μελέτες του εξωτερικού, όπως στον Καναδά (Statistics Canada, 2017), σύμφωνα με τις οποίες πράγματι οι άνδρες που καταλήγουν από αυτοκτονικές πράξεις είναι τριπλάσιοι από τις γυναίκες. Επίσης, οι απόπειρες που πραγματοποιούνται από γυναίκες είναι δεκαπλάσιες από τους θανάτους γυναικών από απόπειρες. (Chaudron et Caine, 2004)

Σε αντίστοιχη μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Μπάστα και συνεργάτες από το 1999 έως το 2013, προέκυψε ότι οι γυναίκες είχαν μια πτωτική τάση στις αυτοκτονίες σε αντίθεση με τους άνδρες (Basta et al., 2018). Αυτό δεν μπορεί να διαπιστωθεί από τα συμπεράσματα της παρούσας καταγραφής, αλλά θα μπορούσε να αποτελεί μια εξήγηση στο γεγονός ότι οι γυναίκες φαίνεται να αποπειρώνται περισσότερο, δεδομένου ότι οι άνδρες επιτυγχάνουν να αυτοκτονήσουν σε περισσότερες απόπειρες.

Η ηλικιακή ομάδα που βρέθηκε να συμμετέχει περισσότερο στις απόπειρες αυτοκτονίας και τις SSA, είναι η παραγωγική ηλικία. Αυτό επιβεβαιώνεται και από την ως άνω αναφερόμενη μελέτη για τον τοπικό πληθυσμό, ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα της απόπειρας, μιας και βρέθηκε ότι στην ηλικιακή ομάδα 40-64 ετών υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονιών.

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, η μελέτη αυτή επιβεβαιώνει τα συμπεράσματα που προκύπτουν από παρόμοιες μελέτες, σύμφωνα με τις οποίες οι διαζευγμένοι, χήροι και άγαμοι άνδρες προβαίνουν συχνότερα σε απόπειρες αυτοκτονίας. (Krosowa, 2000)

20ετής μελέτη παρατήρησης που πραγματοποιήθηκε στις Σκανδιναβικές χώρες, με πάνω από 6.000 καταγραφές, υπέδειξε ότι οι κάτοικοι σε περιοχές που χαρακτηρίζονται ως αγροτικές ή περιφερειακές (χωριά), αποπειρώνται συχνότερα και περισσότερο από ότι οι κάτοικοι αστικών περιοχών (San Sebastián et al., 2020). Στη συγκεκριμένη μελέτη, συμπεραίνεται ότι οι περισσότεροι ασθενείς ήταν κάτοικοι μεγάλων αστικών περιοχών του νησιού. Πρέπει όμως να δοθεί έμφαση στο γεγονός

ότι η Κρήτη αποτελεί νησιωτική περιφέρεια της Ελλάδος, αποκομμένη ουσιαστικά από την ηπειρωτική χώρα.

Ως προς το επάγγελμα των ατόμων που αποπειράθηκαν, η πλειονότητα στην παρούσα μελέτη αποτέλεσε άνεργο πληθυσμό (32%) για τις απόπειρες αυτοκτονίας και οριακά περισσότερους εργαζόμενους (28.6%) για τις SSA.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η ανεργία αποτελεί έναν ουσιαστικό παράγοντα κινδύνου για τις απόπειρες αυτοκτονίας (Beautrais et al., 1998), ενώ αντίθετα εργαζόμενοι όπως δικηγόροι, δικαστές και νομικοί, εργαζόμενοι σε κοινωνικές επιστήμες και δημοσιογράφοι παρουσιάζουν τριπλάσιες σοβαρές αυτοκτονικές τάσεις σε σχέση με επαγγέλματα που αφορούν ενασχόληση με τη φύση (αγρότες, αλιείς, κτηνοτρόφοι, κλπ). (Han et al., 2016)

