



Τεχνολογικό
Πανεπιστήμιο
Κύπρου

Σχολή Επιστημών Υγείας

Τμήμα Νοσηλευτικής

Διδακτορική Διατριβή

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΩΜΕΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΓΟΝΕΩΝ
ΠΟΥ ΕΧΑΣΑΝ ΠΑΙΔΙ ΑΠΟ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Ραφαηλία Ζαβρού

Λεμεσός, Απρίλιος, 2023

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Διδακτορική διατριβή

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΩΜΕΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΓΟΝΕΩΝ
ΠΟΥ ΕΧΑΣΑΝ ΠΑΙΔΙ ΑΠΟ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

της
Ραφαηλίας Ζαβρού

Λεμεσός, 2023

Έντυπο έγκρισης

Διδακτορική διατριβή ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΩΜΕΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΓΟΝΕΩΝ ΠΟΥ ΕΧΑΣΑΝ ΠΑΙΔΙ ΑΠΟ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Παρουσιάστηκε από
Ραφαηλία Ζαβρού

Επιβλέπων καθηγήτρια: Δρ. Καρανικόλα Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Τεπακ

Υπογραφή _____

Μέλος επιτροπής: Δρ. Παπασταύρου Ευριδίκη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Τεπακ

Υπογραφή _____

Μέλος επιτροπής: Δρ. Χαραλάμπους Ανδρέας, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Τεπακ

Υπογραφή _____

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Λεμεσός, 2023

Έντυπο έγκρισης Επιτροπής Επίβλεψης

Διδακτορική διατριβή

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΩΜΕΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΓΟΝΕΩΝ ΠΟΥ ΕΧΑΣΑΝ ΠΑΙΔΙ ΑΠΟ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Παρουσιάστηκε από
ΡΑΦΑΗΛΙΑ ΖΑΒΡΟΥ

Επιβλέπων καθηγήτρια: Δρ. Καρανικόλα Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Τεπακ

Υπογραφή _____

Μέλος Επιτροπής: Δρ. Παπασταύρου Ευριδίκη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Τεπακ

Υπογραφή _____

Μέλος Επιτροπής: Δρ. Χαραλάμπους Ανδρέας, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Τεπακ

Υπογραφή _____

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © Ραφαηλία Ζαβρού, 2022

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

Αρχικά Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου προς τα μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής Δρ. Ευρυδίκη Παπασταύρου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Δρ. Ανδρέα Χαραλάμπους, Αναπληρωτή Καθηγητή Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, και Δρ. Μαρία Καρανικόλα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου. Θα ήθελα να εκφράσω τα απεριόριστα ευχαριστώ μου στη Δρ. Καρανικόλα Μαρία, η οποία υπήρξε επιβλέπουσα μου σε αυτή τη μελέτη, όπου με τη συνεχή καθοδήγηση, επίβλεψη, εμπιστοσύνη και κατανόηση, η διατριβή αυτή στέφθηκε με επιτυχία. Την ευχαριστώ πολύ για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε, την αγάπη και την υπομονή. Επίσης, ευχαριστώ θερμά τη Δρ. Παπασταύρου και Δρ. Χαραλάμπους για την ανεκτίμητη βοήθεια και επιστημονική καθοδήγηση.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ από καρδιάς στη κ. Άννα Κουτρούμπα για τη συμβολή της και την υποστήριξη, η οποία υπήρξε μέλος της ερμηνευτικής ομάδας στο στάδιο της ανάλυσης της μελέτης.

Ευχαριστώ την Εθνική επιτροπή βιοηθικής Κύπρου και τον Επίτροπο προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα για την αδειοδότηση διεξαγωγής της μελέτης.

Ένα τεράστιο ευχαριστώ σε όλους τους συμμετέχοντες της μελέτης, που αγωνίζονται να μείνουν ζωντανοί στο φως. Χωρίς αυτούς τους ανθρώπους με τη συμβολή τους, θα ήταν δύσκολη η διεκπεραίωση της μελέτης.

Θα αδράξω την ευκαιρία να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους γονείς μου

Χριστόφορο και Χριστίνα, για την άνευ όρων αγάπη τους και την βοήθεια τους σε κάθε στιγμή που το είχα ανάγκη.

Στον σύζυγο μου, στο στήριγμα μου, στο καλύτερο μου φίλο χρωστώ ένα μεγάλο ευχαριστώ για όλες εκείνες τις στιγμές που λύγισα και με σήκωσε στα πόδια, για όλες εκείνες τις φορές που με τροφοδοτούσε με υπομονή και αγάπη. Τελευταίο αλλά εξίσου σημαντική ήταν η συμβολή της κόρης μου Μύριας σε αυτό το ταξίδι, όπου αν και της στέρησα χρόνο από παιχνίδι, εκείνη με το χαμόγελο και την αγκαλιά της μου έδινε δύναμη να προχωρώ μπροστά.

Θεέ μου σε ευχαριστώ. Σε ευχαριστώ που μετά από κάθε Δύση μου χαρίζεις μια ανατολή...

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι ο χαμός ενός παιδιού από αυτοκτονία, έχει χαρακτηριστεί από τους γονείς ως τραυματική εμπειρία, αφού παλεύουν να αποδεχτούν τον ιδιαίτερο χαρακτήρα του θανάτου και τα βασικά στοιχεία της ενοχής, της αυτοκριτικής και του στιγματισμού που προκαλεί αυτό το γεγονός. Μελέτες που διερευνούν το βίωμα των γονέων, οι οποίοι έχασαν το παιδί τους από αυτοκτονία, είναι σπάνιες στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης και της Ανατολικής Μεσογείου. Στη πλειονότητα τους οι μελέτες που διενεργήθηκαν αφορούσαν σε χώρες τις Σκανδιναβίας, Ασίας και σε χώρα της Ωκεανίας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της εμπειρίας των ελληνοκυπρίων γονέων που έχασαν το παιδί τους από αυτοκτονία. Συγκεκριμένα διερευνήθηκαν α) η ερμηνεία τους σχετικά με το γεγονός της αυτοκτονίας, β) ο αντίκτυπος της αυτοκτονίας σε αυτούς και στην οικογένειά τους, γ) οι αναδυόμενες ανάγκες τους και δ) οι στρατηγικές που χρησιμοποίησαν για να αντιμετωπίσουν την απώλειά τους.

Υλικό και Μέθοδος: Εφαρμόστηκε ποιοτική μεθοδολογία βασισμένη στη λήψη δεδομένων μέσα από ατομικές συνεντεύξεις και στην ανάλυση περιεχομένου βάσει της συμβατικής προσέγγισης. Βάσει σκόπιμης δειγματοληψίας και ακολουθώντας το κριτήριο του θεματικού κορεσμού, το δείγμα αποτέλεσαν 12 γονείς που έχασαν το παιδί τους από αυτοκτονία, προερχόμενοι από όλες τις επαρχίες της Κύπρου. Η συλλογή των δεδομένων έγινε βάση ημι-δομημένου οδηγού ερωτήσεων, ο οποίος διαμορφώθηκε βάσει της υπάρχουσας βιβλιογραφίας. Έγιναν 3 συνεντεύξεις με κάθε συμμετέχοντα. Στην 2^η και στην 3^η συνέντευξη επιβεβαιώθηκαν και εμπλουτίστηκαν από τους ίδιους τους συμμετέχοντες τα δεδομένα που ελήφθησαν στην πρώτη συνέντευξη. Η ακρίβεια της μελέτης ελέγχθηκε βάσει των κριτηρίων της Munhall και του εργαλείου COREQ.

Αποτελέσματα: Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν την προσπάθειά τους να αποδώσουν νόημα στο ακατανόητο, όπως το χαρακτήρισαν, γεγονός, δίνοντας έδαφος σε πολυάριθμες ερμηνείες σχετικά με την αιτιολογία της αυτοκτονίας του παιδιού τους. Σε κάθε περίπτωση, όμως, έκαναν λόγο για μία τραυματική εμπειρία. Περαιτέρω, περιγράφηκε η συνεχής ανάγκη τους για προστασία α) της μνήμης του αυτόχειρα, β)

της δημόσιας εικόνας και αξιοπρέπειας των ιδίων λόγω κοινωνικού στιγματισμού, και γ) των υπόλοιπων μελών της οικογένειας από τις δυσμενείς συνέπειες της αυτοκτονίας. Ως αντίδραση στην τραυματική εμπειρία της αυτοκτονίας, οι γονείς προσπαθούσαν να αισθάνονται δυνατοί, ενεργοποιώντας είτε γνωστικούς και συμπεριφορικούς τρόπους αντιμετώπισης, είτε εξωτερικές υποστηρικτικές πηγές, κυρίως από τα μέλη της υπόλοιπης οικογένειας. Παρόλο που καταγράφηκαν πολυάριθμες στρατηγικές αντιμετώπισης και συστήματα υποστήριξης, η ενεργοποίησή τους αντανάκλασε την προσπάθεια των συμμετεχόντων να ξεφύγουν από τις μόνιμες και οδυνηρές σκέψεις για την αυτοκτονία του παιδιού τους. Μάλιστα, η προσπάθεια κάποιων συμμετεχόντων να κρατήσουν ενωμένη την υπόλοιπη οικογένεια, αποτέλεσε κίνητρο για να μπορέσουν να συνεχίσουν με τη ζωή τους. Ωστόσο, υπήρχαν και συμμετέχοντες οι οποίοι ένιωθαν αποκομμένοι από το κοινωνικό τους δίκτυο. Κατά την ανάλυση τρίτου επιπέδου, φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες είχαν ανάγκη να επιτύχουν μια κατάσταση ζεστασιάς και ηρεμίας, με πνευματική, ψυχολογική και σωματική γαλήνη, απαλλαγμένοι από την κρίση των άλλων ή του ίδιου του εαυτού τους και από τις οδυνηρές υπενθυμίσεις της αυτοκτονίας του παιδιού τους.

Συμπεράσματα: Η βιωμένη εμπειρία των γονέων της απώλειας του παιδιού τους από αυτοκτονία περιγράφεται ως τραυματικό γεγονός. Σε απάντηση στην τραυματική εμπειρία της αυτοκτονίας, οι συμμετέχοντες περιέγραψαν την προσπάθειά τους να αισθάνονται ενδυναμωμένοι ενεργοποιώντας είτε γνωστικές και συμπεριφορικές θεραπευτικές διαδικασίες είτε εξωτερικές υποστηρικτικές πηγές, κυρίως από τα μέλη της βασικής οικογένειας. Με βάση αυτό, προτείνεται περαιτέρω εξέταση του φαινομένου με έμφαση στην ανάπτυξη παρεμβάσεων, οι οποίες θα στοχεύουν στην ενίσχυση των υποστηρικτικών πόρων στους πενθούντες γονείς. Ο αποστιγματισμός και η ανακούφιση τους από τον τραυματικό αντίκτυπο της αυτοκτονίας θα πρέπει να τύχει διαχείρισης από τους επαγγελματίες υγείας. Έτσι τα ευρήματα αυτά μπορούν να αποτελέσουν ένα σημαντικό εργαλείο στα χέρια των νοσηλευτών για τη στήριξη αυτών των οικογενειών.

Λέξεις κλειδιά: απώλεια, θλίψη, βιωμένη εμπειρία, αυτοκτονία, ποιοτική ανάλυση περιεχομένου

ABSTRACT

Introduction: Research evidence suggests that the loss of a child to suicide has been described by parents as a traumatic experience, as they struggle to accept the unique nature of death and the key elements of guilt, self-criticism and stigma that this event causes. Studies exploring the experience of parents who have lost a child to suicide are rare in Northern European and Eastern Mediterranean countries. The majority of the studies which have been conducted include Scandinavian, Asian and Oceanian countries.

Aim: The purpose of this study was to explore the experience of Greek Cypriot parents who lost their child to suicide. Specifically, the current study explored a) their interpretation concerning the suicide event, b) the impact of the suicide upon them and their family, c) their emerging needs, and d) the strategies that have been used by them to cope with their loss.

Methods: A qualitative methodology based on data collection through individual interviews and content analysis based on the deductive approach was applied. Based on purposive sampling and following the criterion of thematic saturation, the sample consisted of 12 parents who lost their child to suicide, coming from all provinces of Cyprus. Data collection was based on a semi-structured question guide, which was formulated on the basis of existing literature. Three interviews were conducted with each participant. In the 2nd and 3rd interviews the data obtained in the first interview were confirmed and enriched by the participants themselves. The accuracy of the study was checked based on Munhall's criteria and the COREQ tool.

Results: The participants described their attempt to make sense of what they described as an incomprehensible event, giving rise to numerous interpretations of the reasons for their child's suicide. In any case, however, they referred to it as a traumatic experience. (b) their own public image and dignity due to social stigma, and (c) other family members from the adverse consequences of suicide. In response to the traumatic experience of suicide, parents tried to feel strong by activating either cognitive and behavioral coping styles or external sources of support, mainly from other family members. Furthermore, they described their ongoing need to protect (a) the memory of the suicide, members. Although numerous coping strategies and support systems were documented,

their activation reflected participants' attempts to escape from persistent and painful thoughts about their child's suicide. In fact, the effort of some of the participants to keep the rest of the family together, was a strong motive to enable them to get on with their lives. However, there were also participants who felt cut off from their social network. During the level three analysis, it appeared that participants had the need to achieve a state of warmth and calmness, with spiritual, psychological and physical peace, free from the judgement of others or even judgement on themselves and from the painful reminders of their child's suicide.

Conclusion: Parents' lived experience of losing their child to suicide is described as a traumatic event. In response to the traumatic experience of suicide, participants described their efforts to feel empowered by activating either cognitive and behavioral therapeutic processes or external sources of support, mainly from primary family members. Based on this, further examination of this phenomenon is suggested with a focus on developing interventions aimed at enhancing supportive resources for bereaved parents. Their de-stigmatization and relief from the traumatic impact of suicide should be managed by health professionals. Thus, these findings can be an important tool in the hands of nurses to support these families.

Key words: loss, grief, lived experience, suicide, qualitative content analysis

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	i
ABSTRACT.....	iii
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	v
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	xi
ΑΠΟΔΟΣΗ ΟΡΩΝ.....	xii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
I.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	4
1.Διατυπωση Ερευνητικού Προβληματος.....	4
1.1 Σπουδαιότητα του υπό διερεύνηση θέματος.....	4
1.2 Χρησιμότητα της παρούσας μελέτης.....	5
1.3 Επισκόπηση επιδημιολογικών δεδομένων αυτοκτονιών.....	9
2.ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	11
2.1 Θεωρίες σχετικά με την αυτοκτονία.....	11
2.1.1 Κοινωνική ένταξη/κοινωνική ρύθμιση - Durkheim.....	12
2.2 Θρησκεία και Αυτοκτονία.....	15
2.2.1 Η θέση της ορθόδοξης εκκλησίας στη πράξη της αυτοχειρίας.....	15
2.2.2 Η θέση του μουσουλμανισμού στη πράξη της αυτοκτονίας.....	16
2.2.3 Η θέση του ινδουισμού στη πράξη της αυτοκτονίας.....	17
2.3 Βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετών διερεύνησης της βιωμένης εμπειρίας των μελών της οικογένειας που έχασαν ένα μέλος τους από αυτοκτονία.....	18
2.4 Συνοπτική παρουσίαση μετασύνθεσης με τη μεθοδολογία της μετά-εθνογραφίας σχετικά με τη βιωμένη εμπειρία μελών της οικογένειας που έχασαν ένα μέλος τους από αυτοκτονία.....	20
2.5 Μελέτες Τεκμηρίωσης Εμπειρίας της Θλίψης και του Πένθους Αυτοκτονίας.....	30
3.ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	32
3.1 Εννοιολογικοί Ορισμοί.....	32
3.1.1 Αυτοκτονία.....	32
3.1.2 Αυτοκτονική συμπεριφορά.....	33
3.1.3 Απόπειρα αυτοκτονίας.....	33
3.1.4 Μη αυτοκτονικός αυτοτραυματισμός.....	34
3.1.5 Υποβοηθούμενη από ιατρό αυτοκτονία.....	35
3.1.7 Θλίψη.....	39
3.1.7.1 Μύθοι και γεγονότα σχετικά με τη θλίψη.....	41
3.1.7.2 Τύποι της θλίψης.....	42
3.1.7.3 Φύλο, Υγεία και Θλίψη.....	47
3.2 Παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία.....	48
3.2.1 Η χρήση των ΜΜΕ ως παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση αυτοκτονίας.....	49
3.3 Επιπολασμός αυτοκτονίας & φύλο.....	50
3.3.1 Επιπολασμός αυτοκτονίας & ηλικία.....	52
3.4 Κοινωνικοπολιτισμικές Απόψεις της Αυτοκτονίας.....	52
3.5 Γονεϊκή θλίψη και Αυτοκτονία.....	54
3.5.1 Μητρική θλίψη.....	55
3.5.2 Πατρική θλίψη.....	56
3.6 Παράγοντες πριν και μετά την απώλεια που επηρεάζουν τη θλίψη και το πένθος... ..	57
3.7 Διαφορά εμπειρίας του πένθους απο αυτοκτονία σε σύγκριση με άλλες αιτίες θανάτου.....	58

II.ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	61
4. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	61
4.1 Ερευνητικά ερωτήματα.....	61
5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	62
5.1 Ποιοτική Ανάλυση Περιεχομένου (Content Analysis).....	62
5.1.1 Προσεγγίσεις ανάλυσης περιεχομένου	63
5.2 Μεθοδολογία Μελέτης	66
5.3 Δειγματοληψία	66
5.3.1 Πληθυσμός στόχος και δειγματοληψία.....	66
5.3.2 Κριτήρια εισόδου στη μελέτη & κριτήρια αποκλεισμού.....	67
5.3.3 Μέγεθος δείγματος	68
5.4 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας	69
5.4.1 Λήψη σχετικών αδειών της μελέτης	71
5.5 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	72
5.5.1 Διαδικασία διεξαγωγής συνεντεύξεων	73
5.5.2 Οδηγός συλλογής δεδομένων.....	75
6. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	76
6.1 Περιγραφή των κύριων βημάτων ανάλυσης της μελέτης σύμφωνα με τη μέθοδο συμβατικής ανάλυσης περιεχομένου.	78
6.2 Αξιολόγηση ποιότητας και ακρίβειας της μελέτης.....	80
7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	83
7.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων	83
7.2 ΠΥΡΗΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΥΡΙΑ ΘΕΜΑΤΑ.....	83
7.2 Πυρηνικό Θέμα	83
7.3 ΚΥΡΙΑ ΘΕΜΑΤΑ	86
7.3.1 ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΟΥ ΓΕΓΟΝΟΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ: ΒΓΑΖΟΝΤΑΣ ΝΟΗΜΑ ΣΤΟ ΑΚΑΤΑΝΟΗΤΟ.....	86
Το τραυματικό γεγονός	86
Μια μοναδική & προσωπική εμπειρία	88
Η διαρκής αναζήτηση ευθύνης.....	89
7.3.2 ΜΕΤΑΓΕΝΕΣΤΕΡΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ	90
Προσωπική ανάπτυξη	91
Διαπροσωπικό / Κοινωνικό επίπεδο	95
7.3.3 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΗΓΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ: Προσπάθεια διαφυγής από τις επαναλαμβανόμενες οδυνηρές σκέψεις/εικόνες σχετικά με την αυτοκτονία του παιδιού	97
Ερμηνεύοντας προς την αποδοχή	98
Λήψη φαρμάκων.....	101
Επαφή με τη φύση.....	101
Βρίσκονταν μακριά από οικεία μέρη	102
Παρακολουθώντας παιχνίδια του μυαλού	102
Επίσκεψη στο νεκροταφείο	103
Υποστήριξη ευάλωτων μελών της οικογένειας.....	103
Υποστήριξη άλλων ατόμων που έχουν ανάγκη/ φιλανθρωπική προσφορά/ ίδρυση ιδρυμάτων	105
Ο ρόλος της βασικής οικογένειας, του κοινωνικού δικτύου και της εκκλησίας.....	105
7.3.4 ΑΝΑΔΙΩΜΕΝΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΓΟΝΕΩΝ ΜΕΤΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΤΟΥΣ.....	108

7.4 Καταγραφή μη λεκτικών μηνυμάτων	114
8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	116
8.1 Ερμηνεία του γεγονότος της αυτοκτονίας.....	117
8.2 Ψυχολογική, συναισθηματική και σωματική δυσφορία.....	119
8.3 Οικογενειακό επίπεδο: Μετασχηματισμός της οικογενειακής δομής και των στάσεων	120
8.4 Μετασχηματισμός κοσμοθεωρίας	121
8.5 Αναδιώμενες ανάγκες γονέων μετά το θάνατο του παιδιού τους.....	122
8.6 Ανάγκη για υποστήριξη απο επαγγελματία υγείας	123
8.7 Εξωτερικές πηγές στήριξης - Κοινωνική Υποστήριξη.....	125
8.8 Στρατηγικές αντιμετώπισης	127
9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ	130
9.1 Εισηγήσεις σχετικά με την πρακτική και την ενίσχυση της οικογένειας	131
9.3 Εισηγήσεις σχετικά με την Έρευνα.....	135
9.4 Περιορισμοί της μελέτης.....	136
10. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	138
10.1 Αγγλική Βιβλιογραφία.....	138
10.2 Ελληνική Βιβλιογραφία	162
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	172
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: ΦΟΡΜΑ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΑ.....	173
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ: ΓΝΩΜΟΔΟΤΗΣΗ ΕΘΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ.....	174
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	177
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV: ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	179
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V: ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΜΕΛΕΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ.....	180
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΜΕ ΤΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ CASP.....	181
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VII: ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΛΕΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ.....	182
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VIII: ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ENTREQ.....	188
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙX: ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΜΕΛΕΤΩΝ ΤΗΣ ΜΕΤΑΣΥΝΘΕΣΗΣ.....	192
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ X: ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΠΡΩΤΗΣ,ΔΕΥΤΕΡΗΣ,ΤΡΙΤΗΣ ΤΑΞΗΣ.....	193
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XI: ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ COREQ ΣΤΗ ΜΕΤΑΣΥΝΘΕΣΗ.....	195
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XII: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΥΤΟΧΕΙΡΑ.....	199

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΧΙΙ: ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ COREQ.....	201
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΧΙV: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΟΜΑΔΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΩΔΙΚΩΝ ΣΕ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΘΕΜΑΤΑ.....	203
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΧV: ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΗ ΜΥΘΟΛΟΓΙΑ.....	207
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΧVΙ: ΘΑΝΑΤΟΣ.....	208
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΧVΙI: ΕΝΤΟΠΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ ΩΣ ΕΡΕΥΝΗΤΗ.....	210
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΧVΙIΙ: ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΙΝΔΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΡΕΥΝΗΤΗ	213
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Χ: ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΩΝ.....	216

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Αξιολόγηση μελετών συστηματικής ανασκόπησης με το εργαλείο CASP.....	181
Πίνακας 2: Κύρια χαρακτηριστικά και αποτελέσματα των μελετών της συστηματικής ανασκόπησης.....	182
Πίνακας 3: Κατάλογος ελέγχου ENTREQ για τη μετασύνθεση.....	188
Πίνακας 4: Σύνθεση των δεδομένων ανάλυσης πρώτης,δεύτερης,τρίτης τάξης	193
Πίνακας 5: Εφαρμογή εργαλείου COREQ στη μετασύνθεση	195
Πίνακας 6: Δημογραφικές μεταβλητές των συμμετεχόντων και του αυτόχειρα.....	199
Πίνακας 7: Πίνακας αξιολόγησης ποιότητας με το εργαλείο COREQ.....	201
Πίνακας 8: Παρουσίαση ομαδοποιημένων κωδικών σε κατηγορίες και θέματα.....	203

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Διάγραμμα ροής επιλογής των μελετών για τη συστηματική ανασκόπηση.....	180
Διάγραμμα 2: Διάγραμμα ροής επιλογής των μελετών για τη μετασύνθεση.....	192

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

CASP.:	Critical Appraisal Skills Programme
WHO:	World Health Organization
ΥΨΥ:	Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας
ΥΥ:	Υπουργείο υγείας

ΑΠΟΔΟΣΗ ΟΡΩΝ

Επιζώντες αυτοκτονίας: Οι άνθρωποι που πενθούν ένα θάνατο από αυτοκτονία συγγενικού, φιλικού ή οικείου προσώπου τους, αποκαλούνται επιζώντες.

Αυτόχειρας: Αρσενικό ή θηλυκό άτομο, που βάζει τέλος στη ζωή του, δηλαδή αυτοκτονεί.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι για κάθε ζωή που χάνεται από την αυτοκτονία, αρκετοί άνθρωποι θα πενθήσουν για την υπόλοιπη τη ζωή τους.

Σύμφωνα με τους Jordan και McIntosh (2011), ο αντίκτυπος δεν αφορά μόνο τα άτομα με προσωπική και στενή σχέση με τον θανόντα (π.χ. φίλος ή μέλος της οικογένειας) αλλά και τα άτομα που δεν τον γνώριζαν προσωπικά, αλλά έμαθαν για το γεγονός μέσω αναφοράς άλλων ή αναφορών στα μέσα ενημέρωσης (π.χ. αυτοκτονία διασημότητας) ή τέλος που να ήταν μάρτυρας του θανάτου ενός αγνώστου (π.χ. οδηγοί τρένων ή αστυνομικοί).

Για κάθε άτομο που πεθαίνει από αυτοκτονία, περίπου 135 άτομα βιώνουν τον αντίκτυπο αυτής της αυτοκτονίας (Cerel et al., 2019). Επιπλέον, σχεδόν το 21% του γενικού πληθυσμού θα βιώσει την αυτοκτονία ενός συγγενούς ή ενός συντρόφου κατά τη διάρκεια της ζωής του (Andriessen et al., 2017). Τα άτομα που έχουν χάσει ένα αγαπημένο τους πρόσωπο λόγω της αυτοκτονίας συχνά αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως επιζώντες αυτοκτονίας (Cerel et al., 2019).

Συναισθήματα ντροπής, ενοχής, κοινωνικής απομόνωσης και απόρριψης λόγω του κοινωνικού στιγματισμού που συνοδεύει την αυτοκτονία είναι πτυχές που εμφανίζονται συχνά στα άτομα έχουν χάσει κάποιο αγαπημένο τους πρόσωπο από αυτοκτονία (Andriessen et al., 2022; Gall et al., 2014; Pitman et al., 2014). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα στοιχεία να δείχνουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής και σωματικής υγείας, καθώς και αριθμό νοσηλειών σε ψυχιατρικά τμήματα στα μέλη της οικογένειας που έχουν εκτεθεί σε αυτοκτονία σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Erlangsen et al., 2017; Pitman et al., 2014; Bolton et al., 2013) με την κατάθλιψη, τον αυτοτραυματισμό, τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τον θάνατο από αυτοκτονία να είναι συχνότερα μεταξύ τους (Spiwak, 2020; Molina et al., 2019; Tidemalm et al., 2011). Οι σύντροφοι και οι γονείς των θανόντων διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο να αντιμετωπίσουν τέτοια προβλήματα (Spiwak et al., 2020; Pitman et al., 2018; Erlangsen et al., 2017; Pitman et al., 2014).

Η δημιουργία νοήματος, η διαδικασία, δηλαδή, με την οποία οι άνθρωποι κατανοούν τα γεγονότα και τις εμπειρίες, είναι κεντρικής σημασίας για τη βελτίωση αυτών των κινδύνων. Ο απροσδόκητος θάνατος προκαλεί οξύ σοκ, αλλά η αυτοκτονία συχνά το επιτείνει με μια περαιτέρω ανάγκη να κατανοηθούν οι προθέσεις του θανόντος. Αυτό μπορεί να προκαλέσει μια γνωστική διαδικασία δημιουργίας νοήματος, κατά την οποία το άτομο που πενθεί προσπαθεί να δημιουργήσει μια ιστορία που να εξηγεί τις άγνωστες πτυχές της αυτοκτονίας, ειδικότερα γιατί ένα άτομο έβαλε τέλος στη ζωή του (Currier et al., 2015).

τους επιζώντες να διαχειριστούν το πένθος τους και να έχουν μια λειτουργική ζωή, θα ωφελήσει τόσο το άτομο όσο και την κοινωνία στο σύνολό της. Μπορεί επίσης να συμβάλει στη πρόληψη της αυτοκτονίας καθαυτή, δεδομένου ότι τα άτομα που θρηνούν από αυτοκτονία διατρέχουν 2-3 φορές υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς, σε σύγκριση με το γενικότερο πληθυσμό (Cerel et al., 2019 ; Cerel et al., 2013; Groot et al., 2006).

Επιπλέον φαίνεται ότι οι γονείς που έχουν χάσει ένα παιδί από αυτοκτονία έχουν περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν προβλήματα ψυχικής υγείας απ' ότι οι γονείς που θρηνούν το θάνατο του παιδιού τους από τροχαίο ατύχημα (Bolton et al., 2013). Επιπλέον, οι μητέρες που έχασαν το παιδί τους λόγω αυτοκτονίας διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αντιμετωπίσουν ψυχολογικά, σωματικά και διανοητικά προβλήματα σε αντίθεση με τις μητέρες που έχασαν το παιδί τους λόγω άλλων αιτιών (Pitman et al., 2014).

Ωστόσο, οι γονείς που έχασαν παιδί από αυτοκτονία σταδιακά αναπτύσσουν στρατηγικές για να αντιμετωπίσουν την απροσδόκητη απώλειά τους (Dutra et al., 2018). Ο βαθμός στον οποίο αυτοί οι μηχανισμοί αντιμετώπισης συνδέονται με την προσαρμοστική αποκατάσταση πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω για να υποστηριχθούν αποτελεσματικές παρεμβάσεις. Στη μελέτη των Wainwright et al. (2020), οι γονείς ανέφεραν ότι οι ομάδες υποστήριξης ήταν βοηθητικές αφού μπόρεσαν να ομαλοποιήσουν την εμπειρία του θρήνου τους και να παρέχουν την ελπίδα ότι θα μπορέσουν να προχωρήσουν με τη ζωή τους. Συνεπώς, βελτιώθηκαν τα αισθήματα απομόνωσης που ένιωθαν ως συνέπεια του στίγματος και της ντροπής.

Προηγούμενα δεδομένα αναδεικνύουν πολιτισμικές διαφορές όσον αφορά αυτές τις στρατηγικές αντιμετώπισης. Επομένως, δικαιολογούνται συγκεκριμένες κλινικές επιπτώσεις, που έχουν δημιουργηθεί για την υποστήριξη των γονέων που έχουν χάσει παιδί από αυτοκτονία σε σύγκριση με άλλες ομάδες πενθούντων (Jordan & McIntosh et al., 2011).

Συγκεκριμένα, οι Pitman et al. (2018) υπόδειξαν πολιτισμικές διαφοροποιήσεις όσον αφορά την ερμηνεία του στίγματος μετά από αιφνίδιους θανάτους όπως είναι η αυτοκτονία. Η ενοχοποίηση και η απόκρυψη του θανάτου φαίνεται να είναι πιο εμφανής στους πολιτισμούς της Ανατολικής και Νότιας Ευρώπης σε σύγκριση με τους Βρετανούς. Δεδομένου ότι το στίγμα και η αυτοκατηγορία έχουν συνδεθεί με την περίπλοκη διαδικασία πένθους (Pitman et al., 2018) έχει ως αποτέλεσμα οι μελέτες που προέρχονται από μεσογειακές χώρες και επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση των θλιμμένων γονέων και μπορούν να προστεθούν στην υπάρχουσα βιβλιογραφία. Προηγούμενες μελέτες, τόσο ποιοτικές όσο και ποσοτικές, σχετικά

με τους γονείς που έχασαν παιδιά από αυτοκτονία έχουν διεξαχθεί σε χώρες της Βόρειας και Κεντρικής Ευρώπης, στις ΗΠΑ και στην Ασία με έμφαση τη διαδικασία του πένθους. Ωστόσο, οι πληθυσμοί των μεσογειακών και των βόρειων Ευρωπαϊκών χωρών αποτελούν μια ομάδα που δεν έχει μελετηθεί επαρκώς για το συγκεκριμένο θέμα (Coulter et al., 2018; Wojtkowiak et al., 2012; McMenemy et al., 2008; Houck, 2007; Harwood et al., 2002).