Θα πρέπει να επισημανθεί επίσης, η ιδιαιτερότητα στην αυτοχειρία κρατουμένων, που αν και δεν μπορεί να αιτιολογηθεί επαρκώς από τα δεδομένα της παρούσας έρευνας, το γεγονός ότι υπάρχουν 3 καταγραφές για την περιφέρεια της Κρήτης, είναι από μόνο του αξιοσημείωτο. Επίσης, άξια λόγου θεωρείται η καταγραφή απόπειρας αυτοκτονίας από 9 μετανάστες και αυτό τονίζεται τόσο ώστε να επισημανθεί το εξαιρετικά έντονο ψυχοπαιεστικό γεγονός της μετανάστευσης, όσο και να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην ανάγκη ιδιαίτερης στρατηγικής αντιμετώπισης για το σύγχρονο αυτό πρόβλημα που παρατηρείται στη χώρα μας.

Ακόμα ένα σημαντικό αποτέλεσμα της παρούσας έρευνας αποτελεί το ποσοστό πρώτης απόπειρας αυτοκαταστροφής για το συνολικό δείγμα (62,35%), όσο και τις σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας (81%). Αυτό συνεπάγεται ότι ποσοστό λίγο παραπάνω του 37% είχε επαναλάβει την απόπειρα και 19% πραγματοποιεί σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας.

Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που περιελάμβανε 90 μελέτες (Owens, 2002) υπέδειξε ότι στις ΗΠΑ, την Αυστραλία και την Ευρωπαϊκή Ένωση, όπου οι ψυχιατρικές δομές είναι ιδιαίτερα οργανωμένες και η ψυχιατρική αντίληψη αρκετά ανεπτυγμένη, το 7% των ατόμων (με εύρος 5-11%) που αποπειράθηκαν θα καταλήξουν τελικά αυτοκτονώντας ξανά σε βάθος χρόνου. Περίπου 23% του συνόλου των ατόμων θα ξαναπροσπαθήσουν να αυτοκτονήσουν χωρίς αποτέλεσμα και 70% δε θα ξαναπροσπαθήσουν ποτέ. (Boston & Ma, 2012)

Από την παρούσα μελέτη προκύπτει ότι διατηρούνται χαμηλά ποσοστά ως προς την επαναληψιμότητα της απόπειρας, γεγονός που θα μπορούσε να αποδοθεί στην καλύτερη οργάνωση των ψυχιατρικών δομών της υγειονομικής περιφέρειας της Κρήτης καθώς και σε πρωτοβουλίες που αφορούν καλύτερη παρακολούθηση (follow up) των ασθενών όπως η κινητή ψυχιατρική μονάδα που ασχολείται με ασθενείς στην ανατολική Κρήτη.

Ως προς την εποχικότητα της απόπειρας, οι μήνες που πραγματοποιήθηκαν οι περισσότερες απόπειρες είναι εκείνοι του καλοκαιριού και του φθινοπώρου, γεγονός που επιβεβαιώνει τη βιβλιογραφία μερικώς, σύμφωνα με την οποία οι εαρινοί και οι καλοκαιρινοί μήνες είναι οι συχνότεροι για τις απόπειρες αυτοκτονίας. (Woo et al., 2012)

Όσον αφορά μεμονωμένα το Νοέμβριο του 2018 που παρατηρήθηκε το μέγιστο ποσοστό αποπειρών στην παρούσα μελέτη, είναι σκόπιμο να αναζητηθεί το ευρύτερο κοινωνικό οικονομικό πλαίσιο στο οποίο κινήθηκε η χώρα μας το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Μια υπόθεση αφορά το ψυχοπιεστικό γεγονός της εξόδου της χώρας στις αγορές, μετά από την πολυετή και βαρύτατη οικονομική κρίση που διένυσαν οι Έλληνες.