I.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.Διατυπωση Ερευνητικού Προβληματος

1.1 Σπουδαιότητα του υπό διερεύνηση θέματος

Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι υπάρχουν πολλές προ και μετά την απώλεια αγαπημένου προσώπου μεταβλητές που επηρεάζουν τη φύση του πένθους και της θλίψης, συμπεριλαμβανομένου του τύπου του θανάτου, την εγγύτητα και την ποιότητα της σχέσης του με τον θανόντα (Andriessen et al., 2015). Ειδικότερα, τα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τη θλίψη και το πένθος λόγω αυτοκτονίας αγαπημένου προσώπου δείχνουν, ότι υπάρχουν κάποιες μοναδικές πτυχές του πένθους της αυτοκτονίας, με αποτέλεσμα αυτού του είδους η απώλεια να διαφέρει από άλλες μορφές πένθους (Jordan & McIntosh, 2011; Jordan, 2001). Επομένως, είναι σημαντικό να διερευνηθούν περαιτέρω σχετικά ζητήματα, ώστε να αναδειχτούν επιπλέον παράμετροι, δεδομένου του περιορισμένου αριθμού σχετικών μελετών ποιοτικού χαρακτήρα (Ross et al., 2018; Tzeng et al., 2010; Lindqvist et al., 2008) αλλά και σε συγκεκριμένα πολιτισμικά πλαίσια, όπως αυτό της Νότιας Ευρώπης, ή της Μέσης Ανατολής και της ευρύτερης Μεσογείου (Ζαβρού και συν., 2016), τη στιγμή μάλιστα που τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν αύξηση της συχνότητας της συμπεριφοράς αυτοκτονίας στις περιοχές αυτές (Eskin, 2020) . Στη Κύπρο, το ποσοστό θνησιμότητας από αυτοκτονία (ανά 100.000 πληθυσμό) κατατάσσεται στο 3,6% το 2019, σύμφωνα με τη συλλογή αναπτυξιακών δεικτών της Παγκόσμιας Τράπεζας, ποσοστό που τη κατατάσσει στις χαμηλότερες θέσεις παγκοσμίως. Όμως, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η υποκαταγραφή της αιτίας θανάτου, όπως είναι η αυτοκτονία, εξαιτίας κοινωνικών, θρησκευτικών παραγόντων, επηρεαζόμενοι από το κοινωνικό στίγμα που ακολουθεί μια τέτοια πράξη.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι η υποστήριξη των ανθρώπων, που έχασαν ένα αγαπημένο πρόσωπο τους από αυτοκτονία, (επιζώντες) αποτελεί μια σημαντική στρατηγική για την πρόληψη μελλοντικών αυτοκτονιών (WHO, 2021). Η πρόληψη της αυτοκτονίας έχει οριστεί ως «οι δραστηριότητες που αναπτύχθηκαν από, με ή για επιζώντες αυτοκτονίας, προκειμένου να διευκολυνθεί η ανάρρωσή τους μετά την αυτοκτονία και να αποφευχθούν δυσμενείς επιπτώσεις, συμπεριλαμβανομένης επακόλουθης αυτοκτονικής συμπεριφοράς» (Andriessen, 2009). Αυτές οι δραστηριότητες στοχεύουν στην ανακούφιση των επιπτώσεων της αυτοκτονίας, στη μείωση του κινδύνου αυτοκτονίας και στη βελτίωση των συνθηκών επιβίωσης και της ποιότητας ζωής των επιζώντων (Shneidman, 1993). Αυτές οι προσπάθειες δεν περιορίζονται στην αντιμετώπιση του πένθους και τη διαχείριση των αρχικών σταδίων της

θλίψης, αλλά θα πρέπει να επεκταθούν κατά τη διάρκεια των μηνών του πρώτου κρίσιμου έτους, αλλά και μετά (Shneidman, 1993).

Πρόσφατα, υπήρξε μια κριτική όσο αφορά τις παρεμβάσεις στον κλινικό χώρο και τη δημόσια υγεία που σχετίζονται με την υποστήριξη των επιζώντων από αυτοκτονία. Έχει προταθεί ότι όσοι σχεδιάζουν παρεμβάσεις πρόληψης θα μπορούσαν να επωφεληθούν από την ακρόαση και τη συνεργασία με τους επιζώντες, εξερευνώντας τις εμπειρίες τους και ενσωματώνοντας την εμπειρία και τη σοφία τους (Jordan et al., 2011). Οι επιζώντες τώρα θεωρούνται όχι μόνο ως στόχοι παρέμβασης αλλά και ως χρήστες των υπηρεσιών, καθιστώντας τη συνεργατική ανάπτυξη των εν λόγω παρεμβάσεων απαραίτητη (Adriessen et al., 2019). Υπάρχει ανάγκη συμμετοχής τους ως ενεργών εταίρων στην έρευνα, προκειμένου να αναπτυχθούν, να εφαρμοστούν και να αξιολογηθούν αποτελεσματικότερες υπηρεσίες υποστήριξης, προγράμματα και πολιτικές πρόληψης (Peters, 2009).

Στο πλαίσιο αυτό, στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της εμπειρίας των ελληνοκυπρίων γονέων που έχασαν το παιδί τους από αυτοκτονία. Συγκεκριμένα διερευνήθηκαν α) η ερμηνεία τους σχετικά με το γεγονός της αυτοκτονίας, β) ο αντίκτυπος της αυτοκτονίας σε αυτούς και στην οικογένειά τους, γ) οι αναδυόμενες ανάγκες τους και δ) οι στρατηγικές που χρησιμοποίησαν για να αντιμετωπίσουν την απώλειά τους.

1.2 Χρησιμότητα της παρούσας μελέτης

Το αναμενόμενο όφελος από τη διεκπεραίωση της συγκεκριμένης μελέτης είναι η εις βάθος κατανόησης εικόνας του βιώματος των γονέων που έχασαν παιδί της οικογένειάς τους λόγω αυτοκτονίας, με έμφαση στις στρατηγικές αντιμετώπισης που ενεργοποιούν και στον τρόπο με τον οποίο βιώνουν τις συνέπειες της πράξης αυτής, στον πληθυσμό των ελληνοκυπρίων γονέων. Αυτό θα επιτρέψει να αναδειχτούν οι ανάγκες των γονέων στο ιδιαίτερο πολιτισμικό περιβάλλον της Κύπρου, και τυχόν διαφοροποιήσεις αναφορικά με τη διεθνή βιβλιογραφία. Η Κύπρος είναι ένα μικρό νησί και ο ελληνοκυπριακός πολιτισμός μοιάζει με κολεκτιβιστικούς πολιτισμούς όσον αφορά τη συναισθηματική αλληλεξάρτηση μέσα στις οικογένειες. Υπό αυτό το πλαίσιο, θα είναι εφικτή η ανθρωποκεντρική, και προσαρμοσμένη στις συγκεκριμένες

ανάγκες παροχή φροντίδας, και περαιτέρω βελτίωση ή ανάπτυξη νέων υπηρεσιών προς τον πληθυσμό αυτό.

Μέσω της διερεύνησης των επιπτώσεων καθώς και των αναγκών των επιζώντων από αυτοκτονία, αναμένεται να δοθεί γνώση σχετικά με το βίωμα αυτό αλλά και να τροποποιηθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες ή και ακόμη να δημιουργηθούν πιο ευέλικτες και ανταποκρινόμενες υπηρεσίες (SPA, 2009). Η βιβλιογραφία αναφέρει, ότι η ενεργός συμμετοχή των ατόμων με βιωματική εμπειρία στην υλοποίηση προγραμμάτων εκπαίδευσης των συστημάτων υγείας (Suomi et al., 2016). Η βιωμένη εμπειρία μπορεί να καταδείξει γιατί μια παρέμβαση μπορεί να είναι ή να μην είναι αποτελεσματική ή κατάλληλη, καθώς και πώς λειτουργεί η παρέμβαση αυτή στην καθημερινή ζωή των ατόμων (Petros et al., 2016).

Επιπλέον, σύμφωνα με τους Begley & Quayle (2007), προτείνεται η διενέργεια περισσότερων μελετών σχετικά με την εμπειρία απώλειας από αυτοκτονία, με ποιοτική μεθοδολογία, για την απόκτηση περισσότερων λεπτομερειών σχετικά με την εμπειρία πένθους από αυτοκτονία, καθώς και μελέτες που να εστιάζουν στο πώς οι εμπειρίες των επιζώντων επηρεάζουν το τρόπο αντιμετώπιση τους και την προσαρμογή τους στη ζωή μετά το συμβάν της αυτοκτονίας (Cerel et al., 2008). Η έλλειψη έρευνας σχετικά με τις εμπειρίες των γονέων και το τεκμήριο ότι όλοι οι επιζώντες βιώνουν με τον ίδιο τρόπο την εμπειρία και αναφέρουν κοινές ανάγκες, οδήγησε στη προσέγγιση «one-size- fits-all», όπου στόχο έχει τη πρόληψη των αυτοκτονιών μέσω προσαρμοσμένων και ανταποκρινόμενων πρωτοβουλιών. Όμως αυτή η προσέγγιση θα πρέπει να επανεξεταστεί, αφού ενδέχεται να αποτύχει λόγω της διαφορετικής ερμηνείας του βιώματος της αυτοκτονίας από τα προσφιλή άτομα του αυτόχειρα (Jobes & Chalker, 2019).

Επιπρόσθετα, επισημαίνεται η χρησιμότητα της παρούσας μελέτης για τον διεθνή χώρο καθώς σχετικές μελέτες στις χώρες της νότιας Ευρώπης και της Μεσογείου γενικότερα, αποτελεί μια ομάδα πληθυσμού που δεν έχει μελετηθεί επαρκώς σχετικά με το θέμα αυτό. Συγκεκριμένα, στη μελέτη του Pitman (2018), φαίνονται πολιτισμικές διαφοροποιήσεις όσον αφορά την ερμηνεία του στίγματος, της ενοχοποίησης και της απόκρυψης του θανάτου, σε σύγκριση με άλλες αιτίες θανάτου, κυρίως στους πολιτισμούς της Ανατολικής και Νότιας Ευρώπης σε σύγκριση με τους Βρετανούς. Δεδομένου ότι το στίγμα και η αυτοκατηγορία έχουν συνδεθεί με την περίπλοκη διαδικασία πένθους λόγω αυτοκτονίας (Pitman, 2018), μελέτες που προέρχονται από μεσογειακές χώρες και επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση των θλιμμένων γονέων, μπορούν να προσθέσουν στην υπάρχουσα βιβλιογραφία. Η πλειοψηφία των μελετών, τόσο ποιοτικές όσο και ποσοτικές, σχετικά με την εμπειρία των γονέων που έχασαν το παιδί τους από αυτοκτονία, διεξήχθησαν σε χώρες της Βόρειας και Κεντρικής Ευρώπης, στις ΗΠΑ και

στην Ασία (Hybholt et al. 2020; Lee et al., 2019; Shields et al., 2019; Spillane et al., 2018; Kawashima & Kawano 2017; Lee et al., 2017; Surgue et al., 2014; Tzeng et al., 2010; Barnes, 2006).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι, με βάση τη προηγούμενη μετασύνθεση επι του θέματος (Zavrou et al., 2022), φάνηκε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των μελετών που ερευνήθηκαν ήταν μέτριας ποιότητας. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το εργαλείο Coreq (Παράρτημα XI), οι 13 από τις 16 μελέτες είχαν σκορ μικρότερο ή ίσο του 23, αριθμός που τις κατατάσσει σε μέτριας ποιότητας μελετών, ενώ μόλις 3 είχαν σκορ μεγαλύτερο ή ίσο του 25. Επομένως ο σχεδιασμός και η διεκπεραίωση μελετών υψηλής ποιότητας είναι δύσκολο να επιτευχθεί από τους ποιοτικούς ερευνητές.

Οι κυριότεροι περιορισμοί των μελετών αυτών ήταν: α) κατά πόσο υπήρχε εμπειρία ή κατάρτιση του ερευνητή σε τέτοιου είδους μελέτες, β) αν υπήρχαν άτομα που να αρνήθηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη, γ) κατά πόσο πραγματοποιήθηκαν επαναληπτικές συνεντεύξεις για επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων, και δ) εάν υπήρξε ανατροφοδότηση από τους συμμετέχοντες σχετικά με τα ευρήματα της κάθε μελέτης. Αντίθετα, η παρούσα μελέτη συμπεριέλαβε τα πιο πάνω καλύπτοντας έτσι τις ανεπάρκειες των άλλων μελετών. Αρχικά, όσο αφορά την εμπειρία των ερευνητών σχετικά με τη διεξαγωγή ποιοτικών μελετών με τη χρήση συνεντεύξεων, αξίζει να αναφερθεί ότι η κύρια ερευνήτρια, είναι εγγεγραμμένη νοσηλευτική λειτουργός με μεταπτυχιακό στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας, ως εκ τούτου επαρκώς εκπαιδευμένη και ικανή στη διεξαγωγή κλινικών συνεντεύξεων, σύμφωνα με τα κρατικά κριτήρια. Οι δυο πρώτες συνεντεύξεις, έχουν γίνει με την επίβλεψη της επιβλέπουσας καθηγήτριας, η οποία έχει πολυετή κλινική και ερευνητική εμπειρία στη διεξαγωγή ποιοτικών μελετών μεθοδολογίας όμοιας με τη συγκεκριμένη μελέτη. Επιπλέον, στη συγκεκριμένη μελέτη έχουν ακολουθηθεί επαναληπτικές συνεντεύξεις με στόχο τη διασφάλισης της ακρίβειας της μελέτης. Σχετικά με τη συλλογή των δεδομένων δεν υπήρξαν δυσκολίες, αφού όλα τα άτομα που πληρούσαν τα κριτήρια συμφώνησαν να συμμετέχουν στη μελέτη και παρέμειναν στην απόφαση τους μέχρι το τέλος. Περαιτέρω, ο θεματικός κορεσμός αξιολογήθηκε και με βάση τη συχνότητα με την οποία επανεμφανιζόταν ένα θέμα κατά την ανάλυση των δεδομένων. Η ερευνητική ομάδα αποφάσισε ότι κάθε κατηγορία θα θεωρείτο ότι είχε φτάσει σε κορεσμό εάν περιλαμβανόταν στο 80% των απομαγνητοφωνημένων κειμένων. Τέλος, στη φάση των επαναληπτικών συνεντεύξεων, παρουσιάστηκαν τα ευρήματα στους συμμετέχοντες και αυτοί επιβεβαίωσαν την ανάλυση. Συγκεκριμένα, ο κάθε συμμετέχοντας είχε την ευκαιρία να προβληματιστεί

σχετικά με την πρώτη του συνέντευξη και να αναθεωρήσει, ή ακόμη και να εμπλουτίσει το περιεχόμενό της.

Η περίπλοκη και ευάλωτη θέση, στην οποία βρίσκονται οι επιζώντες αυτοκτονίας δικαιολογεί την υποστήριξη και την κατανόηση που οφείλουν να δείξουν σε αυτήν την κατηγορία ανθρώπων. Επιπλέον, η σημασία του οικογενειακού πλαισίου, καθώς και η ιδιαίτερη σχέση μεταξύ του ατόμου που χάθηκε λόγω αυτοκτονίας (ο θανών) και του επιζώντος αυτοκτονίας (γονέα) είναι σημαντική για τη διερεύνηση των φαινομένων αυτοκτονίας στο σύνολό της (Schneider et al., 2011). Στη παρούσα μελέτη, δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στη δυναμική της οικογένειας.

Στον βαθμό που γνωρίζουμε, δεν έχει διερευνηθεί το συγκεκριμένο θέμα στην Κύπρο, και ειδικότερα δεν έχουν βρεθεί μελέτες που να διερευνούν τη βιωμένη εμπειρία, είτε των γονέων, είτε κάποιου συγγενικού τους προσώπου σχετικά με την απώλεια λόγω της αυτοκτονίας, με αποτέλεσμα να υπάρχει κενό στη γνώση, αναφορικά με το συγκεκριμένο πολιτισμικό πλαίσιο. Η διεξαγωγή, επομένως, της εν λόγω μελέτης αναμένεται να δώσει τη δυνατότητα να προβληθούν θέματα που είναι άγνωστα αυτή τη στιγμή. Ειδικότερα, αναμένεται να αναδειχθούν οι ανάγκες των ατόμων αυτών, έτσι ώστε να βελτιωθεί η προσφερόμενη προς αυτούς φροντίδα και υπάρξει σχεδιασμός πολιτικής αντιμετώπισης βασισμένη στις ανάγκες τους. Επίσης, λόγω της απουσίας αρκετών μελετών επί του θέματος σε διεθνές επίπεδο, αναμένεται ότι η μελέτη αυτή θα προσφέρει γνώση σε ένα ευρύτερο επιστημονικό πεδίο και θα ενισχύσει τους επαγγελματίες υγείας στον υποστηρικτικό τους ρόλο προς την οικογένεια.

Αναμφίβολα, η υποστήριξη των ατόμων που έχασαν παιδί από αυτοκτονία είναι υψίστης σημασίας και θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, κάτι που απ' όσο γνωρίζουμε δεν υπάρχουν συγκεκριμένες στρατηγικές για υποστήριξη αυτών των προσώπων. Αυτό που ακολουθείται από τις υφιστάμενες υπηρεσίες και οι πρακτικές που γίνονται ως προς την υποστήριξη των γονέων που έχασαν παιδί από αυτοκτονία δεν άγνωστες. Δεν υπάρχουν συγκεκριμένες και στοχευμένες παρεμβάσεις προς τα άτομα με αυτή την εμπειρία. Μέχρι σήμερα, η στήριξη από κάποιο επαγγελματία υγείας προσφέρεται όταν το ίδιο το άτομο αναζητήσει βοήθεια αυτοβούλως ή σε περίπτωση όπου ο αυτόχειρας παρακολουθείτο από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και γνωστοποιηθεί το γεγονός τότε ο επαγγελματίας (νοσηλευτικής ψυχικής υγείας) επικοινωνεί και γίνεται προσέγγιση με την οικογένεια χωρίς όμως να υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο πρωτόκολλο στήριξης του συγκεκριμένου πληθυσμού.

1.3 Επισκόπηση επιδημιολογικών δεδομένων αυτοκτονιών

Μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις για τη δημόσια υγεία παγκοσμίως είναι η απώλεια περίπου 700.000 ανθρώπων από αυτοκτονία κάθε χρόνο (WHO, 2021). Η αυτοκτονία συγκαταλέγεται μεταξύ των 20 κορυφαίων αιτιών θανάτου παγκοσμίως, με περισσότερους θανάτους λόγω αυτοκτονίας από ότι η Ελονοσία, ο καρκίνος του μαστού ή ο πόλεμος και η ανθρωποκτονία (WHO, 2022). Παγκοσμίως, σε κάθε 100 θανάτους, περισσότεροι από ένας (1,3%) ήταν αυτοκτονία το 2019. Αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες θανάτου σε νέους ενήλικες εδώ και δεκαετίες αφού κατατάσσεται ως η τέταρτη κύρια αιτία θανάτου μεταξύ των ηλικιών 15 έως 19 ετών (WHO, 2021; Hofstra et al., 2020; Bachmann, 2018). Σύμφωνα με το Αμερικανικό Ίδρυμα για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας (AFSP) (2016) για κάθε γυναίκα που πεθαίνει με αυτόν τον τρόπο, τέσσερις άνδρες, αντίστοιχα, πεθαίνουν από αυτό. Όμως οι γυναίκες έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να επιχειρήσουν την αυτοκτονία. Ενώ το πρόβλημα υπήρχε από την αρχαιότητα, ορισμένες συνθήκες φαίνεται να το εντείνουν, όπως για παράδειγμα η πανδημία COVID-19. Εκφράστηκε η ανησυχία για τον αντίκτυπο της πανδημίας στα ποσοστά αυτοκτονιών, δεδομένων των βαθιών αλλαγών που έλαβαν χώρα στην καθημερινή και εργασιακή ζωή των ανθρώπων (Kawohl & Nordt, 2020). Μέχρι στιγμής, επιφυλακτικά είναι τα συμπεράσματα της βιβλιογραφίας σχετικά με τα ποσοστά των αυτοκτονιών στο πρώτο έτος της πανδημίας για τις περισσότερες χώρες που μελετήθηκαν. Ωστόσο, πιθανόν να υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των υποομάδων του πληθυσμού, καθώς και οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις δεν έχουν ακόμη μετρηθεί (Appleby, 2021; Pirkis et al., 2021; Gunnell et al., 2020). Κάθε αυτοκτονία είναι μια τραγωδία. Για κάθε αυτοκτονία υπάρχουν 20 απόπειρες αυτοκτονίας (WHO, 2014).

Η αυτοκτονία δεν γνωρίζει εθνικά σύνορα: είναι ένα σοβαρό πρόβλημα σε χώρες υψηλού εισοδήματος και ιδιαίτερα σε χώρες χαμηλού και χώρες μεσαίου εισοδήματος, στις οποίες σημειώθηκε το 77% των παγκόσμιων αυτοκτονιών 2019. Οι έφηβοι και οι νέοι ενήλικες είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι. Αυτοκτονία είναι η τέταρτη κύρια αιτία θανάτου στην ηλικιακή ομάδα 15 έως 29 ετών. Μεταξύ των νέων αντιπροσωπεύουν σχεδόν το ένα τέταρτο του συνόλου παγκοσμίως. Σύμφωνα με δεδομένα του 2019, περισσότερες από τις μισές παγκόσμιες αυτοκτονίες αφορούσαν άτομα πριν την ηλικία των 50 ετών, σε ποσοστό 58%.

Το ποσοστό θνησιμότητας από αυτοκτονία (ανά 100.000 πληθυσμό) στην Κύπρο κατατάσσεται στο 3,6% το 2019, σύμφωνα με τη συλλογή αναπτυξιακών δεικτών της Παγκόσμιας Τράπεζας, που συντάσσονται από επίσημα αναγνωρισμένες πηγές, πολύ λιγότερες από τον μέσο όρο αυτοκτονιών στον κόσμο, με 9.26 αυτοτραυματισμούς ανά 100.000 άτομα. Το 2020 σημειώθηκαν 31 αυτοκτονίες στην Κύπρο, 8 άνθρωποι λιγότεροι από το 2019. Από αυτές τις περιπτώσεις αυτοκτονίας που καταγράφηκαν το 2020, οι 24 ήταν αυτοκτονίες ανδρών και οι 7 ήταν γυναίκες. Έτσι, το ποσοστό αυτοκτονιών μεταξύ των ανδρών ήταν 5,48 ανά 100.000 άνδρες και για τις γυναίκες 1.53 ανά 100.000 γυναίκες.

Οι στατιστικές δείχνουν ότι το 2014, οι αυτοκτονίες ήταν η κύρια αιτία αφύσικου θανάτου στον κόσμο. Στην Κύπρο, η αυτοκτονία είναι επίσης μια από τις κύριες αιτίες αφύσικου θανάτου. Από τις 15 ανθρωποκτονίες στην Κύπρο, οι αυτοκτονίες υπερτερούν κατά πολύ των ανθρωποκτονιών αφού για κάθε ανθρωποκτονία αντιστοιχούν 2,1 αυτοκτονίες. Το 2019, οι χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών (αριθμός αυτοκτονιών ανά 100 000) ήταν: Lesotho 72.4, Guyana 40.3, ενώ οι χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά αφορούν το Αφγανιστάν όπου έχει 4,1 ανά 100 χλμ., το Ιράκ 3,6 και η Συρία μόλις 2,0 (World Population Review, 2022).

Το μοναδικό έθνος της δυτικής Ευρώπης με εξαιρετικά υψηλό ποσοστό αυτοκτονιών είναι το Βέλγιο, το οποίο κατατάσσεται στην ενδεκάδα με 18,3 αυτοκτονίες ανά 100 χιλιόμετρα. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι το Βέλγιο έχει ορισμένους από τους πιο φιλελεύθερους νόμους του κόσμου για την υποβοηθούμενη από ιατρούς αυτοκτονία, επίσης γνωστή ως ευθανασία, η οποία είναι πιθανό να είναι ένας παράγοντας στα στατιστικά της στοιχεία (World Population Review, 2022).

Καταδεικνύοντας τη σοβαρότητα αυτού του ζητήματος, σύμφωνα με τα στοιχεία που αναφέρθηκαν από το CDC (2018), η αυτοκτονία ήταν η 10η κύρια αιτία θανάτου για όλες τις ηλικίες το 2013. Υπήρξαν 41.149 αυτοκτονίες το 2013 στις Ηνωμένες Πολιτείες που ισοδυναμούν με μία κάθε 13 λεπτά. Η αυτοκτονία είναι συχνά αποτέλεσμα πολλαπλών διαταραχών, όπως κατάθλιψη και εθισμός. Το 2010, το 33,4% των θυμάτων βρέθηκαν θετικά για αλκοόλ, το 23,8% για αντικαταθλιπτικά και το 20,0% για οπιούχα, τα οποία περιλάμβαναν ηρωίνη και παυσίπονα με συνταγή. Το 2013, είχε ως αποτέλεσμα το συνολικό ιατρικό κόστος και το κόστος απώλειας εργασίας να ανέλθει στα 51 δισεκατομμύρια δολάρια, αποδεικνύοντας τόσο την πρακτική όσο και την ανθρωπιστική σημασία αυτής της επιδημίας.

Η Διοίκηση Υπηρεσιών Κατάχρησης και Ψυχικής Υγείας ανέφερε ότι περισσότεροι από 8 εκατομμύρια ενήλικες ανέφεραν σοβαρές σκέψεις αυτοκτονίας το προηγούμενο έτος. Περίπου 2,5 εκατομμύρια ανέφεραν ότι έκαναν ένα σχέδιο αυτοκτονίας το προηγούμενο έτος και 1,1 εκατομμύρια ανέφεραν απόπειρα αυτοκτονίας το προηγούμενο έτος (Piscopo, Lipari, Conney, & Glasheenm, 2016). Σε έκθεση που εκπονήθηκε από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νόσων (2016) συγκρίθηκαν τα ποσοστά θνησιμότητας από αυτοκτονίες από το 1999 έως το 2014. Παρατηρήθηκε ότι μεταξύ του 1986 και του 1999 υπήρξε συνεχής μείωση των περιπτώσεων, αλλά τα επόμενα 15 χρόνια παρατηρήθηκε σταθερή τάση. Δεδομένης αυτής της κλίσης στην επικράτηση της αυτοκτονίας, είναι δικαιολογημένη μια έρευνα σχετικά με τους παράγοντες που οδηγούν κάποιον σε αυτήν την απόφαση, όπως και μια εξέταση του τρόπου με τον οποίο η αυτοκτονία επηρεάζει τους επιζώντες αγαπημένους.

2.ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Αυτό το κεφάλαιο θα εξετάσει κριτικά τη βιβλιογραφία που σχετίζεται με τις θεωρίες σχετικά με την αυτοκτονία. Αυτές οι ιδέες και υποθέσεις επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο αναμένεται να αντιδράσουν οι πενθούντες γονείς σύμφωνα με το είδος του θανάτου, αυτοκτονία, έτσι ώστε να κατανοηθεί η ποικιλομορφία των εμπειριών θλίψης και των προσωπικών περιστάσεων. Στη συνέχεια θα γίνει ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τα κοινά σημεία και τις διαφορές στον τρόπο με τον οποίο η αυτοκτονία επηρεάζει τους πενθούντες. Με βάση τις τρέχουσες εμπειρικές μελέτες, εντοπίζονται διάφοροι παράγοντες που διακρίνονται για τους επιζώντες της αυτοκτονίας. Επομένως, για να αποκτηθεί μια βαθύτερη κατανόηση του πλαισίου αυτής της μελέτης, θα εξεταστεί η βιβλιογραφία που επικεντρώνεται στις εμπειρίες των μελών της οικογένειας.

2.1 Θεωρίες σχετικά με την αυτοκτονία

Κατά τη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας έχουν αναπτυχθεί πολυάριθμες θεωρίες σε μια προσπάθεια να εξηγηθούν ή να κατανοήσουν καλύτερα γιατί οι άνθρωποι επιδιώκουν να αφαιρέσουν τη ζωή τους. Σε γενικές γραμμές, οι θεωρίες αυτές μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις ομάδες:

- Στις βιολογικές θεωρίες όπου υποστηρίζουν ότι ορισμένοι φυσιολογικοί, βιοχημικοί ή γενετικοί παράγοντες ασκούν σημαντική επιρροή στην αιτιολογία της αυτοκτονίας (μερικές

φορές σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς παράγοντες). Παραδείγματα αποτελούν η γενετική προδιάθεση, οι χημικές ανισορροπίες, τα ανώμαλα επίπεδα νευροδιαβιβαστών, οι νευρολογικές βλάβες λόγω λοιμώξεων και οι διατροφικές διαταραχές (Fuse, 1997).

- Οι ψυχολογικές και ψυχιατρικές θεωρίες επικεντρώνονται στις καταστάσεις του νου, του ψυχισμού ή του συναισθήματος και πεποιθήσεων των ατόμων που διαπράττουν ή επιχειρούν να αυτοκτονήσουν. Συχνά αυτές οι θεωρίες

δίνουν μικρή σημασία στις ευρύτερες κοινωνικές σχέσεις ή στο κοινωνικό - πολιτισμικό πλαίσιο των αυτοκτονικών συμπεριφορών. (Fuse, 1997, Retterstol 1993; Lester 1988).

- Οι κοινωνιολογικές θεωρίες όπου εστιάζουν στη σημασία του κοινωνικού περιβάλλοντος, των κοινωνικών σχέσεων και άλλων κοινωνικών, οικονομικών και πολιτιστικών παραγόντων στην αιτιολογία της αυτοκτονίας. Δύο διαφορετικές τύποι εμπειρικών ερευνών στηρίζουν γενικά αυτές τις θεωρίες. Η πρώτη αφορά στη προσέγγιση κατά Durkheim και η δεύτερη αφορά στο έργο του Jack Douglas (Douglas, 1967).

2.1.1 Κοινωνική ένταξη/κοινωνική ρύθμιση - Durkheim

Η ανάλυση της αυτοκτονίας του Emile Durkheim το 1897, *Le Suicide*, εξακολουθεί να είναι η πιο διάσημη, αναλυμένη, χρησιμοποιούμενη και αμφισβητούμενη κοινωνιολογική θεωρία σχετικά με την αυτοκτονία. Το έργο του Durkheim για την αυτοκτονία στα τέλη του 1800 προέκυψε άμεσα από το έργο των "ηθικών στατιστικολόγων". Ο Durkheim ήθελε να εξηγήσει τις διακυμάνσεις στη στατιστική κατανομή των ποσοστών αυτοκτονιών όπως γιατί οι διαφορές στα ποσοστά αυτοκτονιών μεταξύ των χωρών παραμένουν σχετικά συνεχείς ή σταθερές και γιατί, όταν τα ποσοστά αυτοκτονιών μεταβάλλονται στο εσωτερικό μιας χώρας με την πάροδο του χρόνου, το κάνουν με ένα πρότυπο τρόπο.

Ωστόσο, το μοναδικό χαρακτηριστικό της προσέγγισης του Durkheim ήταν η απόρριψη της σημασίας των μη κοινωνικών παραγόντων για τον καθορισμό των διακυμάνσεων στα ποσοστά αυτοκτονιών. Τα γραπτά του ήταν τα πρώτα που υποστήριξαν, ότι οι διακυμάνσεις στα ποσοστά αυτοκτονιών στις σύγχρονες κοινωνίες ήταν σε πολύ μεγάλο βαθμό - αν όχι εξ ολοκλήρου - καθορισμένα από το κοινωνικό περιβάλλον. Εν ολίγοις, υποστήριξε ότι οι κοινωνικές συνθήκες, το ηθικό και ψυχολογικό κλίμα μιας κοινωνίας, θα μπορούσαν να

αυξήσουν ή να μειώσουν την τάση των ατόμων να αντιδρούν στα προβλήματα και τον πόνο, με μια πράξη αυτοκτονίας (Bille-Brahe, 2000).

Ο Durkheim σημείωσε, ότι η ατομική συμπεριφορά επηρεάζεται βαθύτατα από τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί η κοινωνική και συλλογική ζωή μιας κοινωνίας. Συγκεκριμένα, κοινωνία έχοντας το δικό της σύνολο κανόνων, αξιών και προτύπων παρουσιάζει περιοριστική επίδραση στις ατομικές συμπεριφορές (Fuse, 1997). Πρότεινε ότι υπάρχουν δύο δυνάμεις που συνήθως διατηρούν την κοινωνική τάξη και αποτρέπουν το κοινωνικό χάος. Η πρώτη είναι η κοινωνική ενσωμάτωση, η οποία συνδέει τα άτομα με την κοινωνία μέσω των κοινωνικών κανόνων και τις αξίες μιας ομάδας. Η δεύτερη είναι η κοινωνική ρύθμιση, η οποία περιορίζει τις δυνητικά απεριόριστες φυσικές επιθυμίες και προσδοκίες των ανθρώπων, καθορίζοντας συγκεκριμένους στόχους και τα μέσα για την επίτευξή τους.