Στην παρούσα μελέτη, ο κύριος τρόπος της απόπειρας ήταν η λήψη συνταγογραφημένων φαρμάκων (20,3%), ενώ ειδικότερα για τα δύο φύλα έφτασε στο 12,8% για τις γυναίκες και το 8,7% για τους άνδρες. Όμως, οι άνδρες φαίνεται να επιλέγουν πιο βίαιες μεθόδους απόπειρας στο 18% σε αντίθεση με τις γυναίκες που διατηρούν χαμηλό ποσοστό στο 6,97%.

Ακόμη και για τις σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας, η συχνότερη μέθοδος απόπειρας παραμένει η υπερδοσολογία φαρμάκων σε ποσοστό 38,1% , με 23,8% να αφορά τον ανδρικό πληθυσμό και 19% τις γυναίκες που φαίνεται να λαμβάνουν περισσότερο βενζοδιαζεπίνες. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στις σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας οι άνδρες επιλέγουν βίαιες μεθόδους στο 19% των περιπτώσεων ενώ οι γυναίκες διατηρούν κατ'αντιστοιχία μηδενικά ποσοστά.

Σύμφωνα με μελέτη του 2011, η υπερδοσολογία συνταγογραφημένων φαρμάκων αποτελεί μια συχνή μέθοδο απόπειρας σε ποσοστό 42,31%, ακολουθούμενη από τη φλεβική διατομή σε ποσοστό 25,64%. Οι γυναίκες φαίνεται να επιλέγουν αυτές τις

μεθόδους ενώ οι άνδρες χρησιμοποιούν πιο βίαιες μεθόδους όπως απαγχονισμός και πυροβόλα όπλα. (Tsirigotis et al., 2011)

Τέλος, αναφορικά με τις διαγνώσεις στην παρούσα μελέτη φαίνεται να επικρατεί η διάγνωση του καταθλιπτικού επεισοδίου στο 35,1%, με επόμενη διάγνωση τις διαταραχές προσωπικότητας (16,45%) και τη διπολική διαταραχή (12,9%). Η καταθλιπτική συνδρομή φαίνεται να είναι πρώτη διάγνωση και για τα δύο φύλα.

Στις σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας, η πρώτη διάγνωση είναι και πάλι το καταθλιπτικό επεισόδιο (33,3%) ενώ ακολουθούν οι αγχώδεις διαταραχές (14,3%).

Τα αποτελέσματα αυτά ήταν αναμενόμενα και βιβλιογραφικά, από τη στιγμή που οι διαταραχές συναισθήματος, το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και οι διπολικές διαταραχές είναι οι κυριότερες διαγνώσεις που σχετίζονται με την αυτοκτονική συμπεριφορά. (Fawcett, 2012) Από τη βιβλιογραφία επίσης, προκύπτει ότι στο 90% των αυτοκτονιών υπήρχε η ψυχιατρική διάγνωση της καταθλιπτικής συνδρομής και κυρίως στους άνδρες. (Barrigon & Cegla-Schwartzman, 2020)

8.2 Περιορισμοί της μελέτης

Αναγνωρίζονται κάποιοι βασικοί περιορισμοί της μελέτης.

Αρχικά, αφορά μονοκεντρική μελέτη με αναδρομική αναζήτηση στοιχείων, οπότε αφενός αφορά τις απόπειρες αυτοκτονίας που εισάγονται αποκλειστικά σε ένα νοσοκομείο, αφετέρου χάνονται πολύτιμες πληροφορίες. Σημειώνεται βέβαια, ότι ο ηλεκτρονικός φάκελος CSPlus της ΜΕΘ ΠαΓΝΗ, αλλά και η ηλεκτρονική πλατφόρμα ιατρικού φακέλου ασθενών aMedline και το σύστημα «ΠΑΝΑΚΕΙΑ» που χρησιμοποιείται στο νοσοκομείο και από τις οποίες αντλήθηκαν οι πληροφορίες της παρούσας μελέτης, είναι εξαιρετικά καλά ενημερωμένες βάσεις δεδομένων. Όμως, η έντυπη αρχειοθέτηση που εξακολουθεί να τηρείται στην Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων και η προστασία ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, δημιούργησε θέματα προσβασιμότητας, διάθεσης και ανεύρεσης ολοκληρωμένων στοιχείων.