Η θεωρία του Durkheim για την αυτοκτονία συμβάλλει σημαντικά στην κατανόηση του φαινομένου, επειδή δίνει έμφαση στους κοινωνικούς παράγοντες και όχι στους βιολογικούς ή προσωπικούς παράγοντες. Οι τύποι αυτοκτονίας όπως αναφέρονται στη θεωρία της αυτοκτονίας είναι τέσσερις και είναι οι εξής :

Εγωιστική αυτοκτονία

Η εγωιστική αυτοκτονία αντικατοπτρίζει ένα διαρκές αίσθημα ότι δεν έχει ενσωματωθεί στην κοινότητα, που ανήκει. Προέρχεται από τον αυτοκτονικό ιδεασμό ότι ένα άτομο δεν έχει αλυσίδα. Ο Durkheim την αποκαλεί απόμακρη «υπερβολική εξατομίκευση». Γενικά παρατηρείται ότι τα άτομα που αυτοκτονούν δεν έχουν σύνδεση με την κοινωνία, και λαμβάνουν ελάχιστη κοινωνική υποστήριξη ή καθοδήγηση. Ο Durkheim διαπίστωσε ότι η αυτοκτονία είναι πιο συχνή μεταξύ των ανύπαντρων ατόμων, ιδίως των ανύπαντρων ανδρών, καθώς υπάρχει λιγότερη ανάγκη να περιορίσουν ή να συνδεθούν με σταθερούς κοινωνικούς κανόνες και στόχους.

Αλτρουιστική αυτοκτονία

Η αλτρουιστική αυτοκτονία χαρακτηρίζεται από την αίσθηση ότι το άτομο κατακλύζεται από τους στόχους και τις πεποιθήσεις του συνόλου. Εμφανίζεται σε μια πολύ ολοκληρωμένη κοινωνία όπου οι ανάγκες των ατόμων θεωρούνται λιγότερο σημαντικές από τις ανάγκες της

κοινωνίας στο σύνολό της. Ο Durkheim εξήγησε ότι δεν θα υπήρχε κανένα σημαντικό κίνητρο για τους ανθρώπους να διαπράξουν μια πράξη τόσο αποτρόπαια όσο η αυτοκτονία σε μια αλτρουιστική κοινωνία, καθώς τα προσωπικά συμφέροντα θεωρούνταν σημαντικά. Ωστόσο, παρείχε μια εξαίρεση, όταν ένα άτομο αναμένεται να αυτοκτονήσει στο όνομα της κοινωνίας, για παράδειγμα, στη στρατιωτική αυτοθυσία.

Ανομία

Η αυτοκτονία «ανομίας» αντικατοπτρίζει την ηθική αναταραχή και την έλλειψη κοινωνικού προσανατολισμού ενός ατόμου που συνδέεται με δραματικές κοινωνικές και οικονομικές ανακατατάξεις. Είναι το προϊόν της αποτυχίας καθορισμού των νόμιμων προσδοκιών μέσω της ηθικής απορρύθμισης και του περιορισμού της κοινωνικής ηθικής που μπορεί να επιβάλει νόημα και τάξη στη συνείδηση του ατόμου. Η αυτοκτονία της Ανομίας αποτελεί ένδειξη της αποτυχίας της οικονομικής ανάπτυξης και του καταμερισμού της εργασίας, όπως αναφέρει ο Durkheim.

Σε αυτή την κατάσταση, οι άνθρωποι δεν γνωρίζουν αν είναι κατάλληλοι για την κοινωνία. Ο Durkheim εξηγεί ότι η αυτοκτονία ανομίας είναι μια κατάσταση ηθικής αναπηρίας, στην οποία οι άνθρωποι δεν γνωρίζουν τα όρια των επιθυμιών τους και βρίσκονται πάντα σε μια κατάσταση απογοήτευσης. Αυτό μπορεί να συμβεί όταν βιώνουν ακραίες αλλαγές στον πλούτο λόγω οικονομικών ή φυσικών φαινομένων. Σε κάθε περίπτωση, οι προσδοκίες της προηγούμενης ζωής παραμερίζονται και απαιτούνται νέες προσδοκίες πριν από την αξιολόγηση των καταστάσεων.

Φαταλιστική Αυτοκτονία

Η φαταλιστική αυτοκτονία αναφέρεται όταν σε κοινωνικές συνθήκες ο άνθρωπος βιώνει έντονα αισθήματα καταπίεσης. Ο Durkheim αναφέρει αυτό το είδος αυτοκτονίας ως απόρροια της υπέρμετρης ρύθμισης της ζωής του ατόμου από τους κοινωνικούς θεσμούς. Αφορά σε αυταρχικές/καταπιεστικές κοινωνίες που το άτομο θα προτιμήσει να αυτοκτονήσει παρά να ζήσει σε τέτοιες κοινωνίες. Παράδειγμα μπορεί να θεωρηθεί όταν ένα φυλακισμένο άτομο θα προτιμήσει να κρεμαστεί στο κελί του παρά να υφίσταται κακοποίηση από τους συγκρατούμενους του.

2.2 Θρησκεία και Αυτοκτονία

2.2.1 Η θέση της ορθόδοξης εκκλησίας στη πράξη της αυτοχειρίας

Για τον Χριστιανισμό, η αυτοκτονία είναι μέγα αμάρτημα. Ο άνθρωπος είναι δημιούργημα του Θεού και σ' αυτόν ανήκει η ζωή, ζούμε και πεθαίνουμε για τον Κυρίο (Ρωμ., 14, 7-8). Εξ αρχής οι Πατέρες της Εκκλησίας πήραν ξεκάθαρη θέση κατά της αυτοκτονίας και στηρίζαν την στάση τους στην εντολή «Οὐ φονεύσεις» που έδωσε ο Θεός στον Μωυσή (Παλαιά Διαθήκη κατά τους Εβδομήκοντα, 1981). Ο Άγιος Ιωάννης ο Χρυσόστομος υποστηρίζει ότι οι δοκιμασίες που αντιμετωπίζει κάθε άνθρωπος στην ζωή του είναι παιδευτικές και αποστέλλονται από τον Θεό για να τον ασκήσουν. Η απελπισία που μπορεί να νιώσει ένας άνθρωπος πρέπει να μπαίνει στην άκρη (Δαμασκηνού, 2004).

Η πρώτη καταγεγραμμένη και επίσημη θέση της Εκκλησίας για την αυτοχειρία, παρουσιάζεται από τον αββά Παχώμιο . Αναφέρεται ότι στο γυναικείο μοναστήρι που ήταν ηγουμένη η αδελφή του αββά και πνευματικός της Μονής ο ίδιος, κάποιος άνθρωπος, ράπτης στο επάγγελμα, πέρασε από το μοναστήρι ζητώντας δουλειά, από μια νεαρή μοναχή που βρέθηκε εκείνη τη στιγμή μπροστά του. Εκείνη αρνήθηκε με τον λόγο πως το μοναστήρι είχε τις δίκες του ράπτριες. Την συζήτηση αυτή είχε παρακολουθήσει και μια άλλη μοναχή, υστέρω όμως από κάποια διαμάχη που προέκυψε μεταξύ των δυο μονάχων, η καλύτερα «εν βρασμώ ψυχής» από τον θυμό, συκοφάντησε τη νεαρή μοναχή, λέγοντας πως σχετίστηκε με τον ράπτη, ενώ αυτό ήταν αναληθές. Η νεαρή μοναχή μην αντέχοντας τη συκοφαντία, έδωσε τέλος στη ζωή της πέφτοντας σε ένα ποτάμι. Η άλλη αδελφή μαθαίνοντας τον πνιγμό της αδελφής και μη αντέχοντας τις τύψεις συνειδήσεως, απαγχονίζεται. Όταν πληροφορήθηκε το περιστατικό ο όσιος Παχώμιος διέταξε να μην τελεστή για καμιά από τις δυο η εξόδιος ακολουθία και ταυτόχρονα επιτίμησε και τις υπόλοιπες μονάχες του μοναστηριού σε επταετή ακοινωνησία για το γεγονός ότι παρέλειψαν να ελέγξουν το αναληθές της συκοφαντίας (Βίος Παχωμίου, 1987).

Η σύνοψη της θέσης της Εκκλησίας περί της κηδείας των αυτοχείρων βρίσκεται στην απάντηση του μακαριστού γέροντα Ανθιμου Αγιαννανίτη. Στην ερώτηση του αν θα πρέπει να μνημονεύεται ένας αυτόχειρας στην Θεία Λειτουργία, προτρέπει να μην τελείται καμιά ακολουθία υπερ αναπαύσεως της ψυχής του (Θεμιστοκλέους, 2002)

“Να μην τον μνημονεύουμε στη Λειτουργία. Είναι καλύτερα για την ψυχή του. Όταν δει ο Πολυέλεος ότι δεν τον τιμάμε, θα τον ελεήσει ο ίδιος, ενώ όταν εμείς τον τιμάμε, δεν θα τον ελεήσει Αυτός...”.

Όμως αυτό το γεγονός φέρει αντιδράσεις των συγγενών κατά του ιερέως και κατ' επέκταση κατά της εκκλησίας, αφού αρνείται στον αυτόχειρα την χριστιανική κηδεία. Έτσι αυτό, οδηγεί πολλούς να στραφούν εναντίον των κληρικών, ενάντια της εκκλησίας γενικότερα, υποστηρίζοντας πως ενώ η εκκλησία κηρύσσει την αγάπη, εκδικείται όσους αφαιρούν την ζωή τους. Η πράξη της αυτοκτονίας είναι το μεγαλύτερο έγκλημα στη ζωή της Εκκλησίας, διότι συνιστά βλασφημία προς το Άγιο Πνεύμα (Οικονόμου, 2005) για την οποία ο Χρίστος είπε πως δεν θα συγχωρεθεί ούτε στον παρόντα αιώνα αλλά ούτε και στο μέλλοντα.

“Διὰ τοῦτο λέγω ὑμῖν, πᾶσα ἁμαρτία καὶ βλασφημία ἀφεθήσεται τοῖς ἀνθρώποις, ἡ δὲ τοῦ Πνεύματος βλασφημία οὐκ ἀφεθήσεται τοῖς ἀνθρώποις· καὶ ὃς ἐὰν εἴπῃ λόγον κατὰ τοῦ υἱοῦ τοῦ ἀνθρώπου, ἀφεθήσεται αὐτῷ· ὃς δ’ ἂν εἴπῃ κατὰ τοῦ Πνεύματος τοῦ ἁγίου, οὐκ ἀφεθήσεται αὐτῷ οὔτε ἐν τῷ νῦν αἰῶνι οὔτε ἐν τῷ μέλλοντι”. (Μτ., 12, 31- 32).

2.2.2 Η θέση του μουσουλμανισμού στη πράξη της αυτοκτονίας

Το Ισλάμ δίνει στους μουσουλμάνους έναν κώδικα συμπεριφοράς, ηθικής και κοινωνικών αξιών, ο οποίος τους βοηθά στην ανοχή και στην ανάπτυξη προσαρμοστικών τεχνικών αντιμετώπισης των στρεσογόνων περιστάσεων. Το Ισλάμ διδάσκει πώς οι άνθρωποι πρέπει να ζουν ειρηνικά μεταξύ τους. Το Κοράνι συμβουλεύει: *"Επιδιώξτε τη μελλοντική ζωή με αυτά που σας έχει δώσει ο Θεός, αλλά μην ξεχνάτε την πραγματική σας θέση σε αυτόν τον κόσμο. Όπως ο Θεός ήταν καλός μαζί σας, να κάνετε το ίδιο καλό και στους άλλους. Μην προσπαθήσετε να εξαπλώσετε τη διαφθορά σε όλη τη γη, αφού ο Θεός δεν αγαπάει τους ανθρώπους που το κάνουν αυτό"* (Σούραλ αλ-Κίisas, 28:77).

Σύμφωνα με το Ισλάμ στους ανθρώπους έχει ανατεθεί το δώρο της ζωής, επομένως δεν επιτρέπεται να λαμβάνουν αποφάσεις για τη ζωή και τον θάνατό τους χωρίς την έγκριση του Θεού, καθώς δεν έχουν απόλυτη κατοχή αυτού του δώρου (Shoib et al., 2022).

Η αυτοκτονία θεωρείται βασικό αμάρτημα στο Ισλάμ. Οι μουσουλμάνοι πιστεύουν ότι όσοι έχουν αυτοκτονήσει απαγορεύεται να εισέλθουν στον Παράδεισο. *"Και μη σκοτώνετε τους εαυτούς σας"*, δηλώνει το Κοράνι (ούτε να σκοτώνετε ο ένας τον άλλον). *"Ο Αλλάχ είναι, χωρίς αμφιβολία, ο πιο φιλεύσπλαχνος προς εσάς"* (Σούρα αλ Νίσα, 4:29). Παρά το γεγονός ότι η αυτοκτονία απαγορεύεται και θεωρείται αμαρτία, η αυτοκτονία έχει ελαφρυντικά, καθώς είναι ευρέως αποδεκτό ότι ένα άτομο που πάσχει από ψυχική διαταραχή και δεν είναι σε θέση να λάβει αποφάσεις για τη ζωή του, δεν θεωρείται υπεύθυνο για τις πράξεις του. Επιπλέον, οι περισσότεροι Μουσουλμάνοι, συμπεριλαμβανομένων των θρησκευτικών μελετητών,

πιστεύουν ότι η πίστη και η προσευχή από μόνες τους δεν θα αποτρέψουν έναν μουσουλμάνο από το να βιώνει θλίψη, σκέψεις αυτοτραυματισμού ή να σκέφτεται να αυτοκτονήσει (Shoib et al., 2022).

2.2.3 Η θέση του ινδουισμού στη πράξη της αυτοκτονία

Ο όρος αυτοκτονία αναφέρεται στο Pranatyaga ή Atmahatya στα σανσκριτικά, που σημαίνει εγκατάλειψη της ζωής, όπου αποθαρρύνεται στην ινδουιστική θρησκεία. Η απόκτηση ενός ανθρώπινου σώματος είναι σπάνια και το αποκτά κανείς μετά από πολυάριθμες μορφές ζωής με βάση το κάρμα της προηγούμενης ζωής (Pattnaik 2006). Οι Ινδουιστές πιστεύουν, ότι όταν κάποιος πεθαίνει, το πεσμένο σώμα αντικαθίσταται από ένα νέο. Ωστόσο, μπορεί κανείς να τερματίσει την αναγέννηση (Σαμσάρα) όταν η αληθινή φύση του Μπράχμαν (η απόλυτη πραγματικότητα που διέπει όλα τα φαινόμενα) είναι πλήρως συνειδητοποιημένη. Αυτή η αυτοπραγμάτωση ονομάζεται «μόκσα» ή απελευθέρωση και μπορεί να χρειαστούν αρκετές ζωές πνευματικής πρακτικής για να την επιτύχει ένα άτομο τη λύτρωση από το θνητό του σώμα (Narayanan, 2009).

Η γραφή Bhagavatam αναφέρει ότι η τελευταία σκέψη που έρχεται στο μυαλό κατά το θάνατο μπορεί να καθορίσει την πορεία της επόμενης γέννησης (Subramaniam, 2012). Ως εκ τούτου, ο τρόπος με τον οποίο πεθαίνει ένας άνθρωπος είναι ένα σημαντικό ζήτημα για όλους τους Ινδουιστές. Το Manu-smriti (Νόμοι του Manu) είναι ένα έγκυρο αρχαίο ινδικό ινδουιστικό βιβλίο κανόνων και απαγορεύει τις τελετουργικές προσφορές στις ψυχές που φεύγουν από τη ζωή μέσω της αυτοκτονίας (Doniger, 2000). Ομοίως, το Yama-smriti αναφέρει ότι τα σώματα αυτών που πέθαναν από αυτοκτονία πρέπει να ατιμάζονται. Το Adi-parva μέρος της Mahabharata αναφέρει, ότι όσοι πέθαναν από αυτοκτονία δεν μπορούν να φτάσουν στον ουράνιο κόσμο (Rajagopalachari, 2010). Ομοίως, το Garuda-purana αναφέρει ότι όσοι πέθαναν από αυτοκτονία και άλλους βίαιους θανάτους μπορούν να γίνουν φαντάσματα (Chaturvedi, 2002).

2.3 Βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετών διερεύνησης της βιωμένης εμπειρίας των μελών της οικογένειας που έχασαν ένα μέλος τους από αυτοκτονία.

Προκειμένου να γίνει κατανοητό το βίωμα των γονέων και να τεθούν τα σχετικά ερευνητικά ερωτήματα, αρχικά διερευνήθηκε η εμπειρία μελών οικογενειών που έχασαν ένα μέλος τους από αυτοκτονία.

Μέθοδος ανασκόπησης:

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε στις βάσεις δεδομένων: Pubmed, Medline, PsychInfo, google scholar, και με λέξεις κλειδιά “family”, “lived experience” AND/OR “suicide” AND/OR “completed suicide” “qualitative studies”, “bereavement”, “mourning” με όλους τους πιθανούς συνδυασμούς.

Τα κριτήρια εισδοχής που εφαρμόστηκαν ήταν η: (α) χρονολογία δημοσίευσης μεταξύ 2000 και 2016, (β) ελληνική ή αγγλική γλώσσα δημοσίευσης, (γ) ποιοτικός μεθοδολογικός σχεδιασμός με σκοπό τη διερεύνηση της βιωματικής εμπειρίας ατόμων που βίωσαν τον θάνατο μέλους της οικογένειάς τους λόγω αυτοκτονίας.

Οι μελέτες, οι οποίες απορρίφθηκαν από την παρούσα συστηματική ανασκόπηση: (α) διερευνούσαν ζητήματα ανεξάρτητα από την εμπειρία των μελών της οικογένειας των αυτοχέιρων, όπως για παράδειγμα την εμπειρία των επαγγελματιών υγείας σχετικά με το φαινόμενο (Brunero et al., 2008; Gill, 2000) ή τους παράγοντες που σχετίζονται με το φαινόμενο και (Li et al., 2008; Gaynes et al., 2004), (β) αφορούσαν σε μεταπτυχιακές και προπτυχιακές διατριβές, για τις οποίες δεν υπήρχε η δυνατότητα πρόσβασης, ή μελέτες περίπτωσης λόγω απουσίας τριγωνοποίησης των αποτελεσμάτων τους.

Η διαδικασία επιλογής των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στη παρούσα συστηματική ανασκόπηση (δείγμα παρούσας μελέτης) περιγράφεται στο διάγραμμα ροής του σχήματος 1 (παράρτημα V).

Κριτική αξιολόγηση της ποιότητας των μελετών με το εργαλείο CASP

Όλες οι ερευνητικές μελέτες οι οποίες πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου, πριν να συμπεριληφθούν στο τελικό δείγμα της μελέτης, αξιολογήθηκαν ως προς την μεθοδολογική τους επάρκεια με το εργαλείο κριτικής αξιολόγησης ακαδημαϊκών άρθρων CASP. Το εργαλείο αυτό, προσφέρει τη δυνατότητα κριτικής αξιολόγησης και ιεράρχησης της μεθοδολογικής ακρίβειας των ποιοτικών μελετών (CASP, 2016). Στο εργαλείο, περιλαμβάνονται 10 ερωτήσεις μεθοδολογικού περιεχομένου. Οι πρώτες δύο είναι ερωτήσεις διερεύνησης, και εάν απαντηθούν θετικά, ο

ερευνητής μπορεί να προχωρήσει στις υπόλοιπες οκτώ. Οι ερωτήσεις μπορούν να απαντηθούν με «ναι», «όχι», ή «δεν μπορώ να απαντήσω». Συνολικά, οι απαντήσεις στις οκτώ αυτές ερωτήσεις θα προσδιορίσουν την κατηγοριοποίηση της υπό αξιολόγηση μελέτης σε μία από τις δύο κατηγορίες ποιότητας Α και Β. Οι μελέτες, οι οποίες ανήκουν στην κατηγορία Α χαρακτηρίζονται από χαμηλή πιθανότητα σφάλματος μεροληψίας, δεδομένου ότι πληρούν 9 από τα 10 προτεινόμενα κριτήρια ακρίβειας. Η κατηγορία Β περιλαμβάνει μελέτες, οι οποίες πληρούν μερικώς τα προτεινόμενα κριτήρια ακρίβειας, και ως εκ τούτου αφορούν σε μετρίου βαθμού πιθανότητα σφάλματος μεροληψίας. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι μελέτες περίπτωσης και οι μελέτες, οι οποίες χρησιμοποιούν δείγμα ευκολίας (CASP, 2016) (παράρτημα VI).

Ερμηνεία Αποτελεσμάτων:

Οι ποιοτικές μελέτες, από την ανασκόπηση των οποίων απορρέουν τα ανωτέρω αποτελέσματα, είχαν ποικίλους σχεδιασμούς, ενώ οι περισσότερες χρησιμοποίησαν τη φαινομενολογική προσέγγιση (n=2), μία ήταν εθνογραφική μελέτη (n=1) και μια βασίστηκε στη θεμελιωμένη θεωρία (n=1). Συνολικά, τα αποτελέσματα βασίζονται στις αφηγήσεις 63 ατόμων (άνδρες, γυναίκες) εκ των οποίων οι 34 είχαν γονεϊκή σχέση με τον αυτόχειρα, 16 ήταν αδέρφια και 2 ήταν σύζυγοι, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν 40 έτη. Επιπλέον, επισημαίνεται ότι οι συμμετέχοντες προέρχονταν από διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα και γεωγραφικές ηπείρους, δεδομένου ότι μία μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δείγμα Αφροαμερικανών, μία σε δείγμα ατόμων από τη Κίνα, μία σε δείγμα Σουηδών και μία σε δείγμα Ιρλανδών (παράρτημα VII).

Η μελέτη των Lindqvist et al. (2008) η οποία είχε σχεδιασμό θεμελιωμένης θεωρίας από τη Βόρεια Σουηδία, είχε ως στόχο τη διερεύνηση της εμπειρίας απώλειας μέλους της οικογένειας από αυτοκτονία σε εφηβική ηλικία. Τα κύρια θέματα όπου εντοπίστηκαν ήταν: α) η ερμηνεία του γεγονότος ως τραύμα στους επιζώντες της οικογένειας, μια συνεχής προσπάθεια ερμηνείας και παρατεταμένη ένταση λόγω αναπάντητων ερωτημάτων και η απουσία εμφανών πρόδρομων συμπτωμάτων στους οικείους φαίνεται να δυσχεραίνει τη νοσηματοδότηση του γεγονότος, β) μακροπρόθεσμες & βαθιές επιπτώσεις και η προσπάθεια επιστροφής σε μια φαινομενικά φυσιολογική ζωή και γ) η υποστήριξη που δέχτηκαν από το φιλικό περιβάλλον, την εκκλησία και από επαγγελματίες σύμβουλους.

Επιπλέον, η φαινομενολογική μελέτη των Tzeng et al. (2010), θέλησαν να διερευνήσουν τη βιωμένη εμπειρία των μελών οικογενειών, το μέλος των οποίων αυτοκτόνησε και του τρόπου

που η απώλεια αυτή επηρεάζει τις οικογενειακές σχέσεις. Τα ευρήματα έδειξαν ότι α) στη προσπάθεια τους να νοηματοδοτήσουν την απώλεια τα μέλη της οικογένειας κατηγορούσαν τους εαυτούς τους για την αυτοκτονία του συγγενή τους, τρίτα άτομα, ή και μέλος της οικογένειας, β) περιεγράφηκαν διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις/ αποξένωση καθώς και ισχυρή πολιτισμική πίεση προς τις οικογένειες αυτές.

Περαιτέρω, οι Begley & Quayle (2007) στη μελέτη τους στην Ιρλανδία, διερεύνησαν την εμπειρία ατόμων οικογενειακών μελών των οποίων μέλος τους αυτοκτόνησε. Αυτό που φάνηκε ήταν ότι: α) υπήρχε συνεχής προσπάθεια για νοηματοδότηση της αυτοκτονίας, επαναπροσδιορισμός του νοήματος της ζωής και της κοσμοθεωρίας κατόπιν του γεγονότος, β) έντονος πόνος, αγωνία, φόβος & αναταραχή, τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και την οικογένεια ως σύνολο, καθώς και περιορισμός των κοινωνικών σχέσεων για να αποφευχθούν οι συζητήσεις περι του θέματος.

Τέλος, στην εθνογραφική μελέτη Barned (2006) στις ΗΠΑ είχε ως σκοπό τη διερεύνηση των επιπτώσεων αυτοκτονίας μέλους αφρικανο-αμερικάνικων οικογενειών. Ως κύρια θέματα αναφέρθηκαν: α) η απουσία επιθυμίας ερμηνείας & νοηματοδότησης του γεγονότος, β) ο έντονος κοινωνικός στιγματισμός, και γ) η απουσία πολιτισμικής ευαισθησίας & πολιτισμικής επάρκειας δομών στήριξης, συμπεριλαμβανομένης της εκκλησίας, η στήριξη προήλθε από το φιλικό περιβάλλον και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

2.4 Συνοπτική παρουσίαση μετασύνθεσης με τη μεθοδολογία της μετά-εθνογραφίας σχετικά με τη βιωμένη εμπειρία μελών της οικογένειας που έχασαν ένα μέλος τους από αυτοκτονία

Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, η βιωματική εμπειρία μελών της οικογένειας που πενθούν από την αυτοκτονία ενός μέλους τους, αποτελεί μια τραυματική εμπειρία ζωής. Η εμπειρία των συγγενών που έχουν πεθάνει από αυτοκτονία διαμορφώνεται γύρω από την προσπάθειά τους να κατανοήσουν την πράξη αυτή και στην προσπάθειά τους να διαχειριστούν ή και να ξεπεράσουν τις συνέπειες που επιφέρει η αυτοκτονία. Συγκεκριμένα, η πλειονότητα των θεμάτων στις μελέτες που εξετάστηκαν επικεντρώθηκε στην ανάγκη των συμμετεχόντων να απελευθερωθούν από την αυτοκατηγορία και το βαθύ αίσθημα ευθύνης που ένιωθαν για την αυτοκτονία του συγγενή τους, καθώς και από την κοινωνική κριτική (Zavrou et al., 2022). Η μετά-εθνογραφία είναι μια ερμηνευτική προσέγγιση που έχει τη δυνατότητα να παρέχει υψηλότερο επίπεδο ανάλυσης και να δημιουργήσει νέα θεωρία, με βάση προηγούμενα

αναφερόμενα στοιχεία, διατηρώντας παράλληλα τις ερμηνευτικές ιδιότητες των πρωτογενών δεδομένων (Paterson, 2011; Dixon-Woods et al., 2004; Noblit & Hare, 1988). Αυτή η μέθοδος σύνθεσης δεδομένων επιλέχθηκε έναντι άλλων (π.χ. θεματική σύνθεση) λόγω της οντολογικής της θέσης στον ιδεαλισμό, η οποία περιλαμβάνει το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο λαμβάνουν χώρα τα φαινόμενα (Pohontsch et al., 2021)

Αυτή η μελέτη περιλάμβανε τρεις ξεχωριστές φάσεις: α) συστηματική αναζήτηση βιβλιογραφίας για τον εντοπισμό σχετικών μελετών, β) κριτική αξιολόγηση των επιλεγμένων μελετών και γ) μετά-εθνογραφική σύνθεση των αποτελεσμάτων που αναφέρθηκαν στις αναθεωρημένες μελέτες (Noblit & Hare, 1988).

Πραγματοποιήθηκε μια προσχεδιασμένη, περιεκτική αναζήτηση της βιβλιογραφίας (Αύγουστος 2021 - Δεκέμβριος 2021) στις βάσεις δεδομένων στις οποίες είναι ευρετηριασμένα περιοδικά ψυχικής και ψυχολογικής υγείας με συναφείς επιστήμες, π.χ. Pubmed , Medline, PsychInfo , CINAHL και Scopus. Οι λέξεις-κλειδιά «οικογένεια», βιωμένη εμπειρία», «αυτοκτονία», «ολοκληρωμένη αυτοκτονία», «ποιοτικές μελέτες», «πένθος», «θρήνο», «θρήνο», «γονείς», «αδέρφια», σε όλους τους πιθανούς συνδυασμούς.

Από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας επιλέχθηκαν τελικά 16 μελέτες οι οποίες πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής (παράρτημα IX).

Οι μελέτες που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης, αξιολογήθηκαν ως προς τη μεθοδολογική τους ποιότητα προτού συμπεριληφθούν στο τελικό δείγμα. Εφαρμόστηκε η λίστα ελέγχου των ενοποιημένων κριτηρίων αναφοράς ποιοτικής έρευνας (COREQ). Μεταξύ των πολυάριθμων, καλά επικυρωμένων εργαλείων για την αξιολόγηση της μεθοδολογικής ισχύς των ποιοτικών μελετών, το εργαλείο COREQ έχει εφαρμοστεί εδώ επειδή είναι απλό στη χρήση, εφαρμόζεται ευρέως σε διάφορους κλάδους και το πιο σημαντικό αντιμετωπίζει τόσο μεθοδολογικά όσο και συνάφεια ζητήματα.

Ερμηνεία Αποτελεσμάτων:

Οι συμπεριλαμβανόμενες μελέτες είχαν ποικίλους σχεδιασμούς. Οι περισσότεροι χρησιμοποίησαν τη φαινομενολογική προσέγγιση (n=6), η μία ήταν εθνογραφική μελέτη (n=1), δύο βασίστηκαν σε προσέγγιση θεμελιωμένης θεωρίας (n=2) και τέσσερις στη θεματική ανάλυση (n=4). Δύο ακολούθησαν την αφηγηματική προσέγγιση (n=2) και ένα εφάρμοσε

προσέγγιση μικτών μεθόδων (n=1). Τα παρόντα αποτελέσματα βασίζονται σε αφηγήσεις 326 ατόμων που ήταν γονείς, αδέρφια, παιδιά ή σύζυγοι του αποθανόντος. Οι «συμμετέχοντες» στις μελέτες που ανασκοπήθηκαν καθώς και η παρούσα μελέτη προέρχονταν από διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα και γεωγραφικές περιοχές όπως Αφρικανοί- Αμερικανοί , Κινέζοι , Ιάπωνες, Σουηδοί, Ιρλανδοί, Άγγλοι, Κορεάτες, Ισλανδοί, Δανοί, Βραζιλιάνοι και Αυστραλοί. Συνολικά, ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα αντιλήφθηκαν και ερμήνευσαν την αυτοκτονία ενός μέλους της οικογένειας αντικατόπτριζε ένα περίπλοκο φαινόμενο, που περιγράφεται κυρίως ως τραυματική εμπειρία. Η ανάγκη να ξεπεράσουν την καταστροφή, σταδιακά, οδήγησε τους συμμετέχοντες να προσπαθήσουν να επιτύχουν μια ισορροπία μεταξύ της διατήρησης ζωντανής μιας μη τραυματικής ανάμνησης του αποθανόντος στη προσπάθεια να από-στιγματιστούν, απελευθερωθούν από την αυτοκριτική και την ενοχή. Παράλληλα, επιδίωκαν την κάθαρση μετατρέποντας την εμπειρία τους σε υποστήριξη προς άλλους που έχουν ανάγκη. Αυτή η σύνθεση αναγνωρίστηκε ως η ουσία της εμπειρίας των μελών της οικογένειας που πενθούν από την αυτοκτονία. Στον Πίνακα 3, του παραρτήματος VII, φαίνεται η κατανομή των θεμάτων δευτέρου και τρίτου επιπέδου στις επιλεγμένες μελέτες.

A) Ερμηνείες της εμπειρίας της απώλειας από την αυτοκτονία ενός μέλους της οικογένειας

Η ερμηνεία της εμπειρίας της απώλειας από την αυτοκτονία ενός μέλους της οικογένειας περιστράφηκε γύρω από το νόημα των συμμετεχόντων σχετικά με την αιτιολογία και τους παράγοντες που σχετίζονται με το γεγονός της αυτοκτονίας. Η περιγραφή της αυτοκτονίας περιεγράφηκε ως μια πράξη δύσκολη της κατανόησης. Οι συμμετέχοντες, απελπισμένοι από τη φύση της απώλειας, ασχολούνταν με αδιάκοπες σκέψεις σχετικά με το γεγονός, καθώς δεν μπορούσαν να βρουν καμία αιτιολόγηση του λόγου που έγινε αυτή η τραγωδία (Barnes, 2006; Begley & Quayle, 2007; Dutra et al, 2018; Entilli et al., 2021; Hybholt et al., 2020; Kawashima & Kawano, 2017; Lee et al., 2019; Lindqvist et al., 2008; Ross et al., 2018; Shields et al., 2019; Sugrue et al., 2014; Tzeng et al., 2010; Wainwright et al., 2020). Τις περισσότερες φορές, η ανάγκη για αποδείξεις και ικανοποιητικές απαντήσεις δεν ικανοποιήθηκαν ακόμη και αν υπήρχε σημείωμα αυτοκτονίας σχετικά με τους λόγους για τους οποίους το αγαπημένο τους πρόσωπο οδηγήθηκε στην αυτοκτονία.