Επίσης, δεδομένης της αναδρομικής ισχύος της καταγραφής, δεν υπάρχει ενημέρωση από τον ίδιο τον ασθενή για υποκειμενικά στοιχεία αλληλεπίδρασης, ενώ η δυνατότητα προσωπικής συνέντευξης με τους ασθενείς δεν ήταν εφικτή εν καιρώ πανδημίας.

Η έξαρση της πανδημίας COVID-19, είχε ως αποτέλεσμα να δυσχεράνουν οι συνθήκες καταγραφής, αλλά δεν είχε περαιτέρω επίδραση ως προς την αναδρομική παρακολούθηση των ασθενών.

9. Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν τη βιβλιογραφία ως προς τους παράγοντες που συντελούν στην εκτέλεση μιας απόπειρας αυτοκτονίας:

Άνδρες, άγαμοι ή χήροι είναι άμεσης συσχέτισης με την υψηλή πιθανότητα πραγματοποίησης απόπειρας. Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο (γυναίκες) και στην πρώτη νοσηλεία. Οι αστικές περιοχές διαμονής συσχετίζονται με την απόπειρα αυτοκτονίας. Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην τιμή SAPS II και την 1^η νοσηλεία σε ΜΕΘ μετά από απόπειρα.

Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την περαιτέρω διερεύνηση του βαθμού επιρροής κάθε παράγοντα στην ψυχοπαθολογία του ασθενούς για τον καλύτερο προσδιορισμό της κατάλληλης μεθόδου αποτροπής του από την απόπειρα αυτοκτονίας.