«Ήταν η μία ερώτηση μετά την άλλη. Ήμουν πολύ απαιτητικός με τις ερωτήσεις. Ήθελα απαντήσεις. Ήθελα βοήθεια με τις απαντήσεις. Πες μου γιατί πέθανε ο γιος μου» (Shields et al., 2019, σ. 11)

Επιπλέον, στη μελέτη των Lindqvist et al. (2008), περιγράφεται ότι ήταν δύσκολο για τους γονείς των εφήβων που αυτοκτόνησαν να κατανοήσουν τα προβλήματα που απασχολούσαν τα παιδιά τους και τις συνθήκες που τα οδήγησαν σε αυτό. Οι προκλήσεις αυτής της ηλικιακής περιόδου, συμπεριλαμβανομένων των θεμάτων με τις σεξουαλικές σχέσεις, την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και τα προβλήματα με τους συνομηλίκους, ήταν μερικοί από τους πιθανούς παράγοντες που περιγράφηκαν για να δικαιολογήσουν την αυτοκτονία.

Προσπαθώντας να δώσουν ένα νόημα στο γεγονός, οι συμμετέχοντες ερμήνευσαν την αυτοκτονία ως μια παρορμητική πράξη ως απάντηση σε ένα μοναδικό γεγονός που οδηγεί το άτομο να θεωρήσει ότι δεν είχε άλλη επιλογή. Αποκαλύφθηκε επίσης η πεποίθηση ότι η αυτοκτονία μπορεί να ήταν και αποτέλεσμα μιας μη διαγνωσμένης ψυχικής διαταραχής (Begley & Quayle, 2007).

«Δεν ξέρω γιατί. Δεν θα μάθουμε ποτέ γιατί. Απλά πώς [...], θα έλεγα ότι κάποιος τον πλήγωσε εκείνο το βράδυ. [...] Δεν μπορούσε να το χειριστεί. Τέτοιος τύπος ήταν. Δεν είχε κατάθλιψη ή κάτι τέτοιο». (Begley & Quayle, 2007)

Δεδομένου ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν ήταν σε θέση να εντοπίσει επαρκείς λόγους για την αυτοκτονία, κατηγορούσαν είτε τον εαυτό τους είτε άλλους (Barnes, 2006; Kawashima & Kawano, 2017; Lee et al., 2017; Ross et al., 2018; Shields et al., 2019; Spillane et al., 2018; Tzeng et al., 2010), ενώ αναρωτιόντουσαν κατά πόσο θα μπορούσαν να είχαν αποτρέψει το συμβάν. Μια αλληλεπίδραση μεταξύ αυτοκατηγορίας και αυτο-τιμωρίας θεμελιώθηκε στη βάση της έλλειψης λογικής εξήγησης για την πράξη. Χαρακτηριστικό είναι ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες πίστευαν ότι η αυτοκτονία ήταν δικό τους λάθος, αναλαμβάνοντας την πλήρη ευθύνη για τη μη αποτροπή της, ακόμη και αν δεν είχαν παρατηρήσει προειδοποιητικά σημάδια ή δεν γνώριζαν παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας (Kawashima & Kawano, 2017; Ross et al., 2018; Spillane et al., 2018; Tzeng et al., 2010). Συγκεκριμένα, όταν ο θανών ήταν έφηβος, οι συμμετέχουσες μητέρες θεωρούσαν ότι ήταν υπεύθυνες για την αυτοκτονία του παιδιού τους, γεγονός που υποδήλωνε έλλειψη εμπιστοσύνης στον εαυτό τους. Αυτή η ερμηνεία εξέθρεψε συνεχώς συναισθήματα ενοχής και την αντίληψη της αποτυχίας ως γονέα (Begley & Quayle, 2007; Lee et al., 2019; Shields et al., 2019).

«Συνέβη επειδή δεν έκανα το καλύτερο δυνατό». (Tzeng et al., 2010, σ. 192)

Ωστόσο,, υπήρχαν συμμετέχοντες που περιέγραψαν μια σειρά από προκλήσεις που σχετίζονται με τη γονεϊκότητα, οι οποίες τελικά τους εμπόδισαν να αποτρέψουν την αυτοκτονία (Barnes,

2006). Αναφέρθηκε επίσης η επίρριψη ευθυνών σε άλλα μέλη της οικογένειας ή ακόμη και η κατηγορία ότι οι συγγενείς που αυτοκτόνησαν στο παρελθόν επέβαλαν καταστροφική επιρροή στην οικογένεια.

«Ο πατέρας μου ήταν πολύ πεισματάρης. Πίεζε πολύ τον αδελφό μου και τον έκανε να αισθάνεται περιορισμένος [...]» (Tzeng et al., 2010, σ. 192).

B) Στρατηγικές αντιμετώπισης και αντιλήψεις σχετικά με τις πηγές υποστήριξης

Πέντε από τις δεκαέξι από τις μελέτες που εξετάστηκαν ανέφεραν σαφώς δεδομένα σχετικά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης των συμμετεχόντων (Dutra et al., 2018; Lee et al., 2017; Ross et al., 2018; Shields et al., 2019; Sugrue et al., 2014). Όσον αφορά τον τόπο και τη δυναμική, οι στρατηγικές αυτές αντιμετωπίστηκαν ως προσωπικές, γνωστικές και συμπεριφορικές ή ως διαπροσωπικά υποστηρικτικά συστήματα, εξωτερικά προς τα μέλη της οικογένειας που έχουν πεθάνει από αυτοκτονία, καθώς και ως λειτουργικές ή δυσλειτουργικές και βοηθητικές ή μη βοηθητικές, αντίστοιχα.

Η αποφυγή του θέματος της αυτοκτονίας σημειώθηκε από τους συμμετέχοντες σε τέσσερις μελέτες (v=170) (Entilli et al., 2021; Maple et al., 2010; Ross et al., 2018; Shields et al., 2019), υποστηρίζοντας ότι αισθάνονταν άβολα να συζητήσουν την απώλεια του αγαπημένου τους προσώπου από αυτοκτονία με άλλα μέλη της οικογένειας, συμπεριλαμβανομένων των συντρόφων τους. Άλλοι περιέγραψαν την απογοήτευσή τους επειδή οι συγγενείς τους αρνήθηκαν να τους ανοιχτούν μετά την αυτοκτονία. Η κατάχρηση αλκοόλ σε καθημερινή βάση συμπεριλήφθηκε στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με τις εξομολογήσεις τους, το αλκοόλ τους βοηθούσε είτε να ξεχάσουν είτε να κοιμηθούν. Σε κάθε περίπτωση, οι δυσλειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης οδήγησαν σε περαιτέρω δυσκολίες όσον αφορά την προσπάθεια των συμμετεχόντων να επιστρέψουν στην κανονικότητα.

«Μπορεί να γυρίσω σπίτι και να πάθω πολύ, πολύ μεγάλη κατάθλιψη, όπως ο γιος μου. Αν γυρίσω σπίτι και πιώ δύο ποτά, και νιώθω - αγαπώ τη ζωή, είμαι τόσο ευτυχισμένος. Αλλά μετά απλά, αυτή η εμπειρία, μου αρέσει να πίνω μερικά ακόμα και μερικά ακόμα και μερικά ακόμα.» (Entilli et al., 2021)

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι στρατηγικές αντιμετώπισης των συμμετεχόντων αντανάκλυσαν την ανάγκη τους να διατηρήσουν έναν δεσμό με τον αποθανόντα, όπως και οι επισκέψεις στον τάφο. Άλλοι περιέγραψαν ότι η πίστη τους και οι επακόλουθες δραστηριότητες που σχετίζονται με τη θρησκεία τους βοήθησαν όχι μόνο να αντιμετωπίσουν

αλλά και να επιτύχουν έναν νέο, μη τραυματικό δεσμό με το αγαπημένο τους πρόσωπο (Dutra et al., 2018- Ross et al., 2018). Ένας συμμετέχων από την Ιαπωνία μίλησε για τη σημασία της πνευματικότητας στην αντιμετώπιση του καθημερινού πόνου κατά τη διάρκεια δύσκολων ημερών (Lee et al., 2019).

«Μια μάντισσα μου είπε ότι ο γιος μου δεν είναι πλέον γιος μου. Είναι κάπου και με παρακολουθεί από ψηλά. Ένιωσα σαν να με έσωσε αυτή η ιστορία.» (Lee et al., 2019, σ. 367).

Οι συμμετέχοντες που έλαβαν έγκαιρη υποστήριξη από μέλη της οικογένειας, φίλους και σημαντικούς άλλους, αισθάνθηκαν ευγνωμοσύνη και τη θεώρησαν βοηθητικό παράγοντα στη διαδικασία του πένθους τους. Παρομοίως, όσοι εξωτερίκευσαν τον "εσωτερικό τους κόσμο" σε άλλα μέλη της οικογένειας περιέγραψαν συναισθήματα ανακούφισης (Barnes, 2006 ;Begley & Quayle, 2007; Dutra et al., 2018; Kawashima & Kawano, 2017; Lee et al., 2019; Lindqvist et al., 2008; Ross et al., 2018; Tzeng et al., 2010).

Εξίσου, η συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης αυτοβοήθειας περιεγράφηκε ως θεραπευτική διαδικασία, καθώς ο συμμετέχων κέρδισε την αλληλεγγύη και την ενσυναίσθηση που δεν είχε λάβει από το κοινωνικό του δίκτυο (Barnes, 2006; Begley & Quayle, 2007; Dutra et al., 2018; Hybholt et al., 2020; Lee et al., 2017, 2019 ;Ross et al., 2018 ; Shields et al., 2019; Spillane et al., 2018; Wainwright κ.ά., 2020).

«Το βρήκαμε πολύ χρήσιμο ... ο καθένας λέει την ιστορία του και μπορείς να ανοιχτείς και να σου πουν πράγματα. Σταματάς να αισθάνεσαι ότι είσαι ο μόνος άτυχος άνθρωπος στον κόσμο. Ότι αυτό συμβαίνει και σε άλλους ανθρώπους, έστω και αν πρόκειται για μικρό αριθμό. Δεν είστε οι μόνοι, πράγμα που είναι παρήγορο να ξέρετε ότι υπάρχουν και άλλοι άνθρωποι (στην ίδια θέση)» (Ross et al., 2018, σ. 5).

Ακόμη, σχετικά με τις ομάδες αυτοβοήθειας, οι συμμετέχοντες μπορούσαν να εκφράσουν ελεύθερα τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους, γνωρίζοντας εκ των προτέρων ότι ούτε ο αποθανών ούτε οι ίδιοι θα επικρίνονταν και θα ντροπιάζονταν. Δεδομένου ότι οι συμμετέχοντες ένιωθαν αποδεκτοί, αποστιγματισμένοι και αξιολογημένοι, ένιωθαν επίσης λιγότερο ευάλωτοι (Barnes, 2006; Begley & Quayle, 2007; Hybholt et al., 2020; Lee et al., 2017, 2019; Ross et al., 2018; Shields et al., 2019; Spillane et al., 2018; Wainwright et al., 2020).

«Πήγα αρχικά επειδή θέλεις ένα είδος επικύρωσης ότι είσαι εντάξει, ότι δεν είσαι κακός γονιός, ότι δεν είναι αυτό που έκανες. Έτσι, πήγα σε αυτή την ομάδα, και κοιτάς όλους αυτούς τους

ανθρώπους που έχουν πενθήσει για το ίδιο πράγμα - μερικοί από αυτούς είναι γονείς, μερικοί είναι σύντροφοι, μερικοί είναι αδέρφια - και σκέφτεσαι στον εαυτό σου "λοιπόν, όλοι αυτοί μοιάζουν αξιοπρεπείς άνθρωποι, συμβαίνει" ...» (Wainwright et al., 2020).

Ο αντίκτυπος της παροχής βοήθειας σε άλλα άτομα που έχουν πεθάνει από αυτοκτονία ήταν τριπλός, όπως προκύπτει από τη μελέτη. Πρώτον, διευκόλυνε την αυτοανάπτυξη και τη νοσηματοδότηση της απώλειας, δεύτερον, θεωρήθηκε ως μέσο αυτοσυγχώρεσης και τρόπος συγχώρεσης του αποθανόντος και, τέλος, οι συμμετέχοντες που απελευθερώθηκαν από τις ενοχές και τις αυτοκατηγορίες φάνηκε να κερδίζουν ανακούφιση.

«Δεν θέλω ο θάνατος του συζύγου μου να μην έχει νόημα και έγινα πιο ώριμη μέσα από αυτή την εμπειρία και θέλω να στηρίζω άλλους επιζώντες αυτοκτονίας. Νομίζω ότι είναι ο τρόπος με τον οποίο μπορώ να συγχωρήσω τον εαυτό μου και να συγχωρήσω τον σύζυγό μου που μας άφησε [...] φαίνεται ότι τελικά ο τελικός στόχος προς τον οποίο πρέπει να προσπαθήσουμε ως επιζώντες της αυτοκτονίας είναι να συγχωρήσουμε τον εαυτό μας και να συγχωρήσουμε ο ένας τον άλλον». (Lee et al., 2017, σ. 10)

Αντίθετα, για εκείνους που δεν έλαβαν κανενός είδους υποστήριξη, η διαδικασία του πένθους έτεινε να εξελιχθεί σε δυσλειτουργικό πένθος, καθώς δεν μπορούσαν να συμβιβαστούν με την απώλειά τους. Συγκεκριμένα, μετά την αυτοκτονία, οι συμμετέχοντες αυτοί ζούσαν αρνούμενοι να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και συνέχιζαν τη ζωή τους σύμφωνα με τις υποδείξεις άλλων μελών της οικογένειας. Ορισμένοι από αυτούς τους συμμετέχοντες είχαν νοσηλευτεί λόγω συμπτωμάτων άγχους που σχετίζονταν με διαταραχή μετατραυματικού στρες. Άλλοι περιέγραψαν κατάθλιψη, εφιάλτες και αϋπνία, κακή συγκέντρωση και μούδιασμα ή σοκ, καθώς και καρδιαγγειακά προβλήματα και διατροφικές διαταραχές (Sugrue et al., 2014).

«Ο (αποθανών) γιος ήρθε μέσα ... και με ρωτούσε τι κάνω ... μου μιλούσε, του μιλούσα, ήταν εκεί σαν, καταλαβαίνεις τι λέω ... Νόμιζα ότι ήταν, ήμουν εκτός του κρεβατιού μου» (Spillane et al., 2018).

Γ) Ο αντίκτυπος της αυτοκτονίας και η σύνδεση με τις στρατηγικές αντιμετώπισης

Όσον αφορά τον αντίκτυπο της αυτοκτονίας στους συμμετέχοντες, οι επιπτώσεις περιγράφηκαν σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο. Το σημαντικότερο, αποκαλύφθηκε μια αλληλεπίδραση μεταξύ των επακόλουθων επιπτώσεων της αυτοκτονίας στα μέλη της οικογένειας των συμμετεχόντων και των στυλ αντιμετώπισης.

Ο έντονος πόνος, η θλίψη, η αγωνία, η ανασφάλεια, η ενοχή και το αυτοστιγματισμός περιγράφηκαν στα μέλη της οικογένειας που έχουν πεθάνει από αυτοκτονία (Barnes, 2006;

Begley & Quayle, 2007; Dutra et al., 2018; Entilli et al., 2021; Lee et al., 2019; Lindqvist et al., 2008; Tzeng et al., 2010).

«Είναι απελπιστικό, έχω χάσει τον πατέρα μου, έχω χάσει τη μητέρα μου, ένιωσα άσχημα, αλλά η αυτοκτονία του αδελφού μου ήταν φρικτική, φαίνεται ότι ο κόσμος μου κατέρρευσε, δεν ξέραμε τι να σκεφτούμε, δεν ξέραμε τι να πούμε, ήταν πολύ φρικτικό πράγμα, τρομερό συναίσθημα» (Dutra et al., 2018, σ. 2149).

Ως αποτέλεσμα, συχνά αναλάμβαναν το ρόλο του "προστάτη", υιοθετώντας μια "υπερπροστατευτική" συμπεριφορά απέναντι σε άλλα μέλη της οικογένειας, σε μια προσπάθεια να αντιμετωπίσουν την αγωνία τους (Begley & Quayle, 2007).

Αντίστοιχα με την ανάγκη τους να προστατεύσουν τα μέλη της οικογένειάς τους, οι συμμετέχοντες εξομολογήθηκαν επίσης ότι απέφευγαν να εκφράζουν τα συναισθήματά τους σε αυτά, επειδή δεν ήθελαν να τα αναστατώσουν ή να αμφισβητηθεί ο ρόλος τους ως γονέα από τα επιζώντα παιδιά τους. Το να προσποιούνται ότι όλα ήταν αρκετά καλά περιγράφηκε από τους συμμετέχοντες ως στρατηγική αντιμετώπισης για την προστασία της ακεραιότητάς τους. *«Δεν κλαίω μπροστά στα άλλα μου παιδιά [...] Παραμένω η μητέρα για τις κόρες μου, παρόλο που έχασα τον γιο μου. Έτσι, πρέπει να προσέχω να μην είμαι λυπημένη μπροστά τους [...]» (Lee et al., 2019, σ. 366).*

Οι δυσκολίες στην επικοινωνία αναφέρθηκαν σαφώς λόγω της στρατηγικής αντιμετώπισης των συμμετεχόντων να κρύβουν τα επώδυνα συναισθήματά τους σε μια προσπάθεια να προστατεύσουν τους άλλους. Η συνεχής απόκρυψη των πραγματικών συναισθημάτων τους φάνηκε να οδηγεί σε διακοπή της επικοινωνίας, σε συγκρούσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, αλλά κυρίως σε κλιμάκωση της ψυχολογικής δυσφορίας και σε έντονα αρνητικά συναισθήματα.

«[...] όλη η οικογένεια προσπαθεί να μαντέψει ο ένας τα συναισθήματα του άλλου από φόβο μήπως πληγώσει ο ένας τον άλλον [...]. Είναι δύσκολο να λέμε ψέματα. Όταν η επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας είναι δύσκολη, παρεξηγούμε ο ένας τον άλλον και τα χάσματα μόνο μεγαλώνουν [...]. Νιώθω ότι ο πόνος αυξάνεται και γίνεται χειρότερος. Λόγω του σοκ και της καταστροφής που βιώνουμε, όλοι είναι τόσο ευαίσθητοι και δημιουργούνται εύκολα συγκρούσεις» (Lee et al., 2017, σ. 693).

Συνολικά, οι οικογενειακές σχέσεις περιγράφηκαν ως τεταμένες, σαν να αγνοούσε το ένα μέλος την ύπαρξη του άλλου, ενώ οι συμμετέχοντες χρησιμοποίησαν τον όρο "αόρατη οικογένεια" για να περιγράψουν τη νέα δυναμική της οικογένειάς τους μετά την αυτοκτονία. Τα πενθούντα μέλη της οικογένειας δεν είχαν χάσει μόνο το αγαπημένο τους πρόσωπο, αλλά

και την ποιότητα των σχέσεων τους οδηγώντας έτσι τους ίδιους σε πιο έντονο πόνο (Tzeng et al., 2010).

«Η αυτοκτονία της μεγαλύτερης αδελφής μου μάς επηρέασε όλους αρκετά. Πριν από το περιστατικό, ο πατέρας μου και εγώ είχαμε καλές σχέσεις. Τώρα οι σχέσεις μας είναι εντελώς ψυχρές. Όταν συναντιόμαστε, αγνοούμε ο ένας τον άλλον και αντιμετωπίζουμε ο ένας τον άλλον σαν να είμαστε αόρατοι. Έχουμε μια συγγένεια αίματος, αλλά δεν μιλάμε ο ένας στον άλλο. Για περισσότερα από 10 χρόνια κανείς δεν είχε τα κότσια να μιλήσει για την αδελφή μου. Γίναμε πολύ απόμακροι» (Tzeng et al., 2010, σ. 190).

Συνολικά, ήταν εμφανής ο αντίκτυπος των δυσλειτουργικών σχημάτων επικοινωνίας στη βιωσιμότητα της οικογενειακής συνοχής, υποστηρίζοντας και πάλι μια συσχέτιση μεταξύ των στυλ αντιμετώπισης και των επακόλουθων επιπτώσεων της αυτοκτονίας στη δυναμική της οικογένειας. Η κακή αντιμετώπιση της απώλειας παρήγαγε δυσλειτουργικά σχήματα επικοινωνίας τα οποία επηρέασαν την ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων. Το αντίθετο ήταν επίσης εμφανές, καθώς οι συμμετέχοντες που περιέγραψαν ένα ανοιχτό στυλ επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας βίωσαν ανακούφιση και ανακούφιση από τον πόνο.

«Έχω μια καλή υποστηρικτική οικογενειακή ομάδα. Νομίζω ότι έχω μια αρκετά καλή οικογένεια και φιλίες ώστε να μπορώ να μοιράζομαι σκέψεις και συναισθήματα ... και μπορώ να μιλάω ανοιχτά μαζί τους» (Ross et al., 2018, σ. 5).

Επιπλέον, μετά την αυτοκτονία του μέλους της οικογένειάς τους, οι συμμετέχοντες περιέγραψαν ότι αγωνίζονταν σκληρά για να προχωρήσουν στη ζωή τους. Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες-γονείς θεωρούσαν ότι ήταν αδύνατο να επιστρέψουν στην κανονικότητα, καθώς παραδέχτηκαν ότι δεν περνούσε ούτε μια μέρα χωρίς να σκέφτονται την αυτοκτονία του παιδιού τους (Hybholt et al., 2020; Lindqvist et al., 2008; Spillane et al., 2018). Αναφέρθηκε επίσης ότι οι επιζώντες που έχουν πεθάνει από αυτοκτονία δυσκολεύονταν να συμμετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες και να διατηρούν κοινωνικές σχέσεις, πόσο μάλλον ρομαντικές, οδηγώντας τους σε κοινωνική απομόνωση (Barnes, 2006; Begley & Quayle, 2007; Lee et al., 2019; Lindqvist et al., 2008; Maple et al., 2010).

«Η ζωή μου έχει αλλάξει στη γραμμή του να βγαίνω από εδώ και από εκεί, δεν ενδιαφέρομαι για κανενός είδους (κοινωνικά) πράγματα ή αγώνες ή κάτι τέτοιο» (Begley & Quayle, 2007, σ. 31).

Ορισμένοι συμμετέχοντες τόνισαν ότι η αδυναμία του κοινωνικού περιβάλλοντος να δείξει ενσυναίσθηση πολύ νωρίς μετά το θάνατο του συγγενή τους οδήγησε σε αισθήματα μοναξιάς

και επακόλουθη κοινωνική απόσυρση (Lindqvist et al., 2008). Απομακρύνθηκαν από τους φίλους και το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον, ιδίως όταν τους ζητήθηκε να ξεχάσουν την αυτοκτονία του αγαπημένου τους προσώπου και να προχωρήσουν παρακάτω.

Άλλοι περιέγραψαν ότι η εμπειρία της αυτοκτονίας εντός της οικογένειας ήταν ένα ιδιωτικό και άκρως οικογενειακό ζήτημα, γεγονός που τους δυσκόλεψε να εξωτερικεύσουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους στον περίγυρό τους. Αυτή η "σιωπηλή ταλαιπωρία" ήταν επίσης μια στρατηγική για να αποφύγουν την κριτική και τον στιγματισμό από τους άλλους, κρατώντας τους επίσης μακριά από την κοινωνική ζωή (Begley & Quayle, 2007).

«Δεν λέω στον κόσμο ότι πέθανε από αυτοκτονία. Είναι αυστηρά προσωπική πληροφορία να πω ότι κάποιος πέθανε από αυτοκτονία. Νομίζω ότι είναι ο φόβος για τις προκαταλήψεις που έχουν οι άνθρωποι για το θέμα αυτό ή για το τι σκέφτονται αμέσως ή αν κρίνουν» (Begley & Quayle, 2007, σ. 30).

Αντίθετα, ορισμένοι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι τους ήταν αδιάφορο τι σκέφτονταν οι άλλοι, επειδή έπρεπε να παλέψουν με τις δικές τους ενοχές και ντροπή, αφήνοντας στην άκρη το κοινωνικό στίγμα (Lee et al., 2019; Lindqvist et al., 2008). Είναι ενδιαφέρον ότι μια μελέτη σε Αφροαμερικανούς επιζώντες από αυτοκτονία αποκάλυψε ότι η αυτοκτονία έγινε αντιληπτή ως ατομική "αποτυχία" και ως ανεπάρκεια ολόκληρης της κοινότητας, με αποτέλεσμα να κατηγορείται και να στιγματίζεται κυρίως η κοινότητα (Barnes, 2006). Το εύρημα αυτό ανέδειξε τις πολιτισμικές διαφορές όσον αφορά τόσο την ερμηνεία της αυτοκτονίας όσο και τη διαδικασία του πένθους (Barnes, 2006; Lee et al., 2019). Παρά τις πολιτισμικές διαφορές, η ανάγκη για μια επαρκή περίοδο πένθους περιγράφηκε ως απαραίτητη.

«Υπάρχει μια ανάγκη που αισθάνομαι ότι δεν αναγνωρίζεται. Οι άνθρωποι έχουν ανάγκη να θρηνήσουν, είτε επειδή έχασαν το σπίτι τους, (...) είτε επειδή έχασαν τη δουλειά τους ... οτιδήποτε ... αλλά εμείς, ως νέγροι, τείνουμε να μην το κάνουμε» (Barnes, 2006, σ. 20).

Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν επίσης μια θετική επίδραση της αυτοκτονίας σε αυτούς. Για παράδειγμα, οι Αφροαμερικανοί ανέφεραν ότι προσπάθησαν να δουν διαφορετικά τις προοπτικές τους και να θέσουν νέες προτεραιότητες, ενώ άλλοι περιέγραψαν μια μεταμόρφωση της κοσμοθεωρίας τους και των στάσεών τους (Barnes, 2006; Begley & Quayle, 2007; Lee et al., 2017, 2019; Wainwright et al., 2020).

«[...] έχει αλλάξει τόσο πολύ μετά την αυτοκτονία, είναι πολύ πιο ανοιχτός τώρα» (Begley & Quayle, 2007, σ. 91).

Συνολικά, οι συμμετέχοντες περιέγραψαν πώς η απώλειά τους τους βοήθησε να επαναξιολογήσουν τη ζωή τους και να υποστηρίξουν τη συναισθηματική και πνευματική τους

ανάπτυξη. Κυρίως, οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι απέκτησαν ευαισθητοποίηση απέναντι σε όσους χρειάζονται βοήθεια και ότι ήταν πιο προσεκτικοί και ανοιχτοί στο να ακούν και να προσφέρουν βοήθεια στους άλλους- ενισχύθηκε ο προσανατολισμός προς τους άλλους με ουσιαστικό τρόπο. Τελικά, η μετατροπή του τραυματικού αντίκτυπου της αυτοκτονίας σε υπαρξιακή επανεκτίμηση της ζωής αποτέλεσε σημαντική στρατηγική αντιμετώπισης για τη διαχείριση του πένθους τους.

«Για μένα ήταν καθαρτικό (η προσφορά βοήθειας). Με βοήθησε να έχω έναν σκοπό. Όπως λέω, μάλλον έχω αναπροσαρμόσει αρκετά πράγματα στη ζωή μου, ή το έχουμε κάνει και οι δύο. Το να βοηθάς τους ανθρώπους να πάνε μπροστά, για μένα είναι σπουδαίο πράγμα και σίγουρα βοηθάει κάθε νέο άτομο να αντιμετωπίσει τις αβεβαιότητες της ζωής»(Ross et al., 2018, σ. 6).

Για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης μετά-εθνογραφία υπήρχε καθοδήγηση σύμφωνα με τις οδηγίες του ENTREQ «Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research» (παράρτημα VIII). Μέσω του εργαλείου ENTREQ, οι ερευνητές καθοδηγούνται αναφορικά με τα στάδια που συνήθως συνδέονται με τη σύνθεση της ποιοτικής έρευνας για την υγεία όπως είναι η αναζήτηση και επιλογή ποιοτικής έρευνας, αξιολόγηση ποιότητας και μέθοδοι σύνθεσης ποιοτικών ευρημάτων.

2.5 Μελέτες Τεκμηρίωσης Εμπειρίας της Θλίψης και του Πένθους Αυτοκτονίας

Συμπίπτοντας με τις παραδειγματικές αλλαγές στη θεωρία του πένθους και το αυξανόμενο ενδιαφέρον για ιδεογραφικές προσεγγίσεις του πένθους, έχει υπάρξει ένας αυξανόμενος όγκος ποιοτικής έρευνας που διερευνά την εμπειρία και το νόημα της απώλειας ενός αγαπημένου προσώπου λόγω αυτοκτονίας. Αυτή η έρευνα συμπληρώνει την παραδοσιακή ποσοτική έρευνα για την αξιολόγηση της συμπτωματολογίας του πένθους (Neimeyer & Hogan, 2001) και των επιπτώσεων του πένθους αυτοκτονίας από συνομηλίκους ή φίλους εφήβους. Ορισμένοι συγγραφείς έχουν δηλώσει, ότι οι ποιοτικές μελέτες προάγουν την κατανόηση της εμπειρίας του πένθους αυτοκτονίας σε συγκεκριμένες υποομάδες (Maple et al., 2014; Bartik et al., 2013; Maple et al., 2010) και παρέχουν στους επιζώντες φωνή για να επικοινωνήσουν το βίωμα τους χωρίς την επιβολή πλαισίου ή την ιδιότητα του ερευνητή (Edmonds & Hooker, 1992).

Σε βάθος χρόνου, φαινομενολογικές μελέτες θέλησαν να εξετάσουν τη διαδικασία του πένθους μετά απο αυτοκτονία σε πληθυσμό ενηλίκων (Begley & Quayle, 2007), εστιασμένες κυρίως στις εμπειρίες των πενθούντων γονέων (Walsh & McGoldrick, 1991) και στις έννοιες που αποδίδουν οι γονείς στην απώλεια και την προσαρμογή τους (Milo, 1997; Braun & Berg, 1994).

Μελέτες ποιοτικού χαρακτήρα, έχουν στοχεύσει στην εμπειρία του πένθους σε ενήλικες και στη σημασία της απώλειας ενός αγαπημένου προσώπου (Douglas, 2004; Muller & Thompson, 2003). Αυτές οι μελέτες, παρέχουν σημαντικές γνώσεις για τις εμπειρίες των πενθούντων, συμπεριλαμβανομένου του συναισθηματικού αντίκτυπου όπως η λύπη, τα αισθήματα ευθύνης, το σοκ, ο θυμός, ο πόνος και οι ενοχές. Εκτός από αυτό έδωσαν και πληροφορίες σχετικά με το τρόπο που τα άτομα αντεπεξέρχονται στο γεγονός της αυτοκτονίας μέσω γνωστικών και συμπεριφορικών στρατηγικών, πνευματικές πεποιθήσεις και της κοινωνικής υποστήριξης. Οι ανάγκες τους εστιάζονταν στην ανάγκη τους να αποκτήσουν νόημα στο γεγονός και να υπάρχει σύνδεση και υποστήριξη από άλλα άτομα. Όσο αφορά τις αλλαγές που βίωσαν αναφέρονται σε αναδιάρθρωση των αξιών της ζωής, έθεσαν νέες προτεραιότητες και εκτίμησαν περισσότερο τη ζωή τους μέσω προσωπικής ανάπτυξης με τη πάροδο του χρόνου.

Ο Fielden (2003) διεξήγαγε μελέτη στη Νέα Ζηλανδία σχετικά με το πένθος από αυτοκτονία.

Εξερεύνησε τι σήμαινε να χάσεις ένα μέλος της οικογένειας από αυτοκτονία παίρνοντας συνέντευξη από έξι ενήλικες (πέντε γονείς - τέσσερις μητέρες και ένας πατέρας και μια αδερφή) που είχαν χάσει γιους ή έναν αδερφό από αυτοκτονία μεταξύ 2-9 ετών.

Χρησιμοποιώντας μια ερμηνευτική προσέγγιση αναπτύχθηκε ένα μοντέλο θλίψης που έδειξε ότι το πένθος για αυτοκτονία είναι μια μεταμορφωτική διαδικασία με τους πενθούντες να κινούνται μέσω τεσσάρων τρόπων «είναι»: Πέταγμα, (βίωση του χάους, σοκ, δυσπιστίας, μούδιασμα και παράλυση), λειτουργία επιβίωσης (βίωση φόβου ότι δεν θα μπορούσατε να περάσετε μέσα από την εμπειρία, ζώντας με ντροπή, μομφή και στίγμα), λειτουργία αναζήτησης (διαχείριση των «γιατί», αναζήτηση ενδείξεων και εξηγήσεων, στοχασμός και ανάμνηση, ζωή με ενοχές και θυμό) και μετάβαση στη λειτουργία (δημιουργία μιας νέας ζωής, εστίαση της προσοχής στον εξωτερικό κόσμο ξανά).

Ο Fielden (2003) πρότεινε στους πενθούντες να βρουν νέους τρόπους κατανόησης και σχέσης με ή να «είναι» στον κόσμο. Συνέστησε τη μελλοντική έρευνα για διερεύνηση του πένθους με

διαφορετικούς επιζώντες, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο, εκείνων που είχαν διαφορετικές σχέσεις με τον αποθανόντα.

Αυτό το κεφάλαιο καθόρισε το ευρύ πλαίσιο και παρείχε το θεωρητικό πλαίσιο για το μελέτη. Διερευνούσε τις επιπτώσεις του κοινωνικοπολιτισμικού πλαισίου (όπως φιλοσοφικό, θρησκευτικό, πολιτιστικές απόψεις για την αυτοκτονία) σχετικά με τις εμπειρίες των επιζώντων στον απόηχο αυτού του γεγονότος ζωής. Επιπλέον, αυτό το κεφάλαιο ανασκόπησε την ποιοτική έρευνα σχετικά με τις εμπειρίες των επιζώντων αυτοκτονίας και τόνισε τα κενά στη γνώση και τις τρέχουσες συζητήσεις στη βιβλιογραφία. Με βάση την προηγούμενη έρευνα για το πένθος της απώλειας από αυτοκτονία, προτείνονται σημαντικά κενά στη γνώση που στοχεύει να αντιμετωπίσει αυτή η μελέτη.

3.ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

3.1 Εννοιολογικοί Ορισμοί

3.1.1 Αυτοκτονία

«Αυτοκτονία είναι η συνειδητή πράξη αυτοεξαφάνισης, που γίνεται καλύτερα κατανοητή ως μια πολυδιάστατη διαταραχή ενός ατόμου με ανάγκες, που καθορίζει ένα θέμα για το οποίο η πράξη της αυτοκτονίας θεωρεί ούτι είναι καλύτερη λύση» (Edwin Schneidman στο Kaplan, Sadock & Grebb, 2000, σελ. 2)

Η αυτοχειρία προέρχεται από τις λέξεις «αυτός» και «χείρ», δηλαδή αυτός που αφαιρεί την ζωή του με το χέρι του. Ο ταυτόσημος όρος «αυτοκτονία» προέρχεται από το «κτείνω», δηλαδή «φονεύω». Με άλλα λόγια, η αυτοχειρία ή η αυτοκτονία είναι μια συνειδητή πράξη από ένα άτομο, η οποία έχει στόχο τον ίδιο τον θάνατο του ή την καταστροφή του (Μπαμπινιώτη, 1998).

Μια άλλη διατύπωση του ορισμού είναι πως αυτοκτονία ονομάζεται ο θάνατος που προέρχεται άμεσα ή έμμεσα, από ενέργεια θετική ή αρνητική, στρεφόμενη κατά του δράστη, ο οποίος γνωρίζει εκ των προτέρων τα αποτελέσματα αυτής (Μεγάλη Ελληνική Εγκυκλοπαίδεια, 1956).

Στην επιστήμη της ψυχιατρικής, η οποία ασχολείται με της ψυχικές διαταραχές και την θεραπεία των αποκλινουσών ψυχολογικών συμπεριφορών, θα μπορούσε να ορίσει την αυτοκτονία, ως μια σοβαρή ανατροπή της ισορροπίας του συναισθήματος και των παρορμήσεων, η οποία δεσμεύει σε αφύσικο βαθμό τη βούληση, προκαλώντας μια τόσο βαθιά και οδυνηρή διατάραξη της κιναισθησίας, ώστε να εκμηδενίζει, ακόμα και το θεμελιώδες ένστικτο της αυτοσυντήρησης.

3.1.2 Αυτοκτονική συμπεριφορά

Αυτοκτονική συμπεριφορά είναι η προσπάθεια εκούσιας διακοπής της ζωής του ίδιου του ατόμου. Υπάρχουν δυο κυρίες κατηγορίες αυτοκτονικής συμπεριφοράς, οι ολοκληρωμένες αυτοκτονίες, κατά τις οποίες οι ενέργειες του ατόμου καταλήγουν στον θάνατο του και οι απόπειρες αυτοκτονίας. Ένα άτομο μπορεί να ανήκει και στις δυο κατηγορίες πληθυσμών (Beratis, 1986).

Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (Center for Disease Control and Prevention — CDC, 2018) αναγνωρίζει την αυτοκτονία ως μια ευρύτερης κατηγορίας συμπεριφοράς που ονομάζεται αυτοκατευθυνόμενη βία , η οποία αναφέρεται σε συμπεριφορά που σκόπιμα το άτομο οδηγεί σε τραυματισμό ή σε πιθανότητα τραυματισμού του ίδιου του εαυτού του. Η αυτοκτονία αποτελεί το αποτέλεσμα της αυτοκατευθυνόμενης θανατηφόρας συμπεριφοράς (CDC, 2018).

3.1.3 Απόπειρα αυτοκτονίας

Οι απόπειρες αυτοκτονίας έχουν οριστεί με διάφορους τρόπους κατά τη διάρκεια των ετών. Σύμφωνα με τον ορισμό που διατύπωσε ο Beck (1972), η απόπειρα αυτοκτονίας είναι μια κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο έχει εκτελέσει μια πραγματικά ή φαινομενικά απειλητική για τη ζωή του συμπεριφορά, με πρόθεση να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του ή να δώσει την εντύπωση μιας τέτοιας πρόθεσης, αλλά η οποία δεν είχε ως τελικό αποτέλεσμα το θάνατο.

3.1.4 Μη αυτοκτονικός αυτοτραυματισμός

Ο αυτοτραυματισμός είναι «η πράξη της εκ προθέσεως καταστροφής των ιστών του σώματος ενός ατόμου, μερικές φορές για να αλλάξει τον τρόπο που αισθάνεται» (Hawton, Saunders & O' Congo, 2012). Με τον όρο μη αυτοκτονικός αυτοτραυματισμός ή εκούσιος αυτοτραυματισμός αναφερόμαστε σε όλες εκείνες τις επιθετικές συμπεριφορές που εκδηλώνει ένα άτομο, όχι προς άλλους, αλλά προς τον ίδιο τον εαυτό του και δεν έχει σκοπό την αυτοκτονία. Έτσι μπορούμε να ορίσουμε τον μη αυτοκτονικό τραυματισμό ως οποιαδήποτε εκούσια συμπεριφορά που στρέφεται κατά του εαυτού του και προκαλεί την καταστροφή ανθρωπίνων ιστών (Κλημεντοπούλου, 2011). Σύμφωνα με τον Yates (2004) ο αυτοτραυματισμός ορίζεται ως αυτό-προκαλουμένη, άμεση, κοινωνικά απαράδεκτη καταστροφή ή αλλοίωση των ιστών του σώματος που εμφανίζεται απουσία συνειδητής πρόθεσης αυτοκτονίας.

Αυτή η συμπεριφορά μπορεί να εκδηλώνεται με ποικίλους τρόπους, όπως η λήψη φαρμάκων, το χαράκωμα δέρματος και υποκειμένων ιστών, το κάψιμο, οι βαθιές εκδορές, η παρεμπόδιση επούλωσης τραυμάτων και πληγών, τα τσιμπήματα ή χτυπήματα μερών του σώματος, η τριχοτιλλομανία, η κατάποση ακατάλληλων αντικειμένων και τοξικών ουσιών, το σεξ χωρίς προφύλαξη και πιο σπανία η εξόρυξη οφθαλμού και σπάσιμο κοκάλων. Τελευταία διαπιστώνεται και ένα άλλο είδος αυτοτραυματισμού οπού, κυρίως οι νέοι, ενταφιάζουν μεταλλικά, γυάλινα ή πλαστικά αντικείμενα στον υποδόριο ιστό ή και βαθύτερα (self-embedding) (Κλημεντοπούλου, 2011).

Ο αυτοτραυματισμός αποτελεί έναν τρόπο με τον οποίο το άτομο μαθαίνει να αντιμετωπίζει και να διαχειρίζεται τα πολύ έντονα συναισθήματα ή τις σκέψεις του. Σε άλλες περιπτώσεις, το άτομο βιώνει μια ανυπόφορη αηδόνια, κενό, αποξένωση από το βίωμά του, με αποτέλεσμα να επιδιώκει τον σωματικό πόνο ως ερέθισμα αφύπνισης, δημιουργεί ένα είδος αισθητηριακού σοκ. Σημαντικός παράγοντας στην πράξη του αυτοτραυματισμού αποτελεί, ασυνείδητα, η ανάγκη του ατόμου για έκκληση βοήθειας και φροντίδας προς το άτομό του. Η έκφραση εντόνου θυμού αποτελεί σιγουρά μια σοβαρή δυναμική του αυτοτραυματισμού και γενικότερα τα άτομα που εκδηλώνουν αυτή τη συμπεριφορά έχουν διαφορά αλλά ψυχολογικά προβλήματα που συμβάλλουν στη συναισθηματική ένταση και στις δυσκολίες που βιώνουν. Ακόμη, σε ορισμένες περιπτώσεις αυτοτραυματισμού αναφέρεται ότι το άτομο βιώνει μια κατάσταση αποπροσωποποίησης ή ψυχικής αποσύνδεσης. Την στιγμή του εντόνου ψυχικού πόνου ο τραυματισμός του σώματος προσφέρει την δυνατότητα «αποσύνδεσης» από το συναίσθημα,

παρέχει δηλαδή τη δυνατότητα να «φύγει» το άτομο από αυτό που νιώθει και να πιστέψει ότι ο πόνος προέρχεται από την πληγή του σώματος και της ψυχής (Patricia & Peter, 2011).

Υπάρχει κάποια διαφωνία σχετικά με το αν οι απόπειρες αυτοκτονίας και ο μη αυτοκτονικός αυτοτραυματισμός θα πρέπει να μελετώνται από κοινού ή όχι. Σε μελέτη των Nock et al. (2009) υποστηρίζει ότι ο μη τραυματικός αυτοτραυματισμός διαφέρει από την αυτοκτονική συμπεριφορά στο ότι εμφανίζεται κυρίως σε νέους ανθρώπους, υπάρχει χαμηλή θνησιμότητα, το χρόνιο πρότυπο της συμπεριφοράς, η αίσθηση της ανακούφισης μετά τη συμπεριφορά ως το κύριο λόγο και η χρήση διαφορετικών μεθόδων που χρησιμοποιούνται από το ίδιο άτομο. Επίσης, οι Silverman et al (2007) υποστηρίζουν και συμφωνούν ότι η προσπάθεια αυτοκτονίας διαχωρίζεται από τις αυτοτραυματικές συμπεριφορές χωρίς αυτοκτονική πρόθεση.

3.1.5 Υποβοηθούμενη από ιατρό αυτοκτονία

Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας του Αμερικανικού Ιατρικού Συλλόγου (1997), η υποβοηθούμενη από ιατρούς αυτοκτονία «συμβαίνει όταν ένας ιατρός διευκολύνει τον θάνατο ενός ασθενούς παρέχοντας τα απαραίτητα μέσα και/ή πληροφορίες για να μπορέσει ο ασθενής να εκτελέσει την τελική πράξη» (σ. 56). Ένας άλλος ορισμός που δόθηκε από την Foley (1995) είναι όταν ένας γιατρός παρέχει έναν «αιτιολογικό παράγοντα», τυπικά μια φαρμακευτική αγωγή, η οποία θα προκαλέσει το θάνατο του ασθενούς. Σύμφωνα και με τους δυο ορισμούς, η υποβοηθούμενη από ιατρούς αυτοκτονία, θεωρείται όταν ο γιατρός παρέχει τα αναγκαία ιατρικά μέσα ή πληροφορίες στον ασθενή, ώστε να επιταχύνει τον θάνατο και να τερματίσει τη ζωή του.

3.1.6 Πένθος

Ετυμολογία

Αρχική - Ριζική: πάσχω / πάσχω < αρχ. < πενθ-, παθ-σκ-ω>πάσχω | πας παθ πεν| Ετυμολογία: [<αρχ. πένθος < παθεῖν του πάσχω]

Πένθος < αρχ. < πενθ- < πάθ-σκω, πβ. μέλλ. πείσομαι < πένθ-σομαι

Η λέξη πένθος έχει τις ρίζες της στον παρακείμενο χρόνο πέπονθα της αρχαίας ελληνικής του ρήματος πάσχω. Στα γαλλικά στην λέξη πένθος αντιστοιχεί η λέξη deuil. Εξετάζοντας ετυμολογικά τον όρο, βλέπουμε ότι έχει τις ρίζες του στο γαλλικό ουσιαστικό douleur

(=πόνος), προερχόμενο από την λατινική λέξη *dolor* εκ του *deleo*, που σημαίνει αλγώ, δηλαδή πονώ, με ρίζα το αρχαιοελληνικό ρήμα δηλέομαι (= βλάπτω, πληγώνω). Στα γερμανικά, *das trauer*, προέρχεται εκ του ελληνικού τραγωδία (= πένθος - λύπη), στα αγγλικά *mourning*, εκ του *memor* (=μνήμων) εκ του ελληνικού μέρμερος, ο προξενών φροντίδα, ανησυχία. Στα ιταλικά, *lutto* (*lugubre* στα γαλλικά), εκ του λατινικού *lugeo* (= λυπώ, πενθώ), και αυτό εκ του ελληνικού λυγρός (= λυπηρός, πένθιμος) και λαιγός (= φθορά, θάνατος).

Ορισμός πένθους

Η έννοια του πένθους είναι ένα θέμα που έχει μελετηθεί από μια σειρά ψυχαναλυτών, αρχίζοντας με τον Σίγκμουντ Φρόιντ. Στο «Πένθος και Μελαγχολία» ο Φρόιντ (1917/1957) παρουσίασε μια σαφή και συνεπή θεωρία πένθους. Δήλωσε ότι αυτός που θρηνεί υποφέρει λόγω της εσωτερικής του σύνδεσης με το άτομο που πέθανε και ο στόχος του πένθους είναι να αποσπάσει αυτά τα συναισθήματα και τις συνδέσεις από το χαμένο πρόσωπο. Το αποτέλεσμα της διαδικασίας πένθους είναι ότι το «εγώ» ελευθερώνεται από τα προηγούμενα συνημμένα του και είναι έτοιμο να συνδεθεί με ένα νέο, ζωντανό πρόσωπο. Κάποιες ανασκοπήσεις σε ερευνητικά άρθρα σχετικά με το πένθος (Horowitz, 1990; Dietrich & Shabad, 1989) έδειξαν, ότι σε αυτά τα σημεία η πιο ψυχαναλυτική σκέψη παραμένει συνεπής με την αρχική θεωρία του Φρόιντ (Baker, 2001).

Η έννοια του πένθους χρησιμοποιείται συνήθως ως ένα έργο που απαιτείται απόσπαση από ένα χαμένο αγαπημένο πρόσωπο ή αντικείμενο. Για παράδειγμα, ο Worden (1991) όρισε πένθος ως «διαδικασία διαχωρισμού από το άτομο που πέθανε και προσαρμογή στην απώλεια» (σελ. 10). Ωστόσο, οι πιο πρόσφατοι ορισμοί υποδηλώνουν, ότι οι θρησκευόμενοι όχι μόνο δεν μετακινούνται και παραιτούνται από τη σχέση με τον χαμένο, αλλά συνεχίζουν να έχουν μια σχέση με το χαμένο άτομο ή αντικείμενο καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους (Webb, 2002). Αυτή η προσέγγιση είναι πολύ πιο ελπιδοφόρα και ικανοποιητική για τους συμβούλους που εργάζονται με τα άτομα που βιώνουν τη θλίψη της απώλειας. Αντί να προσπαθούν τα άτομα να «ξεπεράσουν» τα συναισθήματα θλίψης τους, οι σύμβουλοι είναι σε θέση να τους βοηθήσουν να επαναπροσδιορίσουν τη σχέση τους με το χαμένο αγαπημένο τους πρόσωπο ή αντικείμενο και να διατηρήσουν σημαντικές μνήμες.

Εν κατακλείδι, το πένθος είναι η κοινή, κοινωνική απάντηση στην απώλεια, η «θλίψη γίνεται δημόσια». Το πένθος παίρνει την εσωτερική θλίψη που νιώθει ένα άτομο και την εκτοξεύει με τη μορφή δράσης, συμβόλου, τελετής ή τελετουργίας που ενεργοποιεί την κοινωνική στήριξη.

Για παράδειγμα, μπορεί να εκφραστεί μέσω του κλάματος, να μιλάς για το θάνατο, να γράφεις για αυτό ή ακόμη και να χτυπάς κάτι.

Το πένθος θεωρείται μια φυσιολογική αντίδραση στα πλαίσια κάποιων αναμενόμενων συμπτωμάτων και μιας πορείας ως αποτέλεσμα μιας απώλειας που βιώνει το άτομο. Αρχικά το πένθος εκφράζεται με την κατάσταση του ατόμου σε σοκ, με μια αίσθηση μουδιάσματος και σύγχυσης. Η αδυναμία του ατόμου, με άλλα λόγια, να καταλάβει τι έγινε και είναι συνήθως σύντομη. Ακολουθείται από εκφράσεις πόνου και δυστυχίας, όπως κλάματα και φωνές, αν και στην δυτική κουλτούρα το στοιχείο αυτό του πένθους είναι λιγότερο συχνό, κυρίως στους άνδρες, και συνεχίζει με την είσοδο του ατόμου σε μια κατάσταση κατάθλιψης, στην οποία το άτομο χάνει το ενδιαφέρον του, δεν το ευχαριστεί τίποτα ενώ παράλληλα παρατηρούνται προβλήματα στην λήψη τροφής και στον ύπνο. Τέλος, το άτομο αποδέχεται την πραγματικότητα της απώλειας και μαθαίνει να ζει με αυτήν (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1996).

3.1.6.1 Θεωρίες πένθους

Πολλές θεωρίες έχουν αναπτυχθεί για να περιγράφουν την ψυχολογική και φυσιολογική διεργασία του πένθους. Μερικές θεωρίες ισχυρίζονται ότι αυτός που πενθεί υποφέρει, διότι δεν έχει επιλύσει την εσωτερική σύγκρουση που βιώνει και έχει αποτύχει να επανεπενδύσει σε μια νέα σχέση για το πως οι άνθρωποι που πενθούν περνούν κάποια στάδια πένθους.

Ψυχαναλυτική θεωρία

Οι πρώτες θεωρίες για την διεργασία του πένθους ανήκουν στην ψυχαναλυτική παράδοση και πιο συγκεκριμένα στις ψυχαναλυτικές απόψεις του Freud (1917, στο Kato & Mann, 1999). Με βάση τη θεωρία του, υποστηρίχθηκε ότι όλες οι σημαντικές σχέσεις ενός ατόμου αφορούν την επένδυση ενέργειας. Κατά τον Freud στην διαδικασία του φυσιολογικού πένθους τα άτομα αποσύρουν την λίμπιντο από το χαμένο αντικείμενο (τον νεκρό) και την επανεπενδύουν σε ένα νέο αντικείμενο (σε μια νέα σχέση). Αυτή η συμπεριφορά έχει ως στόχο να μειώσει τη συναισθηματική και ψυχολογική ένταση που συνδέεται με την απώλεια. Η αδυναμία του ατόμου να ολοκληρώσει αυτή τη διεργασία απόσυρσης ενέργειας με κατάλληλο τρόπο και σε συγκεκριμένο χρόνο σηματοδοτεί την έναρξη προβλημάτων (Bowlby, 1980).

Η θεωρία των σταδίων Kubler-Ross

Η Kubler-Ross (1969) υποστήριξε, ότι το άτομο διέρχεται από τις φάσεις της άρνησης, του θυμού, της διαπραγμάτευσης, της κατάθλιψης και της αποδοχής. Η φάση της άρνησης προστατεύει το άτομο που πενθεί από το να βιώσει την έκταση της νέας πραγματικότητας. Η άρνηση και το σοκ είναι φυσιολογικές αντιδράσεις αμέσως μετά την απώλεια. Ωστόσο, αρχίζουν να γίνονται ανησυχητικές, όταν εμμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Μόλις ο πενθών βγαίνει από την φάση της άρνησης, αρχίζει να αγωνίζεται να αποδεχθεί την νέα πραγματικότητα. Στην προσπάθειά του αυτή πολλές φορές εκδηλώνει θυμό καθώς συνειδητοποιεί την αδυναμία του να ελέγξει την απώλεια (Duffy, 2003). Έπειτα από την εμπειρία του θυμού, το άτομο που πενθεί συχνά προσπαθεί να διαπραγματευθεί για την επιστροφή του αγαπημένου του προσώπου που έχασε με υποσχέσεις αλλαγής στάσεων και συμπεριφορών. Όταν το άτομο που πενθεί αντιλαμβάνεται, ότι οι προσπάθειες διαπραγμάτευσης είναι μάταιες, βιώνει μια περίοδο κατάθλιψης ή έντονης απογοήτευσης. Στο τέλος ο αυτός που πενθεί αποδέχεται πλήρως την απώλεια και ξαναθυμάται το αγαπημένο του πρόσωπο χωρίς όμως να τον κατακλύζουν έντονα συναισθήματα. Σημάδια εμφανίζονται, όταν το άτομο που πενθεί ανακάμπτει και ξεκινά να επενδύει ξανά σε κοινωνικές δραστηριότητες παρουσιάζοντας θετικές προσδοκίες για το μέλλον (Kato & Mann, 1999).

Θεωρίες του άγχους

Οι θεωρίες του άγχους περιγράφουν το πένθος ως μια πολύ σημαντική στρεσογόνα εμπειρία. Σύμφωνα με αυτές, το πένθος είναι ιδιαίτερα στεσογόνο, γιατί απαιτεί ξεχωριστές ικανότητες προσαρμογής και αναπροσαρμογής απ' ότι άλλα γεγονότα στην ζωή του ανθρώπου. Η εμπειρία του πένθους επηρεάζει την ψυχική και σωματική υγεία με ευθύς ή λιγότερο άμεσους τρόπους. Η εμπειρία της απώλειας μπορεί να προκαλέσει άμεσες επιδράσεις. Συνδέεται με την απελευθέρωση της σεροτονίνης, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε ποικίλες ψυχικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη και το άγχος. Ακόμα άλλες άμεσες επιδράσεις συμπεριλαμβάνουν ενδοκρινολογικές αλλαγές, καρδιολογικές διαταραχές, ακόμη και εμφάνιση καρκίνου (Kato & Mann, 1999).

Η αξιολόγηση του γεγονότος ως στρεσογόνου μπορεί να οδηγήσει σε περισσότερες αρνητικές επιδράσεις απ' ό,τι εάν δεν γινόταν αντιληπτό ως αγχογόνο. Όσο αφορά τις συμπεριφορικές αλλαγές που ακολουθούν την απώλεια, συνδέονται με αλλαγές στο πρόγραμμα φαγητού,

άσκησης και ύπνου και συχνά επιφέρουν πολλά προβλήματα στο άτομο που τις βιώνει (Kato & Mann, 1999).

Επαγγελματίας ψυχικής υγείας στη διαχείριση του πένθους

Είναι ευρέως γνωστό το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι αναγκαίο να αναπτύξουν πνεύμα ανοχής και σεβασμού στις πεποιθήσεις, τις αξίες και τις πρακτικές από άλλες κουλτούρες καθώς και προθυμία να μάθουν από αυτές. Για παράδειγμα, όταν η τελική τελετή γίνεται μήνες ή χρόνια μετά την αρχική κηδεία, το γεγονός αυτό μπορεί να προλαμβάνει τον ατέλειωτο έντονο θρήνο. Οι κουλτούρες που τείνουν να δέχονται τα άτομα που πενθούν με τη βοήθεια των συνανθρώπων τους στη καθημερινή ζωή, δίνουν παράδειγμα και έναυσμα σε κάποιον που πενθεί να ζητήσει βοήθεια από τους άλλους. Οι γνώσεις αυτές είναι βέβαιο ότι θα βοηθήσουν τον επαγγελματία υγείας ακόμα και αν δεν ασχοληθεί ποτέ με πενθούντες από άλλες κουλτούρες, επειδή θα επηρεάσουν τόσο τον ίδιο όσο και τα άτομα, που ως επαγγελματίας υγείας, θα κληθεί να βοηθήσει στο να ανακαλύψουν εναλλακτικές λύσεις σε συνηθισμένα προβλήματα πένθους και να βρουν νέα μονοπάτια σκέψης για το πώς να αντιμετωπίσουν μια απώλεια (Maier-Lorentz, 2008).

Είναι η κατηγορία των επαγγελματιών υγείας που διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις σχετικά με θέματα που αφορούν το πένθος και τα στάδια αυτού. Η παρέμβαση και η επικοινωνία με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας γίνεται κατόπιν αιτήματος των ενδιαφερομένων. Επεμβαίνουν αφού έχει παρουσιαστεί το πρόβλημα, χωρίς να υπάρχει προηγούμενη επαφή με τον θλιμμένο ή το πρόσωπο το οποίο χάθηκε. Η ευαισθησία και η εμπάθυνση στα συναισθηματικά προβλήματα σε συνδυασμό με την παροχή ουσιαστικής βοήθειας είναι σημαντικής αξίας. Σε ιδιαίτερες περιπτώσεις μπορεί να γίνει παραπομπή σε ειδικούς ψυχιάτρους, με γνώσεις τόσο του πένθους όσο και τρόπους αντιμετώπισης της παθολογίας αυτών (Φάρος, 1993).

3.1.7 Θλίψη

Η θλίψη συχνά ορίζεται ως αντίδραση σε μια αντιληπτή απώλεια που μπορεί να περιλαμβάνει σωματικές αντιδράσεις (πόνους και σωματική δυσφορία), συναισθηματικές (αισθήματα θυμού, ανακούφιση, απελπισία ή θλίψη), γνωστικές (δυσκολίες συγκέντρωσης, όνειρα για το άτομο)

και πνευματικές απαντήσεις (αναγκάζουν να επαναξιολογήσουν τις πεποιθήσεις τους ή να αγωνίζονται να αποκτήσουν νόημα). Τόσο η εμπειρία όσο και η έκφραση της θλίψης είναι εξαιρετικά ποικίλες, μοναδικές και ιδιοσυγκρασιακές και η διαδικασία του πένθους μπορεί επίσης να περιλαμβάνει προσαρμογή στην απώλεια ενός σημαντικού άλλου, πένθος για την απώλεια και εσωτερικές και εξωτερικές διαδικασίες (Doka & Martin, 1998).

Η θλίψη εν ολίγης είναι τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές που ακολουθούν μια απώλεια καθώς αποτελεί μια διαδικασία και όχι ένα πρόβλημα.

Η θλίψη είναι μια φυσική απάντηση στην απώλεια. Είναι ο συναισθηματικός πόνος που αισθάνεται ένα άτομο όταν κάτι ή κάποιος που αγαπάει έχει πεθάνει. Συχνά, ο πόνος της απώλειας μπορεί να αισθανθεί ως συντριπτικός. Μπορεί να προκύψει ένα συνονθύλευμα συναισθημάτων, από το σοκ ή το θυμό σε δυσπιστία, ενοχή και βαθιά θλίψη. Ο πόνος της θλίψης μπορεί, επίσης, να διαταράξει τη σωματική υγεία, καθιστώντας δύσκολη την έλευση ύπνου, το φαγητό. Αυτές είναι οι φυσιολογικές αντιδράσεις στην απώλεια, που όσο πιο σημαντική είναι η απώλεια για το άτομο, τόσο πιο έντονη θα είναι η θλίψη του (Smith et al., 2019).

Με την πάροδο του χρόνου αναπτύχθηκε ένας πολλαπλασιασμός θεωριών που υπογράμμισαν τη σημασία διαφορετικών πτυχών των φαινομένων θλίψης, όπως: πώς οι άνθρωποι προσαρμόζονται στη θλίψη, η προσκόλληση και οι δεσμοί, η δημιουργία νοήματος και η προσωπική ανάπτυξη που προκύπτει από την εμπειρία του πένθους. Τα τελευταία 50 χρόνια υπήρξαν σημαντικές αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο η θλίψη έχει περιγραφεί και θεωρητικοποιηθεί σε κλάδους, όπως η θανατολογία και η αυτοκτονία (Hall, 2014). Για παράδειγμα, έχει γίνει μια απομάκρυνση από τις προσεγγίσεις της θλίψης που βασίζονται σε πρώιμο στάδιο (Parkes, 1996; Kubler-Ross, 1975) και τις προσεγγίσεις που βασίζονται σε καθήκοντα (Worden, 2008; Attig, 1996; Rando, 1993; Corr, 1992). Αυτές οι θεωρίες έχουν επικριθεί λόγω έλλειψης εμπειρικών αποδεικτικών στοιχείων για την ύπαρξη των καθολικών σταδίων και για τη μετάβασή τους ως αναγκαία για την ανάκτηση (Corr, 1993).

Οι πρώιμες θεωρίες και τα μοντέλα θλίψης έχουν επικριθεί για την ακαμψία τους και την αποτυχία τους να συλλάβουν την πολυπλοκότητα, την ποικιλομορφία και την ιδιότυπη ποιότητα της εμπειρίας του πένθους και των ποιοτικά διακριτών μονοπατιών μέσω του πένθους (Hall, 2014). Τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχει γίνει μια κίνηση προς την αναγνώριση της διαφορετικότητας στο πώς βιώνεται και εκφράζεται το πένθος και πώς τα πρότυπα

προσαρμογής επηρεάζονται από την ηλικία, το φύλο και την εθνικότητα (Martin & Doka, 2000). Αυτές οι ιδιογραφικές προοπτικές αναγνωρίζουν την πολυπλοκότητα του τρόπου με τον οποίο το ίδιο φαινόμενο (λύπη) βιώνεται και εκφράζεται διαφορετικά. Έχει επίσης δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στις κοινωνικές, πολιτιστικές και πνευματικές πτυχές της θλίψης. Οι σύγχρονες οπτικές γωνίες δεν βλέπουν πλέον τους πενθούντες σε παθητικό ρόλο ως «θύματα» ή «επιζώντες», αλλά τονίζουν ότι είναι ενεργοί συμμετέχοντες που έχουν σημαντικό ρόλο στην εκ νέου εκμάθηση του τρόπου ζωής στον κόσμο (Attig, 2004, 1996), που σημαίνει , προσαρμογή και αντιμετώπιση.

Η θλίψη είναι μια αναπόφευκτη, ατέρμονη διαδικασία που προκύπτει από μόνιμη ή προσωρινή διακοπή σε μια ρουτίνα, ένα χωρισμό, ή μια αλλαγή σε μια σχέση που μπορεί να είναι πέρα από το πρόσωπο που έχει τον έλεγχο. Αυτή η διαταραχή, αλλαγή ή διαχωρισμός προκαλεί πόνο και δυσφορία και επηρεάζει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές του ατόμου. Αν και η απώλεια είναι μια παγκόσμια εμπειρία, τα αίτια και οι εκδηλώσεις του είναι μοναδικά για κάθε άτομο και μπορεί να αλλάξει με την πάροδο του χρόνου (Fiorini & Mullen, 2006).

3.1.7.1 Μύθοι και γεγονότα σχετικά με τη θλίψη

1. Μύθος: Ο πόνος θα υποχωρήσει πιο γρήγορα αν το αγνοήσεις.
 - Γεγονός: Η προσπάθεια να αγνοηθεί ο πόνος ή να κρατηθεί από την επιφάνεια θα επιδεινωθεί μόνο μακροπρόθεσμα. Για πραγματική επούλωση, είναι απαραίτητο να αντιμετωπιστεί η θλίψη ενεργά με αυτό.
2. Μύθος: Είναι σημαντικό να "είσαι ισχυρός" απέναντι στην απώλεια.
 - Γεγονός: αισθήματα θλίψης, φόβος ή μοναχικότητα είναι φυσιολογικές αντιδράσεις της απώλειας. Το κλάμα δεν σημαίνει ότι είσαι αδύναμος. Δεν χρειάζεται να «προστατεύετε» την οικογένεια ή τους φίλους σας τοποθετώντας ένα γενναίο μέτωπο.
3. Μύθος: Αν δεν κλαίει το πρόσωπο που πενθεί, σημαίνει ότι δεν λυπάται για την απώλεια.
 - Γεγονός: Το κλάμα είναι μια φυσιολογική απάντηση στη θλίψη, αλλά δεν είναι η μόνη. Εκείνοι που δεν κλαίνε μπορεί να αισθανθούν τον πόνο εξίσου βαθιά με τους άλλους. Μπορεί απλώς να έχουν άλλους τρόπους να το δείξουν.