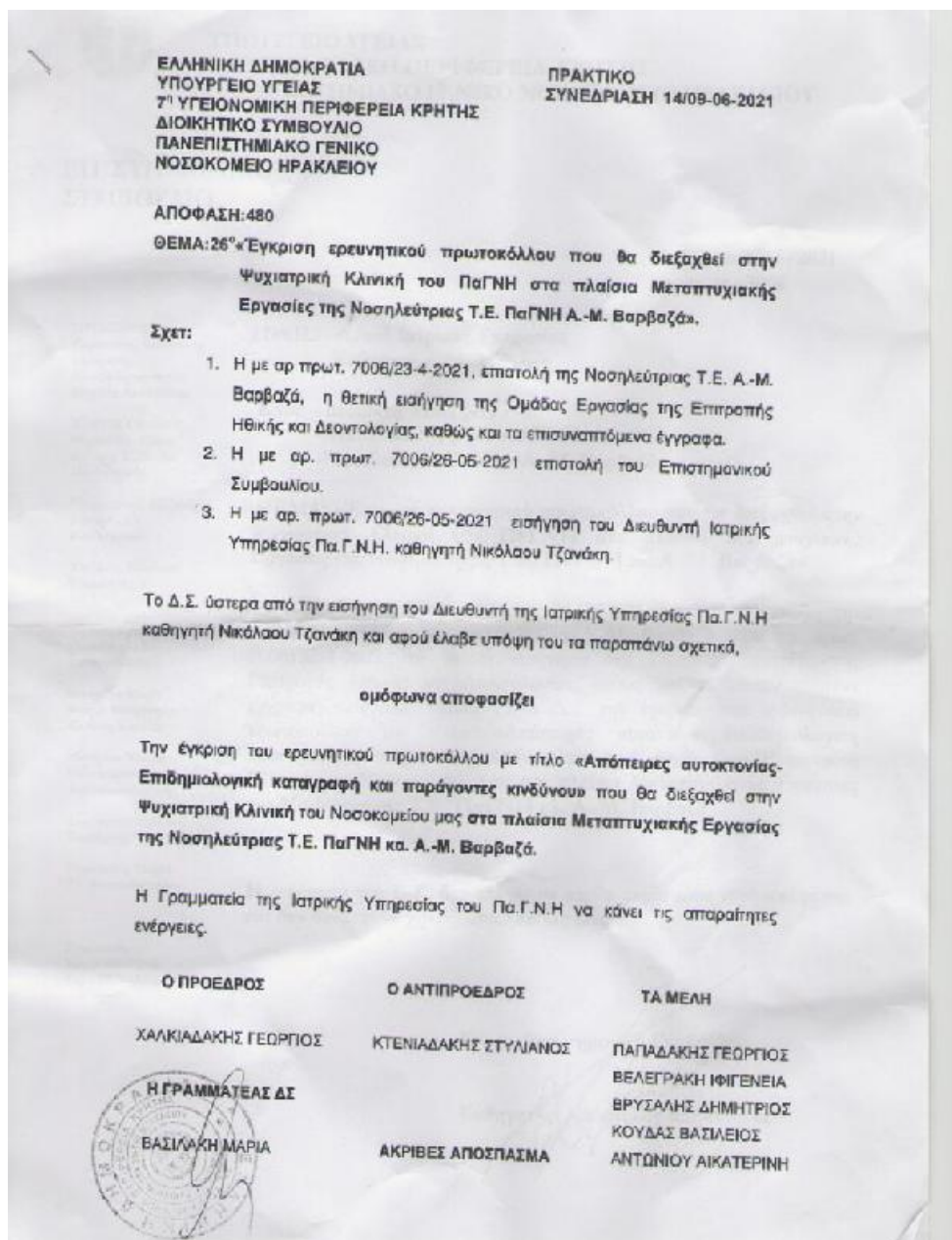
10. Προτάσεις

Η έρευνα υπέδειξε την αναγκαιότητα οργάνωσης μιας υπηρεσίας μελέτης αυτοκτονιών και αποπειρών με τον αισιόδοξο τίτλο πρόληψης, ώστε να μελετώνται και να καταγράφονται οι ομάδες υψηλού κινδύνου για να παρακολουθούνται και να προλαμβάνονται οι απόπειρες αυτοκτονίας.

Επίσης, κρίνεται αναγκαία η διεξαγωγή μιας μελλοντικής προοπτικής έρευνας προκειμένου να καταγραφούν πλήρως και πιο αναλυτικά όλοι οι παράγοντες που θα απέτρεπαν τους εν δυνάμει αυτόχειρες (π.χ. τηλεφωνική γραμμή βοήθειας, κινητή μονάδα παρέμβασης, κλπ).

Για τα δεδομένα της Κρήτης, όπου η ψυχοπαθολογία φαίνεται να είναι αυξημένη, οποιαδήποτε από αυτές τις προοπτικές θα ήταν ιδανική για την επόμενη προοπτική μελέτη σε αυτόν τον τομέα.

11. Παράρτημα



12. Βιβλιογραφία

Athey, A., Overholser, J., Bagge, C., Dieter, L., Vallender, E., & Stockmeier, C. A. (2018). Risk-taking behaviors and stressors differentially predict suicidal preparation, non-fatal