4. Μύθος: Η θλίψη πρέπει να διαρκεί περίπου ένα χρόνο.
- Γεγονός: Δεν υπάρχει συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο για θλίψη. Ο χρόνος που διαρκεί διαφέρει από άτομο σε άτομο.
5. Μύθος: Συνεχίζοντας με τη ζωή του ο πενθώντας σημαίνει ότι ξεχνά την απώλειά.
- Γεγονός: Συνεχίζοντας σημαίνει ότι έχει αποδεχτεί την απώλειά, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι ξεχνά. Ο πενθώντας μπορεί να προχωρήσει με τη ζωή του και να κρατήσει τη μνήμη του ατόμου που έχασε ως σημαντικό αναπόσπαστο μέρος της ζωής του.

3.1.7.2 Τύποι της θλίψης

Προβλεπτική θλίψη

Προβλεπτική θλίψη συμβαίνει όταν ένας θάνατος αναμένεται, αλλά μπορεί να συμβαίνει πριν πεθάνει το άτομο. Μπορεί να γίνει αισθητό από τις οικογένειες των θανόντων ή από το άτομο που πεθαίνει. Η προβλεπτική θλίψη βοηθά τα μέλη της οικογένειας να ετοιμαστούν συναισθηματικά για την απώλεια. Είναι η ώρα να αναλάβει και να τακτοποιήσει τις εκκρεμότητες με τον ετοιμοθάνατο άνθρωπο, όπως το να λένε «σ' αγαπώ» ή «σε συγχωρώ». Όπως η θλίψη που εμφανίζεται μετά το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου, έτσι και η προβλεπτική θλίψη περιλαμβάνει ψυχικές, συναισθηματικές, πολιτιστικές, και κοινωνικές αντιδράσεις. Ωστόσο, ο συγκεκριμένος τύπος θλίψης είναι διαφορετικός από αυτήν που εμφανίζεται μετά το θάνατο. Τα συμπτώματα της προβλεπτικής θλίψης περιλαμβάνουν τα εξής:

- Κατάθλιψη
- Το να νιώθεις μεγαλύτερη ανησυχία για τον ετοιμοθάνατο
- Να φαντάζεσαι πως θα είναι ο θάνατος του αγαπημένου σου
- Να ετοιμάζεσαι συναισθηματικά για το τι θα συμβεί μετά το θάνατο.

Αυτού του είδους η θλίψη μπορεί να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας, αλλά όχι τον ετοιμοθάνατο. Βοηθά τα μέλη της οικογένειας να αντιμετωπίσουν αυτό που πρόκειται να έρθει.

Για τον ασθενή όμως που πεθαίνει, μπορεί να είναι δύσκολη στη διαχείριση της και μπορεί να αναγκάσει το άτομο να αποσυρθεί από τους άλλους (NC1,2015).

Κανονική, ή κοινή θλίψη

Η κανονική, ή κοινή θλίψη, αρχίζει σύντομα μετά από μια απώλεια και τα συμπτώματα υποχωρούν με την πάροδο του χρόνου. Κατά τη διάρκεια της κανονικής θλίψης, ο πενθώντας κινείται προς την αποδοχή της απώλειας και είναι σε θέση να συνεχίσει την κανονική καθημερινή του ζωή, ακόμη κι αν είναι δύσκολο να το κάνει (NSI, 2015). Συχνές αντιδράσεις θλίψης περιλαμβάνουν:

- Συναισθηματικό μούδιασμα, σοκ, δυσπιστία ή άρνηση. Αυτά συμβαίνουν συχνά μετά το θάνατο, ειδικά εάν δεν αναμένεται ο θάνατος.
- Λύπη που οδηγεί στο κλάμα, αναστεναγμό, σε όνειρα, ψευδαισθήσεις και το άτομο ψάχνει χώρους ή πράγματα που μοιράστηκαν με τον αποθανόντα.
- Θυμός, είναι ένα κοινό συστατικό συμπεριλαμβανομένου του θυμού που μπορεί να κατευθυνθεί προς τους γιατρούς και άλλα μέλη της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης.
- Ενοχή, εσωτερικά κατευθυνόμενος θυμός, αντιμετωπίζει τους πενθούντες με ερωτήσεις για το:

Τι αν είχα;

Έκανα αρκετά;

Τι έκανα λάθος;

Τι έκανα για να το αξίζεις αυτό;

- Θλίψη και απελπισία
- Αδυναμία συγκέντρωσης ή επεξεργασίας πληροφοριών.
- Ενασχόληση με τον αποθανόντα.
- Διαλείπουσα άρνηση μπορεί επίσης να συμβεί.
- Κοινωνικές εκδηλώσεις αυτής της φάσης περιλαμβάνουν:
- Ανησυχία και αδυναμία να καθίσει ακίνητος.
- Έλλειψη ικανότητας να ξεκινήσει και να διατηρήσει οργανωμένα πρότυπα δραστηριότητας.
- Δυσκολία ολοκλήρωσης ή επικέντρωσης σε δουλειές κατά την εργασία του.
- Αποχώρηση από τα ίδια τα κοντινά του άτομα που θα μπορούσαν να τον βοηθήσουν.

- Φυσιολογικές ή σωματικές εκδηλώσεις της θλίψης:
- Ανορεξία και άλλες διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος.
- Απώλεια βάρους.
- Διαταραχές ύπνου.
- Κόπωση & αδυναμία.
- Παλμός.
- Καταστάσεις άγχους.
- Δύσπνοια.
- Πνευματικά θέματα:
- Η βασική αναζήτηση για το νόημα και την αξία της ζωής γίνονται ερωτήματα που πιθανόν να αντιμετωπίσουν οι πενθούντες.
- Δεν είναι συνώνυμο της θρησκείας, αλλά η θρησκεία είναι μια μορφή έκφρασης της πνευματικότητας.
- Η αίσθηση της εγκατάλειψης από το Θεό / ανώτερη δύναμη.
- Η αίσθηση του θυμού προς το Θεό /ανώτερη δύναμη.
- Φόβος για το άγνωστο.
- Εύρεση ένα κοσμικό πλαίσιο για να αντιμετωπίσει το άγνωστο-το μυστήριο του θανάτου (Librach & Abrahams, 2004).

Στη φυσιολογική θλίψη, τα συμπτώματα θα εμφανίζονται λιγότερο συχνά και θα τα αισθάνονται λιγότερο σοβαρά με το πέρασμα του χρόνου. Η ανάκτηση δεν συμβαίνει σε μια καθορισμένη χρονική περίοδο. Για τους περισσότερους πενθούντες που βιώνουν τη κοινή θλίψη, τα συμπτώματα μειώνονται μεταξύ 6 μηνών και 2 χρόνια μετά την απώλεια. Υπάρχουν αρκετές θεωρίες για το πως λειτουργεί μια κανονική διαδικασία πένθους. Οι ειδικοί έχουν περιγράψει διαφορετικούς τύπους και τον αριθμό των σταδίων που περνούν οι άνθρωποι κατά την διάρκεια αντιμετώπισης της απώλειας. Αυτή τη στιγμή, δεν υπάρχουν αρκετές πληροφορίες που να αποδεικνύουν, ότι μία από αυτές τις θεωρίες είναι πιο σωστή από τις υπόλοιπες. Αν και πολλοί άνθρωποι που πενθούν έχουν παρόμοιες απαντήσεις δεδομένου αντιμετωπίζουν τις απώλειές τους. Δεν υπάρχει καμία τυπική αντίδραση θλίψη αφού η διαδικασία θλίψης είναι προσωπική υπόθεση (NCI,2015).

Περίπλοκη θλίψη

Η κατάσταση της περίπλοκης θλίψης (Shear et al.,2011) που ονομάζεται επίσης παρατεταμένη διαταραχή θλίψης (Prigerson et al.,2009) επηρεάζει περίπου το 2% έως 3% του πληθυσμού παγκοσμίως (He et al.,2014 ; Kersting et al., 2011). Αυτή η κατάσταση χαρακτηρίζεται από έντονη θλίψη που διαρκεί περισσότερο από ότι είναι αναμενόμενο σύμφωνα με τους κοινωνικούς κανόνες και ότι προκαλεί βλάβη στην καθημερινή λειτουργία. Η περίπλοκη θλίψη μπορεί να ακολουθήσει την απώλεια οποιασδήποτε στενής σχέσης. Η δυστυχησμένη θλίψη έχει επιπολασμό περίπου 10 έως 20% μετά το θάνατο ενός ρομαντικού συντρόφου και μια ακόμα υψηλότερη επικράτηση μεταξύ των γονέων που έχουν χάσει τα παιδιά τους. Είναι πιο πιθανό όταν ένας θάνατος είναι βίαιος π.χ. με αυτοκτονία (Young et al., 2012; Mitchell et al.,2005), ανθρωποκτονία (Denderen et al.,2013) ή ατύχημα (Nakajima et al.,2012) και λιγότερο συχνό μετά την απώλεια γονέα, παππού, αδελφού ή στενού φίλου. Ο επιπολασμός της περίπλοκης θλίψης είναι υψηλότερος μεταξύ των γυναικών ηλικίας άνω των 60 ετών (Kersting et al.,2011).

Η κλινική εμπειρία δείχνει, ότι χωρίς θεραπεία τα συμπτώματα της περίπλοκης θλίψης μειώνονται αργά και μπορούν να παραμείνουν. Οι νευροψυχολογικές μελέτες έχουν δείξει, πως ορισμένες ανωμαλίες σχετίζονται με περίπλοκη θλίψη. Συμπεριλαμβάνονται και οι αλλαγές στη λειτουργία του συστήματος ανταμοιβής (σε απόκριση των υπενθυμίσεων του αποθανόντος) που ανιχνεύονται στη λειτουργική απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (O'Connor et.al, 2008), στις ανωμαλίες στην αυτοβιογραφική μνήμη (Robinaugh & McNally,2013), στα νευρωνικά συστήματα που εμπλέκονται στη συναισθηματική ρύθμιση (Gupta & Bonanno, 2011) και στη νευρογνωστική λειτουργία (O'Connor & Arizmendi, 2014 ; Hall et al.,2014). Περιπλεγμένος θρήνος σχετίζεται με άλλα προβλήματα υγείας, όπως η διαταραχή του ύπνου, η κατάχρηση ουσιών, η αυτοκτονική σκέψη, η συμπεριφορά και οι ανωμαλίες της ανοσολογικής λειτουργίας.

Μελέτες έχουν επίσης δείξει ότι σχετίζονται με αυξημένους κινδύνους καρδιαγγειακών παθήσεων και καρκίνου (Buckley et al, 2012). Η διαταραχή του ύπνου, ειδικότερα, μπορεί να συμβάλει σε άλλες αρνητικές συνέπειες για την υγεία από την όλο και αυξανόμενη θλίψη. Επιπρόσθετα, η περίπλοκη θλίψη μπορεί να παρεμποδίσει την τήρηση των συνταγογραφούμενων θεραπευτικών αγωγών για μια σειρά ασθενειών. Όπως και στην οξεία θλίψη, το χαρακτηριστικό της περίπλοκης θλίψης είναι επίμονη και έντονη λαχτάρα και θλίψη.

Αυτά τα συμπτώματα συνήθως συνοδεύονται από επίμονες σκέψεις ή εικόνες από το πάσχον και από αίσθημα δυσπιστίας ή αδυναμίας αποδοχής της οδυνηρής πραγματικότητας του θανάτου. Η φαντασία είναι συνηθισμένη και επικεντρώνεται συχνά σε θυμωμένες ή ένοχες επικρίσεις που σχετίζονται με τις περιστάσεις του θανάτου. Η αποφυγή περιπτώσεων που υπενθυμίζουν την απώλεια είναι επίσης συνήθης, όπως και η ανάγκη να κρατιέται ο θάνατος με τη συνεχή ανάμνηση ή με την προβολή, την επαφή ή τη μυρωδιά των απολεσθέντων προσώπων.

Οι άνθρωποι με περίπλοκη θλίψη συχνά αισθάνονται σοκαρισμένοι, αναισθητοποιημένοι ή συναισθηματικά μουνδιασμένοι και μπορεί να αποξενωθούν από τους άλλους λόγω της πεποίθησης, ότι η ευτυχία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το άτομο που πέθανε. Μπορεί να έχουν μειωμένη αίσθηση εαυτού ή δυσφορίας με έναν μεταβαλλόμενο κοινωνικό ρόλο και συχνά συγχέονται από την φαινομενικά ατελείωτη θλίψη τους. Οι φίλοι και οι συγγενείς είναι συχνά απογοητευμένοι που δεν μπορούν να βοηθήσουν, και μπορεί να γίνουν κρίσιμοι ή να σταματήσουν να έρχονται σε επαφή με τον αναστημένο, αυξάνοντας τα αισθήματα απομόνωσής του (Shear, 2015).

Η αιτία της περίπλοκης θλίψης είναι πιθανώς πολυπαραγοντική. Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν ιστορικό διαταραχών διάθεσης ή άγχους, κατάχρηση οινόπνευματος ή ναρκωτικών και πολλαπλές απώλειες. Η κατάθλιψη σε άτομα που θρηνούν κατά τη διάρκεια της τερματικής ασθένειας ενός αγαπημένου προσώπου (Allen et al., 2013) και η κατάθλιψη σε πρώιμο στάδιο της απώλειας (Guldin et al., 2011) αποτελούν πρόβλεψη σύνθετης θλίψης αργότερα σε πένθος. Προσωπικοί παράγοντες όπως αυτοί μπορούν να αλληλοεπιδρούν με τα χαρακτηριστικά της σχέσης με τον αποθανόντα ή με τις περιστάσεις, το πλαίσιο ή τις συνέπειες του θανάτου για την αύξηση του κινδύνου. Η απώλεια ενός ατόμου με το οποίο κάποιος έχει στενή σχέση μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολο, ιδιαίτερα αν το άτομο που έζησε έχει μια δύσκολη ανατροφή ή αν υπάρχουν ασυνήθιστα αγχωτικές συνέπειες του θανάτου, ανεπαρκής κοινωνική στήριξη, σοβαρές συγκρούσεις με φίλους ή συγγενείς ή μεγάλα οικονομικά προβλήματα μετά το θάνατο.

3.1.7.3 Φύλο, Υγεία και Θλίψη

Για να κατανοήσουμε πώς οι γονείς βιώνουν τη θλίψη και το πένθος μετά την αυτοκτονία του παιδιού τους, πρέπει να κατανοήσουμε πώς το φύλο, η υγεία και η θλίψη των γονέων διασταυρώνονται και επηρεάζουν τις εμπειρίες πένθους και θλίψης.

Το φύλο είναι ένα κοινωνικά κατασκευασμένο πολυδιάστατο κατασκεύασμα που αναφέρεται στους διαφορετικούς ρόλους, τις ευθύνες, τους περιορισμούς και τις εμπειρίες που ανατίθενται στα άτομα με βάση το φύλο/φύλο που παρουσιάζουν (Johnson & Repta, 2012). Το φύλο παράγεται, αναπαράγεται και διαμορφώνεται από θεσμούς όπως τα μέσα ενημέρωσης, η εκπαίδευση, τα ιατρικά, κοινωνικά και πολιτικά συστήματα. Οι ρόλοι των φύλων είναι οι κοινωνικοί κανόνες, κανόνες ή πρότυπα που υπαγορεύουν τις ευθύνες, τις ευκαιρίες, τους περιορισμούς και τις συμπεριφορές για άνδρες και γυναίκες (Johnson & Repta, 2012).

Το φύλο, η υγεία συνδέονται στενά (O'Neil, 2013; Evans et al., 2011) και οποιαδήποτε συζήτηση σχετικά με τις εμπειρίες των γονέων και τον αντίκτυπο του πένθους αυτοκτονίας πρέπει να λαμβάνει υπόψη αυτά τα πλαίσια. Το φύλο δεν διαμορφώνει μόνο τις συμπεριφορές υγείας των γονέων, και συνεπώς, τους τρόπους με τους οποίους αντιδρούν στην αυτοκτονία, αλλά και τα αποτελέσματα γεγονότων όπως η αυτοκτονία που έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία.

Ερευνητές έχουν επιστήσει την προσοχή στις διαφορές των φύλων στα αποτελέσματα της υγείας. Υποστηρίζουν ότι η συμμόρφωση των ανδρών στα παραδοσιακά, ηγεμονικά πρότυπα και η τοξική αρρενωπότητα είναι ένας πιθανός λόγος για τις εμπειρίες των ανδρών με αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία (Coleman, 2015; Beaglaich, Sarma & Morrison, 2013; Courtenay, 2000). Για παράδειγμα, οι άνδρες είναι πιο πιθανό από τις γυναίκες να εμφανίσουν χρόνιες παθήσεις, να πεθάνουν νεότεροι και να υιοθετήσουν πεποιθήσεις που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία τους (Courtenay, 2000). Είναι επίσης πιο πιθανό να συμμετάσχουν σε συμπεριφορές που διακυβεύουν την υγεία (κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών, βία, επικίνδυνη οδήγηση, μη ασφαλές σεξ) και που μπορούν να οδηγήσουν σε ασθένεια, τραυματισμό και θάνατο (Tyler & Williams, 2014). Επιπρόσθετα, οι άνδρες είναι λιγότερο πιθανό να αναζητήσουν βοήθεια για ένα ευρύ φάσμα θεμάτων υγείας, όπως κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών και σωματική αναπηρία (Tyler & Williams, 2014; Addis & Mahalik, 2003) και λιγότερο πιθανό να συμμετάσχουν σε

προσπάθειες για την πρόληψη της ασθένειας και τη συμμόρφωση με τις ιατρικές πρακτική (Courtenay, McCreary & Merighi, 2002).

Παρόμοιες τάσεις και ανισότητες στην υγεία και την ευημερία παρατηρούνται στους νέους άνδρες. Οι Randell et al. (2015) αναφέρουν ότι ένας μεγάλος όγκος ερευνών δείχνει επίσης ότι υπάρχουν σαφείς διαφορές μεταξύ των φύλων στην υγεία μεταξύ των εφήβων αγοριών και κοριτσιών, με τα αγόρια να είναι πιο πιθανό να εγκαταλείψουν το σχολείο, να εμπλακούν σε ατυχήματα, να γίνουν θύτες και θύματα βίας και έχουν υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονίας. Αυτές οι συμπεριφορές που διακυβεύουν την υγεία εντοπίζονται συχνότερα μεταξύ εκείνων που έχουν πεποιθήσεις για τον ανδρισμό που θεωρούνται παραδοσιακές, ηγεμονικές και τοξικές (Garfield, Issaco & Rogers, 2008).

3.2 Παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία

Η έρευνα των παραγόντων κινδύνου για αυτοκτονία έχει εντοπίσει αρκετούς παράγοντες που σχετίζονται με το θάνατο από αυτοκτονία. Οι παράγοντες κινδύνου μπορεί να είναι ατομικής ή περιβαλλοντικής φύσης. Οι μεμονωμένοι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, ψυχιατρικές ασθένειες (Agerbo, 2005), οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας (Agerbo, 2005) και σωματικά προβλήματα υγείας (Berkelmans et al., 2021; Guo et al., 2021). Η ψυχολογική αυτοψία χρησιμοποιείται συχνά ως αναδρομική αξιολόγηση παρουσίας οποιασδήποτε ψυχοπαθολογίας του αυτόχειρα μέσω της ανάκτησης πληροφοριών από συνεντεύξεις των συγγενών και τυχόν διαθέσιμων ιατρικών αρχείων. Χρησιμοποιώντας αυτή τη μέθοδο, οι ψυχιατρικές διαταραχές υπολογίζεται ότι υπάρχουν στο (87%) περίπου όσων πέθαναν από αυτοκτονία, οι ιδιαίτερα συναισθηματικές διαταραχές (43%) και οι διαταραχές ουσιών (23%) (Arsenault-Lapierre et al., 2004). Μια μετά-ανάλυση, που θέλησε να διερευνήσει τους παράγοντες που σχετίζονται με τη πράξη της αυτοκτονίας σε σχέση με τις ψυχιατρικές διαταραχές, έδειξε τη παρουσία διπολικής διαταραχής, οριακής προσωπικότητας και τη νευρική ανορεξία, να αποτελούν παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία (Chesney et al., 2014). Ωστόσο, αναφέρθηκε ότι αυτοκτονικές συμπεριφορές εμφανίζονται σε άτομα χωρίς εμφανή σημάδια (ή διάγνωση) οποιασδήποτε ψυχιατρικής διαταραχής. Παράγοντες όπως οικονομικά προβλήματα (Geulayon et al., 2019) και ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής (Chen et al., 2011), συμπεριλαμβανομένων δυσμενών συμβάντα στη παιδική ηλικία (Schaffer et al., 2016), σχετίζονται με το κίνδυνο αυτοκτονίας.

Επιπλέον, η κληρονομικότητα, οι επιπτώσεις των μέσων μαζικής ενημέρωσης, η πρόσβαση σε θανατηφόρα μέσα και οι προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας, είναι παράγοντες που φάνηκαν να έχουν αντίκτυπο στον κίνδυνο αυτοκτονίας (Fazel & Runeson, 2020). Μία ή περισσότερες προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας είναι ένας από τους πιο εδραιωμένους παράγοντες κινδύνους αυτοκτονίας (Bostwick et al., 2016). Η συχνότητα αυτοκτονίας είναι υψηλότερη κατά τα πρώτα χρόνια της απόπειρας, αλλά η παλαιότερη βιβλιογραφία δείχνει τον συνεχή κίνδυνο αυτοκτονίας για πολλά χρόνια μετά την απόπειρα αυτοκτονίας (Tidemalm et al., 2015).

3.2.1 Η χρήση των ΜΜΕ ως παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση αυτοκτονίας

Μελέτες δείχνουν ότι οι αναφορές των ΜΜΕ για αυτοκτονίες από διασημότητες, που λαμβάνουν σημαντική κάλυψη, μπορεί να προκαλέσουν μια σειρά από συναφείς αυτοκτονίες μόλις δημοσιοποιηθούν. Μια σημαντική ποσότητα αποδεικτικών στοιχείων δείχνει, ότι η είδηση των θανάτων από αυτοκτονία διασημοτήτων ακολουθείται από αύξηση των ποσοστών αυτοκτονίας, προτείνοντας μια μιμητή συμπεριφορά (Ueda et.al., 2017).

Αυτές οι αυξήσεις της θνησιμότητας από την αυτοκτονία συχνά αποδίδονται στην εντυπωσιακή και λεπτομερή κάλυψη των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης σχετικά με την είδηση της αυτοκτονίας (Colman, 2018). Αυτή η ταύτιση με τον αποθανόντα μπορεί να εξηγήσει, γιατί οι μιμητικές συμπεριφορές αυτοκτονίας εμφανίζονται συχνότερα στα άτομα που μοιράζονται παρόμοια δημογραφικά στοιχεία με τον διάσημο αποθανόντα, ιδίως όσον αφορά την ηλικία και το φύλο (Myung et al., 2015; Pitman et al., 2017). Επιπλέον, το γόητρο και η ομοιότητα μπορεί να αλληλεπιδράσουν για να επηρεάσουν τη μέθοδο που χρησιμοποιείται στις αυτοκτονίες αντιγραφής, καθώς μερικές έρευνες δείχνουν αύξηση του επιπολασμού της μεθόδου που χρησιμοποιήθηκε σε μια αυτοκτονία διασημοτήτων στην περίοδο μετά την αυτοκτονία (Colman, 2018).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, πρόσφατη μελέτη διαπίστωσε αύξηση κατά 10% στην αυτοκτονία τους μήνες μετά την αυτοκτονία του Robin Williams, ενός μεγάλου παγκόσμιου και διάσημου ηθοποιού, πέρα από ένα ήδη αυξανόμενο ποσοστό αυτοκτονίας σε επίπεδο πληθυσμού (Fink et al., 2018). Αυτή η αύξηση θα μπορούσε να οφείλεται σε ανεύθυνη αναφορά του θανάτου στα Αμερικανικά Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και κυρίως στην τάση να αναλυθούν οι μέθοδοι

που χρησιμοποιήθηκαν και να ρομαντικοποιηθεί το άτομο και η επακόλουθη αυτοκτονία (Whitley et al.2019).

Σε μελέτη που διαδραματίστηκε στην Ιαπωνία, συγκέντρωσε πάνω από 1 εκατομμύριο ξεχωριστά μηνύματα («tweets») που δημοσιεύθηκαν στο Twitter, τα οποία σχετίζονταν με 26 εξέχοντες θανάτους από αυτοκτονία το χρονικό διάστημα από το 2010 μέχρι 2014. Στόχος της συγκεκριμένης μελέτης ήταν να διερευνήσει εάν με την αναφορά αυτοκτονιών, που προκάλεσαν μεγαλύτερο επίπεδο αντιδράσεων στα ΜΜΕ, είναι πιθανό να ακολουθηθεί αργότερα αύξηση των πραγματικών αυτοκτονιών. Χρησιμοποιώντας την ανάλυση περιεχομένου (content analysis) ως μέθοδο ανάλυσης των δεδομένων, κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι οι αυτοκτονίες απο εξέχοντες προσωπικότητες ακολουθήθηκαν από την αύξηση των αυτοκτονιών μόνο όταν οι χρήστες του Twitter δημιούργησαν μεγάλη αντίδραση απο το συμβάν.

Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε αισθητή αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών όταν οι χρήστες του Twitter δεν έδειξαν ενδιαφέρον, ακόμη και όταν αυτοί οι θάνατοι καλύφθηκαν σημαντικά από τα παραδοσιακά μέσα ενημέρωσης (Ueda et al., 2017).

Στη μελέτη των Whitley et al. (2019) στόχευε να εξετάσει τη θνησιμότητα αυτοκτονίας στον Καναδά μετά από την αυτοκτονία του Robin Williams. Κατέληξαν ότι υπήρχε σημαντική αύξηση στη θνησιμότητα από αυτοκτονία στον Καναδά τους επόμενους μήνες μετά το θάνατο του. Τα ποσοστά αυτοκτονίας σε αυτούς τους μήνες ήταν υψηλότερα από αυτά που παρατηρήθηκαν κατά τους ίδιους μήνες των προηγούμενων ετών και υψηλότερα από τον προβλεπόμενο αριθμό αυτοκτονιών με βάση τις προβλέψεις των χρονοσειρών. Οι αυτοκτονίες που παρατηρήθηκαν είχαν να κάνουν με τον ίδιο τρόπο αυτοκτονίας, καθώς και σε κοντινή ηλικιακή ομάδα όπως του διάσημου ηθοποιού.

3.3 Επιπολασμός αυτοκτονίας & φύλο

Σε παγκόσμιο επίπεδο, το τυποποιημένο για την ηλικία ποσοστό αυτοκτονιών είναι 2,3 φορές υψηλότερο στους άνδρες (12,6 ανά 100.000) από ό,τι στις γυναίκες (5,4 ανά 100.000) (WHO, 2019). Διαφορές φύλου υπάρχουν και για το γεγονός της αυτοκτονίας και για την απόπειρα αυτοκτονίας, αλλά με αντίθετο πρόσημο. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά απόπειρας αυτοκτονίας από τους άνδρες, αλλά τα ποσοστά των αυτοκτονιών είναι συνήθως υψηλότερα στους άνδρες (WHO,2019).

Παρά το γεγονός ότι στους άρρενες έχουν επανειλημμένα βρεθεί αυτοκτονίες σχεδόν τέσσερις φορές μεγαλύτερο από το ποσοστό των γυναικών, που αντιπροσωπεύουν το 77,9% όλων των αυτοκτονιών, οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να έχουν αυτοκτονικές σκέψεις (Piscopo et al., 2016). Σύμφωνα με τα ίδια δεδομένα, η αυτοκτονία είναι η έβδομη κύρια αιτία θανάτου για τους άνδρες και η δέκατη τέταρτη στις γυναίκες.

Έχουν προταθεί αρκετές θεωρίες για να εξηγήσουν το παράδοξο σε σχέση με το φύλο.

Τέσσερις θεωρίες έχουν παρουσιαστεί από τον Moscicki (1994) και αξιολογήθηκε από τους Canetto και Sakinofsky (1998) και αφορούσε α) τη θνησιμότητα, β) τη μεροληψία ανάκλησης, γ) τη διαφορά στα ποσοστά κατάθλιψης και κατάχρησης αλκοόλ, και δ) τη κοινωνικοποίηση.

Η θνησιμότητα αναφέρεται στην εξήγηση ότι η μέθοδος διαφέρει μεταξύ των φύλων και ότι οι άνδρες όταν προβούν σε απόπειρα αυτοκτονίας χρησιμοποιούν συχνά πιο θανατηφόρες μεθόδους και επομένως πιο συχνά πεθαίνουν αυτοκτονώντας. Οι άνδρες είναι πιο πιθανό να επιλέξουν μια ιδιαίτερα θανατηφόρα μορφή αυτοκτονίας (π.χ., πυροβόλα όπλα), σε σύγκριση με τις γυναίκες που συνήθως επιλέγουν μια λιγότερο θανατηφόρα μορφή αυτοκτονίας (π.χ. φάρμακα). Περισσότεροι άνδρες αυτοκτονούν παρά γυναίκες, αλλά αυτή η διαφορά είναι λιγότερο έντονη στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Από αυτή την άποψη, δεν υπάρχουν διαφορές όσον αφορά την πρόθεση αυτοκτονίας.

Η θεωρία της ανάκλησης αναφέρεται στο ότι οι γυναίκες έχουν καλύτερη ανάκληση του ιστορικού υγείας τους σε σύγκριση με τους άνδρες και ως εκ τούτου δίνουν μια πιο ακριβή αναφορά απόπειρας αυτοκτονίας. Όσο αφορά τη θεωρία του διαφορετικού ποσοστού κατάθλιψης και κατάχρησης αλκοόλ υποδηλώνει ότι οι γυναίκες είναι πιο δεκτικές στη θεραπεία για την κατάθλιψη και την κατάχρηση αλκοόλ. Η τέταρτη προτεινόμενη θεωρία εξηγήσεων για το παράδοξο της διαφοράς του φύλου είναι οι διαφορές στην κοινωνικοποίηση, που η θηλυκότητα συνδέεται περισσότερο με τη μη θανατηφόρα αυτοκτονική συμπεριφορά ενώ η αρρενωπότητα συνδέεται περισσότερο με τον θάνατο από αυτοκτονία.

Οι συγγραφείς Canetto και Sakinofsky (1998) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι μεταξύ των αναθεωρημένων θεωριών, η θεωρία της κοινωνικοποίησης εξηγείται καλύτερα με τα διαθέσιμα δεδομένα που υπάρχουν κυρίως από τις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά. Έρευνα των Cho et al. (2013) θέλησε να διερευνήσει τις διαφορές των φύλων σε σχέση με τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης. Έδειξε ότι ενώ οι άνδρες, γενικά, διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας, οι γυναίκες απευθύνονται συχνότερα σε οποιαδήποτε μορφής υγειονομική

περίθαλψη μέσα στο έτος πριν την πράξη τους αυτοκτονίας. Επιπλέον παρουσιάστηκαν υψηλότερα ποσοστά γυναικών συγκριτικά με τους άντρες σχετικά με τη διάγνωση ψυχιατρικής διαταραχής (Cho et al., 2013).

3.3.1Επιπολασμός αυτοκτονίας & ηλικία

Σε παγκόσμιο επίπεδο, περισσότερες από τις μισές αυτοκτονίες που σημειώθηκαν πριν από την ηλικία των 50 ετών ήταν η τέταρτη κύρια αιτία θανάτου σε ηλικίες μεταξύ 15-29 ετών (WHO, 2019).

Με βάση τα δεδομένα που συλλέχθηκαν και αναφέρθηκαν από τους Piscopo et al. (2016) για τη Διοίκηση Υπηρεσιών Κατάχρησης Ουσιών και Ψυχικής Υγείας, ο επιπολασμός αυτοκτονίας είναι υψηλότερος μεταξύ των ενηλίκων ηλικίας 18 έως 25 ετών, ακολουθούμενος από ενήλικες, ηλικίας 26 έως 29 ετών και στη συνέχεια από ενήλικες, ηλικίας 50 ετών ή μεγαλύτερους.

Ενώ τα ποσοστά των ενηλίκων ηλικίας 26 ετών και άνω που αναφέρουν σκέψεις αυτοκτονίας ή σχέδιο αυτοκτονίας, ή που αυτοκτονούν φαίνεται να κρατούν σχετικά σταθερά την τελευταία δεκαετία, αυτά τα ποσοστά αυξάνονται αργά μεταξύ εκείνων, ηλικίας 18-25 ετών. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός μπορεί να αρχίσει νωρίς στην ανάπτυξη του ανθρώπου, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας. Συνολικά το 17,0% των μαθητών γυμνασίου των ΗΠΑ ανέφεραν ότι σκέφτηκαν σοβαρά να αυτοκτονήσουν το προηγούμενο έτος. Το 16,5% ανέφερε ότι είχε κάνει ένα σχέδιο για το πώς θα προσπαθούσαν, ενώ το 8,0% στην πραγματικότητα αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν, με το 2,7% να κάνει μια προσπάθεια η οποία στη συνέχεια απαιτούσε ιατρική φροντίδα (Piscopo et al., 2016). Όσο τραγικές και αν είναι αυτές οι στατιστικές, δεδομένου ότι οι νέοι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι, με τον υψηλότερο κίνδυνο για αυτοκτονία και τάσεις αυτοκτονίας, οι γονείς αυτών των νέων ανθρώπων διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο να πρέπει να αντιμετωπίσουν την απώλεια του παιδιού τους για αυτοκτονία. Πώς επηρεάζονται αυτοί οι γονείς; Πώς θρηνούν;

3.4 Κοινωνικοπολιτισμικές Απόψεις της Αυτοκτονίας

Το παρακάτω είναι μια επισκόπηση των ποσοστών των ενηλίκων που αναφέρουν βιώνει αυτοκτονικές σκέψεις στις ΗΠΑ με βάση τη φυλετική/εθνική ταξινόμηση: 2,9% Αφρικανός/Αφρικανός Αμερικανός, 3,3% Ασιάτης, 3,6% Ισπανόφωνος, 4,1% Καυκάσιος/Λευκός, 2,6% Ιθαγενείς Χαβανέζοι/άλλοι νησιώτες του Ειρηνικού, 4,8% Ιθαγενείς Αμερικάνοι/Αλασκάνοι Ιθαγενείς, 7,9% πολυφυλετικοί (Piscopo et al., 2000). Αυτές οι διαφορές στα ποσοστά μεταξύ ατόμων με διαφορετικό φυλετικό ή εθνοτικό υπόβαθρο δείχνουν τη σημασία των κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων που εμπλέκονται στην αυτοκτονική συμπεριφορά. Επιπλέον, οι διαφορές στον ιδεασμό αυτοκτονίας έχουν τεκμηριωθεί καλά σε διαπολιτισμικές μελέτες (Eshun, 2003). Επιρροές από πλαίσια, που κυμαίνονται από ασυμφωνίες στη χρηματοδότηση κυβερνητικών προγραμμάτων πρόληψης μέχρι διαφορές στη στάση της κοινότητας απέναντι στην αυτοκτονία, δεν μπορούν να αγνοηθούν όταν εξετάζονται συμπεριφορές αυτοκτονίας και πώς αυτές οι συμπεριφορές μπορούν να επηρεάσουν τους αγαπημένους τους.

Οι ψυχολογικές διαδικασίες (δηλαδή, ψυχική ασθένεια) που εμπλέκονται σε αυτοκτονικές συμπεριφορές συμβαίνουν μέσα σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο, το οποίο μπορεί να χρησιμεύσει για την προώθηση της ευπάθειας ή ίσως της προσαρμοστικότητας. Μερικοί θεωρητικοί, όπως ο Durkheim (1951), ισχυρίζονται ότι λόγω της κανονικότητας, της προβλεψιμότητας και της συνεπούς επικράτησης της αυτοκτονίας σε όλες τις κοινωνίες και σε όλη την ιστορία, αυτοκτονία είναι ένα κοινωνικό γεγονός. Ένα κοινωνικό γεγονός είναι ουσιαστικά οποιοδήποτε κοινωνικό φαινόμενο που ασκεί μια εξωτερική επίδραση σε ένα άτομο μέσα σε αυτήν την κοινωνία. Υπό τη φιλοσοφική προοπτική του Durkheim (1951/1897), η αυτοκτονία δεν είναι αποτέλεσμα ατομικής ψυχολογίας ή ψυχικής ασθένειας, αλλά μάλλον αποτέλεσμα κακής κοινωνικής ρύθμισης που αποτυγχάνει να ευθυγραμμίσει τους ατομικούς και συλλογικούς στόχους. Για παράδειγμα, η αυτοκτονία είναι πιο συνηθισμένη σε περιόδους οικονομικής δυσπραγίας, όταν υπάρχουν υψηλά ποσοστά απώλειας θέσεων εργασίας και ανεργίας (Chang, Stuckler, Yip & Gunnell, 2013).

Επομένως, η κοινωνική συνοχή συμβάλλει στον περιορισμό της αυτοκτονίας και η απόδειξη αυτού μπορεί να είναι, όπως φαίνεται από την κοινότητα των προστατευτικών αποτελεσμάτων (Morris, 2007) και τη θρησκεία (Cook, 2014) μια άσκηση πίεσης στα άτομα. Μια μελέτη που διεξήχθη από τους Kleiman και Liu (2014) βρήκε σε ένα δείγμα πάνω από 20.000 συμμετεχόντων, ότι τα άτομα που ανέφεραν συχνά ότι παρευρίσκονταν σε θρησκευτικές λειτουργίες ήταν σημαντικά λιγότερο πιθανό να υποκύψουν στην αυτοκτονία σε σύγκριση με

εκείνους που παρακολουθούσαν λιγότερο συχνά. Θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει ότι αυτό το αποτέλεσμα έχει να κάνει περισσότερο με τις θρησκευτικές διδασκαλίες για την αυτοκτονία, σε αντίθεση με το όφελος του αισθήματος που συνδέεται με τους άλλους μέσα στη θρησκεία. Παρόλα αυτά, τόσο οι ατομικοί όσο και οι κοινωνικό-πολιτισμικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην αυτοκτονική συμπεριφορά (Hoven, Mandell, & Bertolote, 2010), καθώς και στον τρόπο με τον οποίο τα εν ζωή αγαπημένα πρόσωπα των θυμάτων αυτοκτονίας βιώνουν την απώλεια (Cottle, 2000).

Συνεχίζοντας από την κοινωνιολογική προοπτική της αυτοκτονίας, η παρούσα μελέτη, όντας μια ανάλυση της γονικής θλίψης και της απώλειας αυτοκτονίας που προκύπτει από την αυτοκτονία ενός παιδιού, ασχολείται ειδικά με την κοινωνική στάση απέναντι στους γονείς ενός θύματος αυτοκτονίας. Αυτές οι συμπεριφορές μπορεί να είναι ισχυρές δυνάμεις στον τρόπο με τον οποίο μια οικογένεια και ιδιαίτερα οι γονείς, αντιδρούν και θλίβονται για την αυτοκτονία του παιδιού τους. Οι Lester και Akande (1994) και Eshun (2003) εξέτασαν το ρόλο των αρνητικών στάσεων αυτοκτονίας στην πρόβλεψη του αυτοκτονικού ιδεασμού μέσα σε μια συγκεκριμένη κουλτούρα. Ωστόσο, παραμένει ασαφές αν η χαμηλότερη επικράτηση των αυτοκτονικών συμπεριφορών σε κουλτούρες που διατηρούν αρνητικές συμπεριφορές γύρω από την αυτοκτονία οφείλεται στο ότι η κοινωνία στο σύνολό της αποδοκιμάζει την αυτοκτονία ανεξάρτητα από τις περιστάσεις ή είναι αποτέλεσμα της ελλιπούς αναφοράς για την αποφυγή του στίγματος. Το κοινωνικό στίγμα και η αυτοκτονία, όσον αφορά τους πενθούντες γονείς που έχασαν το παιδί τους από αυτοκτονία, θα συζητηθεί σε επόμενες ενότητες.

3.5 Γονεϊκή θλίψη και Αυτοκτονία

Αν και η απώλεια ενός παιδιού επηρεάζει το οικογενειακό σύστημα στο σύνολό του, η γονεϊκή θλίψη σημειώνεται από ειδικούς στον τομέα, ως ο πιο βαθύς και συντριπτικός τύπος θλίψης και ειδικότερα η μητρική θλίψη (Rando, 1986).

Οι γονείς δεν είναι ποτέ πραγματικά προετοιμασμένοι για αυτό το είδος απροσδόκητης απώλειας, καθώς θεωρείται αφύσικο για ένα παιδί να πεθάνει πριν από τους γονείς του (Davies, 2004). Μελέτη που συγκρίνει την ένταση των αντιδράσεων σε διάφορους τύπους απώλειας στην οικογένεια έχει διαπιστώσει ότι η απώλεια του παιδιού συνδυάζεται με θλίψη

πολύ πιο ακραία από τη θλίψη που προκύπτει από την απώλεια γονέα ή συζύγου (Sanders, 1988).

Επιπλέον, συναισθήματα ακραίας ενοχής και αδυναμίας μπορεί να προκύψουν από την αυτοκτονία ενός παιδιού λόγω του αισθήματος των γονέων ότι απέτυχαν στο ρόλο ως προστάτες (Kawashima & Kawano, 2017). Τα έντονα επίπεδα άγχους που προκύπτουν από το πένθος των γονέων έχει συσχετιστεί με φτωχότερα συνολικά αποτελέσματα υγείας και αυτή η συσχέτιση είναι ακόμη ισχυρότερη όταν η αιτία του θανάτου ήταν απροσδόκητη, όπως στην περίπτωση της αυτοκτονίας (Song et al., 2010).

3.5.1 Μητρική θλίψη

Υπάρχουν ουσιαστικά θεωρητικά, εμπειρικά στοιχεία που αποδεικνύουν τη βαθιά σοβαρότητα της θλίψης μετά την απώλεια του παιδιού όπως τη βίωσαν οι μητέρες. Αν και ελάχιστη έρευνα έχει διερευνήσει συγκεκριμένα πώς ακριβώς διαφέρει η μητρική θλίψη από την πατρική θλίψη, τα ευρήματα από εμπειρικές μελέτες και θεωρητικές προοπτικές συγκλίνουν για να παρέχουν κάποια εικόνα. Για να κατανοήσουμε τη διαφορετική εμπειρία των μητέρων που πενθούν από την αυτοκτονία του παιδιού της, πρέπει πρώτα να γίνει κατανοητή η ίδια η εμπειρία της μητρότητας.

Οι μητέρες δεν διαδραματίζουν μόνο ουσιαστικό ρόλο στη ζωή των παιδιών τους, αλλά συχνά φέρουν σημαντική ευθύνη για τη μετάδοση του πολιτισμού, της κουλτούρας, των κοινωνικών αξιών (Barlow & Chapin, 2010). Όπως συζητήθηκε προηγουμένως, καμία βιβλιογραφία μέχρι σήμερα δεν διερευνά το συγκεκριμένες διαφορές στη θλίψη και το πένθος των μητέρων και των πατέρων μετά το θάνατο του παιδιού τους και συγκεκριμένα από αυτοκτονία.

Προηγούμενες έρευνες που αξιολογούσαν τις αντιδράσεις των γονέων που πενθούν μετά τον θάνατο του παιδιού. Έχουν εντοπιστεί σταθερές ανισότητες στη σοβαρότητα των αντιδράσεων θλίψης και στους μηχανισμούς αντιμετώπισης. Διερευνήθηκε ότι οι μητέρες ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα θλίψης σε σύγκριση με τους πατέρες (Keesee, Curtier, & Neimeyer, 2008).

Σε πρόσφατη μελέτη των Martinčeková & Klatt (2017) αποτελούμενη από ημί-δομημένες συνεντεύξεις που διερευνούσαν τους παράγοντες που εμπλέκονται στη μετατραυματική ανάπτυξη που προκύπτει από τη μητρική θλίψη, τα αποτελέσματα αποκάλυψαν τη σημασία της

συγχώρεσης και της προσωπικής ανάπτυξης. Με άλλα λόγια, χωρίς τη παρουσία της συγχώρεσης προς: τον εαυτό τους, τον σύντροφο τους, τον Θεό και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, εμμένει το αίσθημα του θυμού, δημιουργώντας ένα εμπόδιο για τις μητέρες να προχωρήσουν. Ο συνεχής δεσμός με το νεκρό παιδί τους ήταν ένας σημαντικός τρόπος που βρήκαν όλες οι μητέρες κάποια παρηγοριά στην απώλειά τους.

3.5.2 Πατρική θλίψη

Η παρατηρησιμότητα της μητρικής θλίψης σε καμία περίπτωση δεν παραβλέπει ή ελαχιστοποιεί εκείνη των πατεράδων που πενθούν από την αυτοκτονία του παιδιού τους. Οι διαφορές μεταξύ των φύλων που περιγράφονται στους γονικούς ρόλους δεν είναι απαραίτητα άνισες.

Σε σύγκριση με τις μητέρες, οι πατεράδες αναφέρουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα θλίψης μετά από τον βίαιο θάνατο του παιδιού τους (Keesee, Currier, & Neimeyer, 2008). Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί, ότι οι αντιδράσεις θλίψης των πατεράδων εξακολουθούν να είναι πολύ σοβαρές, απλώς όχι τόσο σοβαρές όσο των μητέρων. Αναφέρουν, επίσης, ότι βιώνουν διαφορετικές συναισθηματικές αντιδράσεις μετά την αυτοκτονία του παιδιού τους. Σε αντίθεση με τις μητέρες, ένιωθαν πιο έντονα συναισθήματα θυμού, έχθρας και ανησυχίας (Wagner et al., 2000).

Οι Wagner et al. (2000) σε μια προσπάθεια να κατανοήσουν τα ευρήματα αυτά, σημείωσαν ότι οι πατεράδες, ενδεχομένως να είναι απρόθυμοι να παραδεχτούν συναισθήματα όπως άγχος και φόβος λόγω πολιτιστικών προτύπων αρρενωπότητας.

Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν, ότι η χρήση της θρησκείας και των ομάδων υποστήριξης βοηθά στην εύρεση νοήματος και οι πενθούντες μητέρες είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν και να επωφεληθούν από αυτούς τους πόρους παρά οι πατεράδες (Feigelman et al., 2018). Έτσι, η διαδικασία πένθους που εμπλέκεται στην πατρικό πένθος και θλίψη, δεν είναι τόσο κατανοητή όσο η μητρική. Είναι εξίσου ζωτικής σημασίας για τους πατεράδες να συμμετέχουν σε διαδικασίες δημιουργίας νοήματος του γεγονότος για να μπορέσουν να αντιπαρέλθουν στις συνέπειες που επιφέρει το γεγονός της αυτοκτονίας του παιδιού τους.

3.6 Παράγοντες πριν και μετά την απώλεια που επηρεάζουν τη θλίψη και το πένθος

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν την εμπειρία και τη διαδικασία του πένθους όπως η σχέση με τον αποθανόντα (γονέας, αδερφός, συγγενής, φίλος) (Bonanno, 1999), το είδος του θανάτου (είτε ξαφνικός είτε απροσδόκητος, ατύχημα έναντι ασθένειας) (Ginzburg, Geron & Solomon, 2002), ιστορικές προσεγγίσεις για το πένθος (πώς κάποιος έχει αντιμετωπίσει την εμπειρία του παρελθόντος) και κοινωνικές επιρροές (Leming & Dickinson, 1994), οι πολιτισμικοί κανόνες (Klapper et al., 1994), η ποιότητα της σχέσης με τον αποθανόντα (Meshot & Leitner, 1993) και η ηλικία του αποθανόντος (Klapper et al., 1994).

Υπάρχουν επίσης κοινωνικές, ψυχολογικές και αναπτυξιακές συνθήκες των ατόμων που επηρεάζουν τη διαδικασία πένθους (Worden, 2008), συμπεριλαμβανομένων: (i) ποιο ήταν το άτομο (η σχέση μεταξύ του αποθανόντος και του επιζώντος), (ii) η φύση της προσκόλλησης (δύναμη, ασφάλεια, εξάρτηση και σύγκρουση), (iii) τρόπος θανάτου (φυσικός, τυχαίος, ξαφνικός, αυτοκτονικός), (iv) μεταβλητές προσωπικότητας (ύφος αντιμετώπισης, γνωστικό στυλ, υποθετικός κόσμος, ηλικία, φύλο), (v) κοινωνικές μεταβλητές (διαθεσιμότητα υποστήριξης, κοινωνικοί ρόλοι, θρησκευτικές και πολιτιστικές προσδοκίες) και (vi) ταυτόχρονα στρες (αλλαγή, κρίσεις που προκύπτουν μετά από θάνατο) (Worden, 2003).

Προσωπικοί παράγοντες επηρεάζουν επίσης τις αντιδράσεις του ατόμου στην απώλεια, συμπεριλαμβανομένης της προσωπικής ευπάθειας (Van Baarsen et al., 2002), τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (Goodman, Black, & Rubinstein, 1996), την ηλικία του ατόμου (Levy et al., 1994), την κοινωνική συμπεριφορά (Van Baarsen et al., 2002) και τα οικογενειακά πρότυπα προσαρμογής στη θλίψη (Book, 1996). Μερικοί ερευνητές έχουν προτείνει, ότι συγκεκριμένοι παράγοντες μπορεί να έχουν διαφορετικές επιρροές ανάλογα με το στάδιο του πένθους (Richardson & Balaswamy, 2001) Για παράδειγμα οι μεταβλητές που προσανατολίζονται στην απώλεια, όπως ο τύπος του θανάτου, μπορεί να είναι πιο σημαντικές κατά τα πρώτα στάδια του πένθους, ενώ οι μεταβλητές αποκατάστασης όπως η ενασχόληση με κοινωνικές δραστηριότητες μπορεί να είναι πιο σημαντική σε μεταγενέστερα στάδια.

3.7 Διαφορά εμπειρίας του πένθους από αυτοκτονία σε σύγκριση με άλλες αιτίες θανάτου

Τα άτομα, που ονομάζονται επιζώντες από απώλεια αυτοκτονίας, είναι πιθανό να είναι μέλη της οικογένειας, σύζυγοι καθώς και φίλοι και συνάδελφοι, που βιώνουν υψηλή συναισθηματική, σωματική ή κοινωνική δυσφορία κατά τη διάρκεια μιας μακράς περιόδου μετά την αυτοκτονία του αγαπημένου τους προσώπου (Jordan & McIntosh, 2011).

Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι το πένθος από αυτοκτονία περιλαμβάνει μοναδικές προκλήσεις και δυσκολίες σε σύγκριση με άλλους τύπους πένθους όπως είναι ο φυσικός θάνατος, θάνατος από ατύχημα και η ανθρωποκτονία. Οι επιζώντες από αυτοκτονία είναι πιο ευάλωτοι στο να εμφανίσουν ψυχιατρική διαταραχή ή συναισθηματική δυσφορία, όπως είναι κατάθλιψη, μετατραυματικό στρές, συμπτώματα περίπλοκου πένθους (Levi-Belz & Gilo, 2019; Young et al., 2012), ακόμη και αυτοκτονικό ιδεασμό ή συμπεριφορά (Pitman et al., 2014).

Σε πρόσφατη μελέτη των Levi-Belz & Gilo (2020) ήθελαν να διερευνήσουν τη συναισθηματική δυσφορία μεταξύ των επιζώντων από αυτοκτονία και ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και αυτοκτονικού ιδεασμού σε σύγκριση πενθούντων από άλλες αιτίες. Αυτό το εύρημα είναι σύμφωνο με προηγούμενα ευρήματα που εντοπίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχολογικών επιπτώσεων μεταξύ των επιζώντων από απώλεια αυτοκτονίας, ειδικότερα διαταραχές διάθεσης και αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Erlangsen et al., 2017; Pitman et al., 2014). Αναφέρεται ότι ο υψηλός κίνδυνος αυτοκτονίας πηγάζει, μεταξύ άλλων πηγών, από την ανάπτυξη περιπλεγμένου πένθους, ένα σύνηθες φαινόμενο μεταξύ των επιζώντων από απώλεια αυτοκτονίας (Mitchell et al., 2005).

Επιπλέον, τα άτομα που έχασαν ένα αγαπημένο τους πρόσωπο από αυτοκτονία διαφέρουν από τους άλλους πενθούντες ως προς το θεματικό περιεχόμενο της θλίψης τους (Pompili et al., 2013; Cerel et al., 2008). Δηλαδή, τα συγκεκριμένα άτομα αντιμετωπίζουν αισθήματα ντροπής και στιγματισμού λόγω της πράξης της αυτοκτονίας οδηγώντας τους σε κοινωνική απόσυρση και πολλές φορές σε απόκρυψη της αιτίας θανάτου (Cerel et al., 2008).

Επίσης, μεγάλα είναι τα ποσοστά που αναφέρουν ότι οι επιζώντες από αυτοκτονία, περιτριγυρίζονται από αγωνιώδεις ερωτήσεις, όπως είναι «Γιατί μου το έκανε αυτό;» «Έκανα κάτι λάθος;» ή «Θα μπορούσα να είχα κάνει κάτι για να το αποτρέψω;» (Levi-Belz, 2016).

Έτσι, τα έντονα συναισθήματα θυμού και ενοχής γίνονται συχνά αναπόσπαστο μέρος της διαδικασίας του πένθους (Cerel et al., 2008).

Επιπρόσθετα, ο κοινωνικός στιγματισμός στα άτομα που πενθούν το θάνατο του αγαπημένου τους προσώπου από αυτοκτονία ανιχνεύεται από πρώιμες ιστορικές περιόδους, που τα μέλη της οικογένειας που αυτοκτονούσαν αντιμετώπιζαν άρνηση της σωστής ταφής του αποθανόντος, δέσμευση περιουσίας και αφορισμό από την κοινότητα (Scocco et al., 2012; Cvínar, 2005). Αν και τέτοιες πολιτιστικές πρακτικές έχουν πάψει να υπάρχουν, υπάρχουν ενδείξεις ότι επικρατούν αρνητικές συμπεριφορές προς εκείνους που πέθαναν από αυτοκτονία και ότι ο στιγματισμός έχει λάβει άλλες μορφές εμφάνισης όπως είναι η κοινωνική απομόνωση και απόρριψη (Feigelman et al., 2009).

Τα αποτελέσματα της μελέτης των Hanschmidt et al.(2016) καταδεικνύουν ότι το κοινωνικό στίγμα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή των επιζώντων από αυτοκτονία, σε αντίθεση με τους επιζώντες από φυσική απώλεια. Οι επιζώντες αυτοκτονίας βίωσαν έντονα το στίγμα στα κοινωνικά τους δίκτυα καθώς και στα θρησκευτικά τους δρώμενα, σε διαφορετικά πολιτιστικά περιβάλλοντα. Το στίγμα συνοδευόταν από την κοινωνική απομόνωση και εσωτερικεύθηκε ως έντονο αίσθημα ντροπής.

3.8 Διερεύνηση των αδιευκρίνιστων θανάτων

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι περισσότεροι από τους μισούς θανάτους παγκοσμίως δεν έχουν καταγεγραμμένα αίτια. Ως αποτέλεσμα, χωρίς στατιστικά στοιχεία σχετικά με τις αιτίες θανάτου, είναι πολύ δύσκολο για την επιστημονική κοινότητα να προβεί σε προληπτικά μέτρα για αυτούς τους θανάτους, αλλά και να προχωρήσει στη πιστοποίηση τους.

Σε έκθεση (WHO, 2014) επισημαίνεται ότι η εκτίμηση των αυτοκτονιών είναι συντηρητική και δεν αντιπροσωπεύει τις πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος, λαμβάνοντας υπόψη το στίγμα που συνδέεται με την αυτοκτονία, της έλλειψης αξιόπιστων διαδικασιών καταγραφής των αυτοκτονιών, αλλά και των θρησκευτικών, ή νομικών κυρώσεων που ισχύουν σε κάποιες χώρες σχετικά με την αυτοκτονία, όπως και στη Κύπρο.

Οι αυτοκτονίες συχνά δηλώνονται με διαφορετική κωδικοποίηση, με βάση το ταξινομικό ψυχιατρικό εγχειρίδιο της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10), όπως «θάνατοι ακαθόριστου προθέσεως, ως «ατυχήματα», ή

και ως «άγνωστα αίτια θνησιμότητας». Μια τέτοια συνθήκη είναι σαφώς εντονότερη στη Κύπρο, λόγω των πολιτισμικών και κοινωνικών ιδιαιτεροτήτων.

Το στίγμα που ακολουθεί την οικογένεια του αυτόχειρα, όσο και οι θρησκευτικές και κοινωνικές πεποιθήσεις, καθιστούν δύσκολη τη πιστοποίηση του θανάτου από τους γιατρούς αφού έρχονται αντιμέτωποι με διάφορα εμπόδια όπως είναι η άρνηση θρησκευτικής ταφής σε περίπτωση αυτοκτονίας.

3.9 Ψυχολογική αυτοψία

Ο όρος ψυχολογική αυτοψία επινοήθηκε από τον Edwin Schneidman, ο οποίος όρισε για πρώτη φορά τη διαδικασία ως "μια ενδεδειγμένη αναδρομική διερεύνηση της πρόθεσης του θανούντος".

Με απλά λόγια, η ψυχολογική αυτοψία είναι η διαδικασία προσδιορισμού του κατά πόσον ένας αποθανών πέθανε ως αποτέλεσμα αυτοκτονίας. Η διαδικασία αυτή είναι συχνά το πιο αποτελεσματικό εργαλείο για την παροχή απαντήσεων και απαραίτητων πληροφοριών όταν συμβαίνει μια αυτοκτονία. Αναλύοντας ιατρικά αρχεία, διεξάγοντας έρευνα και μιλώντας με συγγενείς και φίλους, ο ιατροδικαστικός λειτουργός ψυχικής υγείας (ιατρός, νοσηλευτής, ψυχολόγος) προσπαθεί να εξηγήσει για πιο λόγο συνέβη η αυτοκτονία.

Στατιστικά, περίπου το 5 έως 20% των θανάτων πρέπει να πιστοποιηθεί, πράγμα που σημαίνει ότι πρέπει να διενεργηθεί αυτοψία, εφόσον η αιτία θανάτου δεν είναι σαφής ή προφανής. Αυτοί οι θάνατοι ονομάζονται αδιευκρίνιστοι θάνατοι. Ορισμένοι από τους ασαφείς θανάτους είναι θάνατοι που σχετίζονται με ναρκωτικά, επειδή είναι απαραίτητο να διαπιστωθεί αν ο θάνατος συνέβη σκόπιμα ή τυχαία.

Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους μπορεί να διενεργηθεί ψυχολογική αυτοψία. Ενώ ο πρώτος και κύριος στόχος είναι να βεβαιωθεί ότι η αιτία θανάτου είναι αυτοκτονία, μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για τη συλλογή χρήσιμων δεδομένων για σκοπούς πρόληψης της αυτοκτονίας ή για να βοηθήσει τους κλινικούς (ιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους) να κατανοήσουν καλύτερα την αυτοκτονική συμπεριφορά και τους κινδύνους.

Άλλες λιγότερο συνηθισμένες αιτίες για τις οποίες μπορεί να διενεργηθεί ψυχολογική αυτοψία περιλαμβάνουν τον προσδιορισμό του κατά πόσον ένας επαγγελματίας ή κλινικός ευθύνεται με οποιονδήποτε τρόπο. Για παράδειγμα, εάν μια αυτοκτονία συμβεί σε ένα άτομο που έχει συνεργαστεί με υπηρεσίες ψυχικής υγείας, θα διαταχθεί ψυχολογική αυτοψία για να

διαπιστωθεί εάν υπήρξε οποιαδήποτε αμέλεια. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η αυτοψία θα επικεντρωθεί κυρίως στη συλλογή δεδομένων σχετικά με την ποιότητα και το επίπεδο της θεραπείας που παρασχέθηκε στον ασθενή πριν από την αυτοκτονία (Caulkins, 2019).

Δυστυχώς, στα πλαίσια της Κύπρου, απ' όσο γνωρίζουμε δεν υπάρχει αυτή η διαδικασία προσδιορισμού αιτίας θανάτου, κάτι το οποίο θα ήταν ωφέλιμο σε επίπεδο πρόληψης και παρέμβασης.

Η μείωση της υποκαταγραφής και η παραγωγή αξιόπιστων δεδομένων μπορεί να επιτευχθεί όταν οι αρμόδιοι επιστήμονες που σχετίζονται με τη πιστοποίηση των αιτιών θανάτου προσδίδουν πιο ακριβείς και πλήρεις διαγνώσεις, με περιγραφές των εξωτερικών αιτιών και διαδοχικών γεγονότων που οδήγησαν στο θάνατο.

II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της εμπειρίας των ελληνοκυπρίων γονέων που έχασαν παιδί από αυτοκτονία. Συγκεκριμένα διερευνήθηκαν:

- α) η ερμηνεία τους σχετικά με το γεγονός της αυτοκτονίας,
- β) ο αντίκτυπος της αυτοκτονίας σε αυτούς και στην οικογένειά τους,
- γ) οι αναδυόμενες ανάγκες τους, και
- δ) οι στρατηγικές που χρησιμοποίησαν για να αντιμετωπίσουν την απώλειά τους.

4.1 Ερευνητικά ερωτήματα

Διερευνήθηκαν τα παρακάτω ερωτήματα με βάση τη βιωματική εμπειρία των γονέων που έχασαν παιδί από αυτοκτονία:

1. Με ποιον τρόπο νοηματοδοτούν την απώλεια αυτή;
2. Ποιες είναι οι σκέψεις και τα συναισθήματά τους για την αυτοκτονία του παιδιού τους;
3. Πώς επηρεάζει το γεγονός αυτό τη μετέπειτα ζωή τους;

4. Ποιες είναι οι ανάγκες τους, οι οποίες προκύπτουν μετά την αυτοκτονία του παιδιού τους;
5. Με ποιο τρόπο προσπαθούν να ανταπεξέλθουν στην καθημερινή τους ζωή;

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας, περιγράφεται η μεθοδολογική προσέγγιση που ακολουθήθηκε για τη διερεύνηση των εμπειριών των γονέων που έχασαν παιδί από αυτοκτονία και εξηγούνται οι βασικοί λόγοι για την επιλογή μιας ποιοτικής μεθοδολογίας για αυτήν τη μελέτη. Αυτή η ενότητα εξετάζει τα κριτήρια ένταξης για τη στρατολόγηση συμμετεχόντων και περιγράφει τη διαδικασία πρόσληψης, η διαδικασία συλλογής δεδομένων. Αναφέρει επίσης ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας σχετικά με τη λήψη σχετικών αδειών της μελέτης.

5.1 Ποιοτική Ανάλυση Περιεχομένου (Content Analysis)

Η ποιοτική έρευνα συμβάλλει στην κατανόηση της ανθρώπινης κατάστασης σε διαφορετικά πλαίσια και μιας αντιληπτής κατάστασης. Ωστόσο, δεν υπάρχει τέλεια σχεδιασμένη μελέτη και πάντα θα εμφανίζονται απροσδόκητα γεγονότα. Το κύριο ζήτημα είναι πόσους οικονομικούς πόρους, χρόνο και προσπάθεια μπορούν να επενδύσουν οι ερευνητές σε μια ομάδα μελέτης στην προσπάθεια κατανόησης των υπό μελέτη φαινομένων (Patton, 2002). Ο αυτοστοχασμός του ποιοτικού ερευνητή είναι ένα ουσιαστικό μέρος της ποιοτικής έρευνας ανεξάρτητα από την επιλεγμένη ποιοτική μέθοδο (Burnard, 1995). Η γνώση του θέματος και η εξοικείωση με το πλαίσιο μπορεί να είναι πλεονέκτημα, εφόσον δεν επηρεάζει τους πληροφοριοδότες ή την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Ο ερευνητής πρέπει να κατανοήσει τόσο το πλαίσιο όσο και τις συνθήκες προκειμένου να ανιχνεύσει και να λάβει υπόψη παραπλανητικές δηλώσεις που μπορεί να εμφανιστούν στα δεδομένα (Catanzaro, 1988). Όλες οι ποιοτικές έρευνες ασχολούνται με κάποια ερμηνεία. Ωστόσο, οι ερμηνείες ποικίλλουν ως προς το βάθος και το επίπεδο της αφαίρεσης, ανάλογα με τη μέθοδο ανάλυσης και την ικανότητα του ερευνητή να αποστασιοποιηθεί (Patton, 2002; Silverman, 2001).

Στην ποιοτική έρευνα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορες μέθοδοι ανάλυσης, για παράδειγμα, φαινομενολογία, ερμηνευτική, θεμελιωμένη θεωρία, εθνογραφία, φαινομενογραφική και ανάλυση περιεχομένου (Burnard, 1995). Σε αντίθεση με τις μεθόδους

ποιοτικής έρευνας, η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου δεν συνδέεται με κάποια συγκεκριμένη επιστήμη και υπάρχουν λιγότεροι κανόνες που πρέπει να ακολουθηθούν. Επομένως, μειώνεται ο κίνδυνος σύγχυσης σε θέματα που αφορούν φιλοσοφικές έννοιες και συζητήσεις.