- suicide attempts, and suicide deaths. *Psychiatry Research*, 270, 160–167.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.032>
- Barrigon, M. L., & Cegla-Schvartzman, F. (2020). Sex, Gender, and Suicidal Behavior. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 46, 89–115.
https://doi.org/10.1007/7854_2020_165
- Basta, M., Vgontzas, A., Kastanaki, A., Michalodimitrakis, M., Kanaki, K., Koutra, K., Anastasaki, M., & Simos, P. (2018). ‘Suicide rates in Crete, Greece during the economic crisis: The effect of age, gender, unemployment and mental health service provision.’ *BMC Psychiatry*, 18(1), 356. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1931-4>
- Beautrais, A. L. (2001). Suicides and serious suicide attempts: Two populations or one? *Psychological Medicine*, 31(5), 837–845.
<https://doi.org/10.1017/s0033291701003889>
- Beautrais, A. L. (2004). Further Suicidal Behavior Among Medically Serious Suicide Attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(1), 1–11.
<https://doi.org/10.1521/suli.34.1.1.27772>
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1998). Unemployment and serious suicide attempts. *Psychological Medicine*, 28(1), 209–218.
<https://doi.org/10.1017/s0033291797005990>
- Boston, 677 Huntington Avenue, & Ma 02115 +1495-1000. (2012, September 11). *Attempters’ Longterm Survival*. Means Matter.
<https://www.hsph.harvard.edu/means-matter/means-matter/survival/>
- Braquehais, M. D., Picouto, M. D., Casas, M., & Sher, L. (2012). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction as a neurobiological correlate of emotion dysregulation in adolescent suicide. *World Journal of Pediatrics: WJP*, 8(3), 197–206.
<https://doi.org/10.1007/s12519-012-0358-0>
- Bussu, A., Detotto, C., & Sterzi, V. (n.d.). *Social conformity and suicide*. 33.

- Centre of Research Excellence in Suicide Prevention*. (n.d.). Black Dog Institute. Retrieved June 23, 2021, from <https://www.blackdoginstitute.org.au/research-centres/centre-of-research-excellence-in-suicide-prevention/>
- Chung, I. (2012). Sociocultural study of immigrant suicide-attempters: An ecological perspective. *Journal of Social Work, 12*(6), 614–629.
<https://doi.org/10.1177/1468017310394240>
- Conte, H. R., & Plutchik, R. (1974). Personality and background characteristics of suicidal mental patients. *Journal of Psychiatric Research, 10*(3), 181–188.
[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(74\)90002-8](https://doi.org/10.1016/0022-3956(74)90002-8)
- Desmyter, S., van Heeringen, C., & Audenaert, K. (2011). Structural and functional neuroimaging studies of the suicidal brain. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 35*(4), 796–808. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2010.12.026>
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L. E., Theleritis, C., Patelakis, A., & Stefanis, C. (2013). Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA), 12*(1), 53–59. <https://doi.org/10.1002/wps.20016>
- Fawcett, J. (2012). Diagnosis, Traits, States, and Comorbidity in Suicide. In Y. Dwivedi (Ed.), *The Neurobiological Basis of Suicide*. CRC Press/Taylor & Francis.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK107213/>
- Finseth, P. I., Morken, G., Andreassen, O. A., Malt, U. F., & Vaaler, A. E. (2012). Risk factors related to lifetime suicide attempts in acutely admitted bipolar disorder inpatients. *Bipolar Disorders, 14*(7), 727–734. <https://doi.org/10.1111/bdi.12004>
- Freeman, A., Mergl, R., Kohls, E., Székely, A., Gusmao, R., Arensman, E., Koburger, N., Hegerl, U., & Rummel-Kluge, C. (2017). A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry, 17*(1), 234. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1398-8>

- Freemantle, E., Mechawar, N., & Turecki, G. (2013). Cholesterol and phospholipids in frontal cortex and synaptosomes of suicide completers: Relationship with endosomal lipid trafficking genes. *Journal of Psychiatric Research*, *47*(2), 272–279.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.10.019>
- Gvion, Y., & Levi-Belz, Y. (2018). Serious Suicide Attempts: Systematic Review of Psychological Risk Factors. *Frontiers in Psychiatry*, *9*.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00056>
- Han, B., Crosby, A. E., Ortega, L. A. G., Parks, S. E., Compton, W. M., & Gfroerer, J. (2016). Suicidal ideation, suicide attempt, and occupations among employed adults aged 18–64 years in the United States. *Comprehensive Psychiatry*, *66*, 176–186.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.02.001>
- Harada, K., Eto, N., Honda, Y., Kawano, N., Ogushi, Y., Matsuo, M., & Nishimura, R. (2014). A comparison of the characteristics of suicide attempters with and without psychiatric consultation before their suicidal behaviours: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, *14*(1), 146. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-146>
- Hirvikoski, T., & Jokinen, J. (2012). Personality traits in attempted and completed suicide. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, *27*(7), 536–541. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.04.004>
- Ho, C. S. H., Ong, Y. L., Tan, G. H. J., Yeo, S. N., & Ho, R. C. M. (2016). Profile differences between overdose and non-overdose suicide attempts in a multi-ethnic Asian society. *BMC Psychiatry*, *16*(1), 379. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1105-1>
- Hunt, I. M., Kapur, N., Webb, R., Robinson, J., Burns, J., Shaw, J., & Appleby, L. (2009). Suicide in recently discharged psychiatric patients: A case-control study. *Psychological Medicine*, *39*(3), 443–449. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003644>
- Judd, F., Jackson, H., Komiti, A., Bell, R., & Fraser, C. (2012). The profile of suicide: Changing or changeable? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International*

- Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 47(1), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0306-z>
- Kposowa, A. (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(4), 254–261. <https://doi.org/10.1136/jech.54.4.254>
- LESTER, D. (1997). An empirical examination of Thomas Masaryk's theory of suicide. *Archives of Suicide Research*, 3(2), 125–131. <https://doi.org/10.1023/A:1009638904342>
- Levine, D., & Horesh, D. (2020). Suicidality in Fibromyalgia: A Systematic Review of the Literature. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.535368>
- Li, D., Yang, X., Ge, Z., Hao, Y., Wang, Q., Liu, F., Gu, D., & Huang, J. (2012). Cigarette smoking and risk of completed suicide: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Psychiatric Research*, 46(10), 1257–1266. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.03.013>
- Liu, Y., Zhang, J., & Sun, L. (2017). Who are likely to attempt suicide again? A comparative study between the first and multiple timers. *Comprehensive Psychiatry*, 78, 54–60. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.07.007>
- Marc, B., & Lorin, A.-S. (2015). Suicide: Etiology, Methods, and Statistics. In *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine: Second Edition* (pp. 488–497). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800034-2.00368-2>
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 181, 193–199. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.193>
- [PDF] *Suicide Among Women: A Critical Review WOMEN ' S HEALTH | Semantic Scholar*. (n.d.). Retrieved August 17, 2021, from <https://www.semanticscholar.org/paper/Suicide-Among-Women-%3A-A-Critical->

Review-WOMEN-%E2%80%99-S-Chaudron-

Caine/80d713ddf119466d6a66b24d90736afd5cea1f69

Persett, P. S., Grimholt, T. K., Ekeberg, O., Jacobsen, D., & Myhren, H. (2018). Patients admitted to hospital after suicide attempt with violent methods compared to patients with deliberate self-poisoning -a study of background variables, somatic and psychiatric health and suicidal behavior. *BMC Psychiatry, 18*(1), 1–10.

<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1602-5>

Picardi, A., Lega, I., & Tarolla, E. (2013). Suicide risk in skin disorders. *Clinics in Dermatology, 31*(1), 47–56. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2011.11.006>

Rachiotis, G., Stuckler, D., McKee, M., & Hadjichristodoulou, C. (2015). What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003–2012). *BMJ Open, 5*(3), e007295.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007295>

Rajalin, M., Hirvikoski, T., & Jokinen, J. (2013). Family history of suicide and exposure to interpersonal violence in childhood predict suicide in male suicide attempters. *Journal of Affective Disorders, 148*(1), 92–97.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.055>

San Sebastián, M., Edin-Liljegren, A., & Jonsson, F. (2020). Rural–urban differences in suicide attempts and mortality among young people in northern Sweden, 1998–2017: A register-based study. *Scandinavian Journal of Public Health, 48*(8), 794–800.

<https://doi.org/10.1177/1403494820939018>

Stavrianakos, K., Kontaxakis, V., Moussas, G., Paplos, K., Papaslanis, T., Havaki-Kontaxaki, B., & Papadimitriou, G. (2014). [Attempted suicide during the financial crisis in Athens]. *Psychiatrike = Psychiatriki, 25*(2), 104–110.

Suokas, J. T., Perälä, J., Suominen, K., Saarni, S., Lönnqvist, J., & Suvisaari, J. M. (2010).

Epidemiology of suicide attempts among persons with psychotic disorder in the

- general population. *Schizophrenia Research*, 124(1–3), 22–28.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.09.009>
- Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lönnqvist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: A 37-year follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 161(3), 562–563. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.3.562>
- Thompson, A. H., Dewa, C. S., & Phare, S. (2012). The suicidal process: Age of onset and severity of suicidal behaviour. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(8), 1263–1269. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0434-0>
- Trout, D. L. (1980). The role of social isolation in suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 10(1), 10–23. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.1980.tb00693.x>
- Tsirigotis, K., Gruszczynski, W., & Tsirigotis, M. (2011). Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Medical Science Monitor : International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 17(8), PH65–PH70.
<https://doi.org/10.12659/MSM.881887>
- Vasiliadis, H.-M., Gagné, S., & Prévaille, M. (2012). Gender differences in determinants of suicidal ideation in French-speaking community living elderly in Canada. *International Psychogeriatrics*, 24(12), 2019–2026.
<https://doi.org/10.1017/S1041610212001251>
- Walker, X., Lee, J., Koval, L., Kirkwood, A., Taylor, J., Gibbs, J., Ng, S., Steele, L., Thompson, P., & Celi, L. A. (2013). Predicting ICU admissions from attempted suicide presentations at an Emergency Department in Central Queensland. *The Australasian Medical Journal*, 6(11), 536–541. <https://doi.org/10.4066/AMJ.2013.1730>
- Woo, J.-M., Okusaga, O., & Postolache, T. T. (2012). Seasonality of Suicidal Behavior. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(2), 531–547.
<https://doi.org/10.3390/ijerph9020531>

Αυτοκτονικότητα. (2015, August 30). *Psyhiatros.gr*.

<https://www.psyhiatros.gr/αυτοκτονικότητα/>

Κατάλογος χωρών ανά ποσοστό αυτοκτονίας. (2021). In *Βικιπαίδεια*.

https://el.wikipedia.org/w/index.php?title=%CE%9A%CE%B1%CF%84%CE%AC%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%BF%CF%82_%CF%87%CF%89%CF%81%CF%8E%CE%BD_%CE%B1%CE%BD%CE%AC_%CF%80%CE%BF%CF%83%CE%BF%CF%83%CF%84%CF%8C_%CE%B1%CF%85%CF%84%CE%BF%CE%BA%CF%84%CE%BF%CE%BD%CE%AF%CE%B1%CF%82&oldid=8648328

Μαραγκάκη, Α., Κωνσταντινίδης, Θ. Ι., & Σαράφης, Π. (2019). *Οι συνέπειες των πολιτικών λιτότητας στην υγεία των Ελλήνων στα χρόνια της οικονομικής κρίσης*.

<https://ktisis.cut.ac.cy/handle/10488/18579>

Πορίχη, Ε. (2018). *Νοηματοδότηση της αυτοκτονικής πράξης: Μια ιδιογραφική προσέγγιση μέσω της ερμηνευτικής φαινομενολογικής ανάλυσης* [Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών. Σχολή Κοινωνικών Επιστημών. Τμήμα Ψυχολογίας]. <http://hdl.handle.net/10442/hedi/43065>