Το 1952, ο Berelson όρισε την ανάλυση περιεχομένου ως «μια ερευνητική τεχνική για την αντικειμενική, συστηματική και ποσοτική περιγραφή του προφανούς περιεχομένου της επικοινωνίας» (σελ. 18). Χρησιμοποιώντας την τεχνική των εννοιών και τον στόχο, ο Berelson υπογραμμίζει τη διαδικασία της ανάλυσης ως μια αξιόπιστη και μαθησιακή μέθοδο που αποκλείει την προσωπική εξουσία του ερευνητή.

5.1.1 Προσεγγίσεις ανάλυσης περιεχομένου

Όλες οι ποιοτικές έρευνες είναι σημαντικό να ξεκινήσουν με την αποσαφήνιση του, τι θέλει να μάθει ο ερευνητής, από ποιον και με ποιον τρόπο. Στην ανάλυση περιεχομένου, όπως και στη θεματική ανάλυση, τα θέματα, τα μοτίβα και οι κώδικες πρέπει να εντοπίζονται και να ομαδοποιούνται κυρίως με δύο διαφορετικούς τρόπους: επαγωγικά ή επαγωγικά (Braun & Clarke, 2006). Χρησιμοποιώντας την επαγωγική προσέγγιση, τα προσδιοριζόμενα θέματα, μοτίβα ή κώδικες προκύπτουν από τα δεδομένα, σε μια διαδικασία που θα μπορούσε να περιγραφεί ως μια καθοδηγούμενη από τα δεδομένα διαδικασία από κάτω προς τα πάνω (Patton, 1990; Braun & Clarke, 2006). Αυτό θα πρέπει να συγκριθεί με την περισσότερο θεωρητικά καθοδηγούμενη επαγωγική προσέγγιση, όπου τα δεδομένα αναλύονται σε μια διαδικασία από πάνω προς τα κάτω με τη χρήση κωδικών που επιλέγονται νωρίτερα (όχι από τα ίδια τα δεδομένα) και υποστηρίζονται από τη θεωρία ή προηγούμενες έρευνες (Boyatzis, 1998- Braun & Clarke, 2006).

Ο όρος ανάλυση περιεχομένου περιλαμβάνει μια συνέχεια αναλυτικών προσεγγίσεων σε ένα ευρύ φάσμα, από τις εντυπώσεις και τις πιο διαισθητικές αναλύσεις έως την πλευρά των συστηματικών και δομημένων αναλύσεων (Rosengren, 1981). Αυτή η ευρεία ποικιλία καθιστά την ανάλυση περιεχομένου χρήσιμη σε πολλά διαφορετικά ερευνητικά πεδία, με την ιδέα ότι ο τύπος της ανάλυσης περιεχομένου που θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από το σχεδιασμό της μελέτης και τον πραγματικό ερευνητικό στόχο (Weber, 1990).

Υπάρχουν διάφορες μορφές ανάλυσης περιεχομένου, ανάλογα με τον στόχο της μελέτης. Οι κύριοι τύποι ανάλυσης περιεχομένου είναι (α) η συμβατική προσέγγιση, (β) η άμεση προσέγγιση και (γ) η αθροιστική προσέγγιση (Hsieh & Shannon, 2015)..

Συμβατική (Conventional) ανάλυση περιεχομένου

Σε αρκετά πανεπιστήμια αυτή η προσέγγιση θεωρείται ως η πιο συνηθισμένη ανάλυση περιεχομένου. Η συμβατική ανάλυση περιεχομένου χρησιμοποιείται συχνά σε ερευνητικές μελέτες όπου στόχος είναι η διερεύνηση ενός φαινομένου με περιορισμένη θεωρία ή προηγούμενη βιβλιογραφία (Hsieh & Shannon, 2005). Στη συμβατική ανάλυση περιεχομένου, οι ερευνητές εργάζονται επαγωγικά και αποφεύγουν τη χρήση προκαθορισμένων κατηγοριών για την ανάλυση. Αυτό που θεωρείται ως πλεονέκτημα της συμβατικής προσέγγισης είναι η δυνατότητα άμεσης παραγωγής πληροφοριών από πληροφοριοδότες ή έγγραφα, χωρίς προκατασκευασμένους θεωρητικούς φακούς.

έτσι, η συμβατική ανάλυση περιεχομένου είναι κατάλληλη όταν η υπάρχουσα θεωρία ή τα ερευνητικά δεδομένα για ένα θέμα είναι περιορισμένα, για παράδειγμα, "Η εμπειρία των ατόμων που επέζησαν από οξεία καρδιακή ανακοπή" (Aristidou, Vouzavali, Karanikola, Lambrinou, & Papathanassoglou, 2018). Σε αυτή την περίπτωση, τα ερευνητικά ερωτήματα θα ήταν "Ποια είναι η βιωμένη εμπειρία των ανθρώπων που επέζησαν από οξεία καρδιακή ανακοπή;". Περαιτέρω, από τον πληθυσμό-στόχο αντλείται σκόπιμο δείγμα σύμφωνα με τα κριτήρια ένταξης (Ingham-Broomfield, 2014), ενώ το μέγεθός του καθορίζεται από τα κριτήρια κορεσμού των δεδομένων (Karanikola, Kaikoushi, Doulougeri, Koutrouba, & Papathanassoglou, 2018).

Βασικό κριτήριο για τη συμμετοχή σε ένα ερευνητικό πρόγραμμα είναι η επαρκής εμπειρία σχετικά με το υπό μελέτη φαινόμενο, καθώς και η προθυμία να κοινοποιηθούν οι αντιλήψεις και οι εμπειρίες σχετικά με το φαινόμενο αυτό. Πρόσθετα κριτήρια είναι α) η ικανότητα προβληματισμού σχετικά με την εμπειρία του υπό μελέτη φαινομένου, με βάση το βάθος της περιγραφόμενης προσωπικής οπτικής γωνίας β) η ικανότητα επικοινωνίας της εμπειρίας, όπως αυτή αντλείται από το περιεχόμενο μιας αφήγησης (Morse, 2015; Saunders et al., 2018).

Άμεση/Καθοδηγούμενη (Direct) προσέγγιση ανάλυσης περιεχομένου

Σε ερευνητικούς τομείς με περισσότερες προηγούμενες έρευνες και υπάρχουσα θεωρία, οι ποιοτικοί ερευνητές θα μπορούσαν αντ' αυτού να επιλέξουν την κατευθυνόμενη ανάλυση περιεχομένου. Πρόκειται για μια επαγωγική, από πάνω προς τα κάτω και θεωρητικά καθοδηγούμενη προσέγγιση (Potter & Levine-Donnerstein, 1999; Hsieh & Shannon, 2005). Η

κατευθυνόμενη ανάλυση περιεχομένου έχει χρησιμοποιηθεί συχνά σε μελέτες που αποσκοπούν στην επέκταση της υπάρχουσας θεωρίας και της προηγούμενης περιγραφής των φαινομένων. Επιπλέον, μια επιλεγμένη θεωρία ή προηγούμενη έρευνα σχετικά με το θέμα υπό μελέτη, συχνά καθοδηγεί την παρουσίαση και τη συζήτηση σχετικά με τα αποτελέσματα αυτής της προσέγγισης ανάλυσης (Hsieh & Shannon, 2005). Η κατευθυνόμενη ανάλυση περιεχομένου περιγράφεται ως μια πιο δομημένη διαδικασία, σε σύγκριση με τη συμβατική ανάλυση περιεχομένου (Hickey & Kipping, 1996).

Με την υπάρχουσα θεωρία ή την προηγούμενη έρευνα ως θεωρητικός φακός, το πρώτο βήμα είναι να αποφασιστούν οι βασικές έννοιες ή οι κύριες μεταβλητές ως αρχικές κατηγορίες κωδικοποίησης (Potter & Levine-Donnerstein, 1999). Ακολουθεί ένα δεύτερο βήμα όπου οι λειτουργικοί ορισμοί των κατηγοριών καθοδηγούνται από την επιλεγμένη θεωρία. Σε ένα τρίτο βήμα, τα δεδομένα θα πρέπει να κωδικοποιηθούν και να οργανωθούν στις προκαθορισμένες κατηγορίες. Ωστόσο, είναι σπάνιο όλα τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν να ταιριάζουν στις προκαθορισμένες κατηγορίες και ως τέταρτο βήμα επισημαίνονται άλλα σχετικά δεδομένα. Τέλος, ακολουθεί ένα πέμπτο βήμα όπου τα δεδομένα που έχουν επισημανθεί αναλύονται εκ νέου και ομαδοποιούνται σε νέες αναδυόμενες κατηγορίες ή ταξινομούνται ως υποκατηγορίες στις υπάρχουσες κατηγορίες (Hsieh & Shannon, 2005).

Αθροιστική (Summative) ανάλυση περιεχομένου

Η τρίτη προσέγγιση που παρουσιάζεται στο άρθρο των Hsieh και Shannon (2005), είναι η αθροιστική ανάλυση περιεχομένου. Αυτή η προσέγγιση η οποία έχει μια ποσοτική πινελιά, όπου επιλεγμένες λέξεις ή περιεχόμενο στα δεδομένα ποσοτικοποιούνται για την καλύτερη κατανόηση της πλαισιακής χρήσης των λέξεων ή του περιεχομένου. Ωστόσο, η αθροιστική ανάλυση περιεχομένου θα πρέπει να συνεχίζει πέρα από την απλή καταμέτρηση συχνοτήτων. η αρχική καταμέτρηση συχνοτήτων για την εξαγωγή λέξεων-κλειδιών θα μπορούσε κατά προτίμηση να υποστηρίζεται από υπολογιστή και να πραγματοποιείται με ένα εργαλείο λογισμικού ποιοτικής ανάλυσης δεδομένων με τη βοήθεια υπολογιστή (CAQDAS) (Kaefer, Roper & Sinha, 2015).

Δομημένη ως διαδικασία πέντε βημάτων, μια αθροιστική ανάλυση περιεχομένου θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί ως εξής: Βήμα 1: Δημιουργία του αρχικού σχήματος κωδικοποίησης με βάση τη θεωρία, την προηγούμενη έρευνα ή τα δεδομένα, Βήμα 2: Καταμέτρηση των

συχνοτήτων των λέξεων, των μοτίβων ή των βασικών εννοιών, Βήμα 3: Υπολογισμός και σύγκριση των συχνοτήτων που βρέθηκαν σε σχέση με το συνολικό μήκος των δεδομένων ή/και με τις διαφορετικές πηγές δεδομένων, Βήμα 4: Προσδιορισμός και ποσοτικοποίηση των εναλλακτικών λύσεων με καταμέτρηση των συχνοτήτων των εναλλακτικών λύσεων σε σχέση με αυτό που επιλέχθηκε στο Βήμα 2, και τέλος Βήμα 5: Επικαιροποίηση του υπολογισμού και της σύγκρισης με τις εναλλακτικές λέξεις, τα μοτίβα ή τις έννοιες που εντοπίστηκαν. (Hsieh & Shannon, 2005).

5.2 Μεθοδολογία Μελέτης

Για τη μελέτη αυτή χρησιμοποιήθηκε συμβατική προσέγγιση στην ανάλυση περιεχομένου και μια επαγωγική ανάπτυξη κατηγοριών, όπως εφαρμόζεται στη νοσηλευτική έρευνα (Karanikola, 2019). Οι ποιοτικοί ερευνητές χρησιμοποιούν τη συμβατική προσέγγιση για να περιγράψουν την εμπειρία των συμμετεχόντων σε ένα φαινόμενο και, ως εκ τούτου, εμπίπτει στην ευρεία κατηγορία της φαινομενολογικής ποιοτικής έρευνας (βλ. Creswell 2013). Αυτή η μέθοδος είναι χρήσιμη όταν υπάρχουν σχετικά λίγες έρευνες για το φαινόμενο- ως εκ τούτου, χρησιμοποιεί επαγωγική λογική, αποφεύγοντας να επιβάλει οποιοδήποτε κατηγορηματικό σύστημα ερμηνείας στα δεδομένα (Hsieh & Shannon 2005).

5.3 Δειγματοληψία

5.3.1 Πληθυσμός στόχος και δειγματοληψία

Τον πληθυσμό στόχο της μελέτης αποτέλεσαν γονείς των οποίων το παιδί τους πέθανε από αυτοκτονία.

Όσον αφορά το πλαίσιο της Κυπριακής Δημοκρατίας με πληθυσμό 1.000.000, αξίζει να αναφερθεί ότι δεν υπάρχει αρχείο καταγραφής των στοιχείων επικοινωνίας των συγγενών ατόμων που αυτοκτόνησαν, και επομένως δεν ήταν εφικτή η επίσημη επικοινωνία με τους γονείς τους. Επιπλέον, δεν υπάρχουν ομάδες υποστήριξης γονέων που πενθούν λόγω απώλειας του παιδιού τους από αυτοκτονία εντός των κρατικών ή ιδιωτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή ανεπίσημες ομάδες αυτοβοήθειας για αυτόν τον πληθυσμό. Έτσι, με στόχο την προσέλκυση του μεγαλύτερου αριθμού συμμετεχόντων, τόσο οι δημόσιες όσο και οι ιδιωτικές υπηρεσίες

ψυχικής υγείας ενημερώθηκαν για τον σκοπό και τις διαδικασίες της μελέτης μέσω μιας επίσημης διαδικασίας επικοινωνίας, έτσι ώστε τα άτομα να ενημερωθούν και με την άμεση συγκατάθεση τους.

Έτσι, η στρατολόγηση των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε εν μέρει σε συνεργασία με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που χρησιμοποιούν οι γονείς που πενθούσαν λόγω απώλειας παιδιού από αυτοκτονία. Ωστόσο, δεν ήταν δυνατή η ακριβής εκτίμηση του αριθμού των χρηστών των σχετικών υπηρεσιών λόγω της προαναφερθείσας έλλειψης επίσημου μητρώου συγγενών των ατόμων που πέθαναν από αυτοκτονία.

Επιπλέον, με στόχο την προσέλκυση συμμετεχόντων από διαφορετικά υπόβαθρα, η μελέτη δημοσιεύτηκε και στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (Facebook, Twitter), όπως σε ομάδες και σελίδες που σχετίζονται με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ιατρικά θέματα, καθώς και στον Τύπο και σε επιστημονικές εκδηλώσεις μέσω μίας γραπτής πρόσκλησης στη μελέτη.

Στην πρόσκληση αυτή υπήρχε περιγραφή του στόχου της μελέτης, καθώς και των χαρακτηριστικών των ατόμων που θα μπορούσαν να συμμετάσχουν (Παράρτημα IV).

Προτάθηκε, επίσης, στους συμμετέχοντες να γνωστοποιήσουν τη μελέτη και σε άλλα άτομα με το ίδιο βίωμα. Έτσι, μέσω αυτής της ανοιχτής πρόσκλησης εφαρμόστηκε και η τεχνική της χιονοστιβάδας για τη δειγματοληψία. Συνολικά, η σκόπιμη δειγματοληψία συνδυάστηκε με δειγματοληψία ευκολίας προκειμένου να αυξηθεί ο αριθμός των συμμετεχόντων, μέχρι να επιτευχθεί θεματικός κορεσμός (Kelly, 2010; Palinkas et al., 2015).

Συγκεκριμένα, μέσω αυτής της μεθόδου, οι συμμετέχοντες εντοπίστηκαν (4 άτομα) μέσω της κοινοποίησης της έρευνας από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (Facebook, twitter), από επαγγελματίες υγείας που ήταν γνώστες της μελέτης (6 άτομα) και (2 άτομα) όπου θέλησαν να λάβουν μέρος μετά από τη γνωστοποίηση της μελέτης σε άλλα άτομα που τύγχανε να γνωρίζουν με το ίδιο βίωμα.

5.3.2 Κριτήρια εισόδου στη μελέτη & κριτήρια αποκλεισμού

Εφαρμοστήκαν συγκεκριμένα κριτήρια εισδοχής ως προς την επιλογή του δείγματος.

Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες θα έπρεπε να:

- A) έχουν σχέση γονέα με το άτομο που αυτοκτόνησε,
- B) είναι ελληνόφωνοι,

Γ) έχουν δώσει γραπτή συγκατάθεση συμμετοχής στη μελέτη, μετά από ενημέρωση για τους στόχους και τη διαδικασία της μελέτης.

Δ) έχουν επαρκή ικανότητα αναστοχασμού και επεξεργασίας της εμπειρίας απώλειας αυτοκτονίας, όπως προκύπτει από το εύρος και το βάθος των περιγραφών τους.

Δεν υπήρχε χρονικό κριτήριο ένταξης όσον αφορά το χρόνο από την αυτοκτονία.

Ως κριτήριο αποκλεισμού ορίστηκε η παρουσία οξείας ψυχικής διαταραχής, ή συγγυτικής κατάστασης, βάσει αδρής αξιολόγησης από την κύρια ερευνήτρια πριν την έναρξη της συνέντευξης.

Αξίζει να αναφερθεί ότι δεν υπήρχε χρονικό κριτήριο ένταξης όσον αφορά το χρονικό διάστημα που είχε παρέλθει από την αυτοκτονία.

5.3.3 Μέγεθος δείγματος

Στη μελέτη τελικά συμμετείχαν 12 γονείς , και συγκεκριμένα 10 μητέρες και 2 πατεράδες. Το μέγεθος αυτό προσδιορίστηκε από το φαινόμενο του θεωρητικού κορεσμού βάσει της ταυτόχρονης συλλογής και ανάλυσης δεδομένων και του κορεσμού δεδομένων.

Ειδικότερα, ο θεωρητικός κορεσμός επιτεύχθηκε στα δώδεκα άτομα, καθώς τότε έπαψαν να προκύπτουν νέα θέματα κατά την ταυτόχρονη συλλογή και ανάλυση δεδομένων.

Αρχικά, το κριτήριο του κορεσμού των δεδομένων εξασφαλίστηκε, εν μέρει, μέσω της ετερογένειας του δείγματος, σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, ηλικία κ.λπ.) και τις μεταβλητές που σχετίζονται με την αυτοκτονία, δηλαδή το χρονικό διάστημα από την αυτοκτονία, τα μέσα αυτοκτονίας κ.λπ.(Morse, 2015) (Παράρτημα XII). Θεωρήθηκε ότι αυτή η ετερογένεια είχε ως αποτέλεσμα μια ποικιλία προοπτικών και εμπειριών σχετικά με το υπό μελέτη φαινόμενο και εξασφάλισε περαιτέρω μια πολυδιάστατη περιγραφή του από τους συμμετέχοντες.

Περαιτέρω, ο θεματικός κορεσμός αξιολογήθηκε και με βάση τη συχνότητα με την οποία επανεμφανιζόταν ένα θέμα κατά την ανάλυση των δεδομένων. Ελλείψει ισχυρών στοιχείων σχετικά με την αποδεκτή συχνότητα των αναδυόμενων θεμάτων για τον προσδιορισμό του θεματικού κορεσμού (Morse, 2015), η ερευνητική ομάδα αποφάσισε ότι κάθε κατηγορία θα θεωρείτο ότι είχε φτάσει σε κορεσμό εάν περιλαμβανόταν στο 80% των

απομαγνητοφωνημένων κειμένων (Bryman, 2012). Αυτό όχι μόνο καθόρισε τη συμπερίληψη των εκάστοτε θεμάτων στα αποτελέσματα, αλλά επίσης αποκάλυψε έμμεσα τα θέματα που δεν ήταν κοινά, καθώς δεν εμφανίζονταν στις αφηγήσεις κάποιων συμμετεχόντων. Όσον αφορά τα θέματα αυτά, οι ερευνητές συναποφάσισαν να θέτονται ως ερωτήματα στους συγκεκριμένους συμμετέχοντες στις επαναληπτικές συνεντεύξεις (2^{ος} και 3^{ος} κύκλος συνεντεύξεων). Με τον τρόπο αυτό, επαναξιολογήθηκε εν μέρει ότι δεν υπήρχε τίποτα νέο στα δεδομένα.

Προκειμένου να διασφαλιστεί η αυθεντικότητα των αφηγήσεων έγινε προσπάθεια εκ μέρους της ερευνήτρια να δημιουργηθεί εμπιστοσύνη μεταξύ εκείνης των συμμετεχόντων.

Συγκεκριμένα, από τις αρχικές συναντήσεις με τους συμμετέχοντες έγινε συνειδητή προσπάθεια δημιουργίας περιβάλλοντος που να ευνοεί τον ειλικρινή και ανοιχτό διάλογο και προσεγγίστηκε ο κάθε συμμετέχων με αποδοχή και ενσυναίσθηση. Η επαγγελματική ιδιότητα της ερευνήτριας ως νοσηλεύτριας ψυχικής υγείας ήταν καίρια. Αξίζει να αναφερθεί, ότι γενικότερα, δεν υπήρχαν ερωτήσεις προς την ερευνήτρια, η βασική ερώτηση που τέθηκε ήταν κατά πόσο το παιδί τους έπασχε από οποιαδήποτε ψυχική νόσο για να προβεί σε μια τέτοια πράξη. Η απάντηση που δινόταν ήταν σύμφωνα με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας.

Επίσης, οι δυο πρώτες συνεντεύξεις έγιναν υπό τη καθοδήγηση της επιβλέπουσας (ΜΚ), η οποία λόγω της μακράς πείρας της στη διεξαγωγή συνεντεύξεων στο πλαίσιο ποιοτικών μελετών, βοήθησε την κύρια ερευνήτρια να αναπτύξει δεξιότητες και κλίμα εμπιστοσύνης με τους συμμετέχοντες.

5.4 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

Ένας από τους λόγους που υπάρχουν λιγότερες έρευνες σχετικά με την απώλεια αυτοκτονίας είναι επειδή είναι δύσκολο για τους ερευνητές να διαχειριστούν τα δεοντολογικά ζητήματα που σχετίζονται με το συγκεκριμένο ευάλωτο πληθυσμό (Dickson-Swift et al., 2009, 2007). Παρά τις ηθικές προκλήσεις, η έρευνα για τους επιζώντες είναι σημαντική. Οι McIntosh και Jordan (2011) αναφέρουν:

"Αν και εγείρονται ηθικά ζητήματα σχετικά με τη διεξαγωγή έρευνας κατά τη διάρκεια αυτής της ευαίσθητης περιόδου πένθους από αυτοκτονία, θα πρέπει να γίνει προσεκτική διεξαγωγή της ηθικής έρευνας σε αυτή τη χρονική περίοδο..." (σ. 512).

Η μελέτη αυτή καθοδηγήθηκε τόσο από ηθικές κατευθυντήριες γραμμές (Christians, 2005) όσο και από κατευθυντήριες γραμμές για τη διεξαγωγή έρευνας με πληθυσμό αυτό των γονέων που έχασαν παιδί από αυτοκτονία (Stroebe, Hansson, Stroebe & Schut, 2008; Stroebe, Hansson, Schut & Stroebe, 2001). Η μελέτη ήταν προσεκτικά μελετημένη, ελεγχόμενη και επιτηρούμενη. Ακολουθήθηκαν τέσσερις βασικές αρχές δεοντολογίας για τη διεξαγωγή της ποιοτικής όπως είναι: η γραπτή και προφορική συγκατάθεση μετά από ενημέρωση, η εμπιστευτικότητα, η αποφυγή εξάπλησης, και ακριβής συλλογή και αναφορά των δεδομένων (Christians, 2005).

Στην ποιοτική έρευνα, οι πληροφορίες που συλλέγονται μπορεί κάποιες φορές να είναι πολύ προσωπικές ή και έντονα συναισθηματικά φορτισμένες, και η αποκάλυψή τους από τον συμμετέχοντα ενδέχεται να του προκαλέσει έντονη αναστάτωση, ενόχληση, θυμό, ενοχή ή θλίψη. Σε τέτοια περίπτωση, για να περιοριστεί όσο το δυνατόν η έκταση τέτοιων συμβάντων, οι συμμετέχοντες ενθαρρύνθηκαν να μιλήσουν μέχρι το βαθμό που αισθάνονται άνετα να το κάνουν. Στην περίπτωση όπου ενδεχομένως κάποιος συμμετέχοντας φορτιζόταν συναισθηματικά θα του είχε προταθεί να διακοπεί η συνέντευξη όμως δεν παρουσιάστηκε μια τέτοια περίπτωση.

Η ανάκληση της εμπειρίας που ενδεχομένως να προκαλούσε συναισθηματική φόρτιση έγινε με ταυτόχρονη επικοινωνία με τον ερευνητή και έτσι επιτεύχθηκε ως θεραπευτική διαδικασία «αδειάσματος», «μοιράσματος», ή «συναισθηματικής αποφόρτισης». Μετά την ολοκλήρωση των συνεντεύξεων οι συμμετέχοντες ενθαρρύνθηκαν να παραμείνουν στο χώρο για όσο χρόνο χρειαζόταν για να αποφορτιστούν. Στο διάστημα αυτό, η αλληλεπίδραση με τον ερευνητή έγινε σε ένα πλαίσιο ενσυναίσθησης και εκδήλωσης πραγματικού ενδιαφέροντος από τη πλευρά της ερευνήτριας. Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα έντονο στην εις βάθος συνέντευξη, όπου ο συμμετέχων καλείται να μιλήσει για διάφορες πλευρές της ζωής του και μπορεί να βρεθεί αντιμέτωπος με απρόβλεπτα συναισθήματα (Τσιώλης, 2014). Όπως αναφέρει η βιβλιογραφία, οι γονείς που έχουν χάσει το παιδί τους από αυτοκτονία έχουν αυξημένα ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού ή πρόθεσης, έτσι η ερευνήτρια ήταν προετοιμασμένη να αξιολογηθεί ο βαθμός επικινδυνότητας και άμεσα να παραπεμφθεί το άτομο στους κατάλληλους επαγγελματίες υγείας. Ειδικότερα, όταν λάμβανε τέλος η κάθε συνέντευξη, ακολουθούσε συζήτηση της μορφής κουβέντας, όπου εκεί ο/η κάθε συνεντευξιζόμενος/η έκανε αναφορά σε οτιδήποτε τους απασχολούσε εκείνη τη στιγμή όπως π.χ οικονομικές δυσκολίες. Τις πιο πολλές φορές, εκείνο που είχαν ανάγκη ήταν να περιγράψουν τις στιγμές που έζησαν με το

παιδί τους, είτε αυτές ήταν όμορφες είτε δύσκολες. το χαρακτήρα του παιδιού τους και να επισημάνουν ότι δεν ήταν ένας κακός άνθρωπος που άξιζε κάτι τέτοιο. Υπήρχαν όμως και περιπτώσεις όπου το άτομο δεν ήθελε να συνεχίσει τη συζήτηση για το γεγονός ή οτιδήποτε αφορούσε το παιδί του και έτσι η θεματολογία επικεντρώθηκε σε γενικού περιεχομένου. Ο ρόλος της ερευνήτριας ήταν κυρίως ακροατή, με στάση κατανόησης και πλήρως αποδοχής, μέσω ψυχολογικής υποστήριξης και συμβουλευτικής υπό το πρίσμα της επαγγελματικής της ιδιότητας.

Ειδικότερα, δεδομένου ότι ο πληθυσμός στόχος της μελέτης είναι μέλη του γενικού πληθυσμού, θα εφαρμόζονταν οι διαδικασίες που προβλέπονται από το Υπουργείο Υγείας για σχετικές περιπτώσεις. Συγκεκριμένα, η αρμόδια υπηρεσία του ΥΥ για παραπομπές και αξιολόγηση ζητημάτων που αφορούν προβλήματα ψυχικής υγείας στον γενικό πληθυσμό γίνεται από την Κοινοτική Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας της αρμόδιας περιοχής, στις οποίες εργοδοτούνται Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Ψυχολόγοι, Ψυχίατροι και Εργοθεραπευτές, και οι οποίες λειτουργούν από Δευτέρα έως Παρασκευή και ώρες 07:30- 15:00. Συγκεκριμένα, για να εφαρμοστούν τα ανωτέρω, η διαδικασία των συνεντεύξεων έγινε αποκλειστικά μεταξύ Δευτέρας και Παρασκευής, συγκεκριμένα μεταξύ 09:00- 13:00, προκειμένου να είναι εφικτή η άμεση διασύνδεση με τις αρμόδιες υπηρεσίες.

5.4.1 Λήψη σχετικών αδειών της μελέτης

Όλες οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν σε αυτήν την έρευνα συμμορφώθηκαν με τα ηθικά πρότυπα των σχετικών εθνικών και θεσμικών επιτροπών για τον πειραματισμό στον άνθρωπο και με τη Διακήρυξη του Ελσίνκι του 1975, όπως αναθεωρήθηκε το 2008.

Στην αρχή της μελέτης έγινε η κατάθεση του πρωτοκόλλου της μελέτης για αξιολόγηση όσο αφορά τα θέματα ηθικής και δεοντολογίας καθώς και προσωπικών δεδομένων. Πριν το πρωτόκολλο κατατεθεί στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, εγκρίθηκε από το τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Όταν αργότερα πήραμε την απαντητική επιστολή με την έγκριση της μελέτης από την Επιτροπή Βιοηθικής (Αριθμός αρχείου: EEBK/2017/03) (Παράρτημα II), τότε κατατέθηκε το πρωτόκολλο στην Επιτροπή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων. Αφού μελετήθηκε το αίτημα, κρίθηκε σύμφωνο με τις διατάξεις των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα Νόμο, και έτσι δόθηκε η σχετική άδεια (Παράρτημα III).

Όλα τα δημογραφικά δεδομένα που καταγράφονται και παρουσιάζονται εδώ προέρχονται από πληθυσμό 1.000.000 κατοίκων, επομένως είναι απολύτως αδύνατο να αναγνωριστεί κάποιος συμμετέχων.

5.5 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων έγινε μεταξύ Ιουλίου του 2017 και Αύγουστου 2019 σε όλες τις πόλεις της Κύπρου. Σε πρώτο στάδιο οι συμμετέχοντες εθελοντικά έρχονταν σε επαφή με την ερευνήτρια για να τους εξηγηθεί πλήρως ο σκοπός και οι διαδικασίες της μελέτης, με έμφαση στο τι θα αναμενόταν από αυτούς εάν συμφωνούσαν να συμμετάσχουν στη μελέτη. Στη συνέχεια, η ερευνήτρια επέλεγε τα άτομα βάσει των προαναφερόμενων κριτηρίων εισόδου. Αξίζει να αναφερθεί ότι οι συνεντεύξεις ως επί το πλείστο έγιναν από τη κύρια ερευνήτρια, η οποία είναι εγγεγραμμένη νοσηλευτική λειτουργός με μεταπτυχιακό στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας, ως εκ τούτου επαρκώς εκπαιδευμένη και ικανή στη διεξαγωγή κλινικών συνεντεύξεων, σύμφωνα με τα κρατικά κριτήρια. Οι δυο πρώτες συνεντεύξεις, έγιναν με την επίβλεψη της επιβλέπουσας καθηγήτριας, η οποία έχει πολυετή κλινική και ερευνητική εμπειρία στη διεξαγωγή ποιοτικών μελετών μεθοδολογίας όμοιας με τη συγκεκριμένη μελέτη.

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε χώρους και χρόνο που επέλεξαν οι συμμετέχοντες, σε περιβάλλον χωρίς θορύβους και περισπασμούς από τρίτα άτομα, προκειμένου να διατηρηθεί η ιδιωτικότητά τους. Διευκρινίζεται ότι σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες έχουν επιλέξει τις συνεντεύξεις να γίνουν στα σπίτια τους. Δύο συμμετέχοντες επέλεξαν η διεξαγωγή των συνεντεύξεων να γίνουν στις γραφειακές εγκαταστάσεις του Πανεπιστημίου, όμως σε ώρες που το Πανεπιστήμιο δεν ήταν ανοικτό με σκοπό να υπάρχει ιδιωτικότητα.

Πραγματοποιήθηκαν επαναλαμβανόμενες ημιδομημένες συνεντεύξεις με ανοικτές ερωτήσεις, για την επίτευξη της συλλογής δεδομένων επικεντρωμένες στο στόχο και σκοπό της μελέτης.

Οι πρώτες συνεντεύξεις διεξήχθησαν τέλη Ιουλίου του 2017 και ολοκληρώθηκαν Αύγουστο του 2019. Ακολούθησαν οι επαναληπτικές συνεντεύξεις με στόχο τη διασφάλισης της ακρίβειας της μελέτης όπου διενεργήθηκαν Ιανουάριο του 2020, αφού οι συμμετέχοντες είχαν ενημερωθεί και συμφωνήσει για αυτό το ενδεχόμενο από τις πρώτες συνεντεύξεις. Έγιναν 3 συνεντεύξεις με κάθε συμμετέχοντα. Στην 2η και στην 3η συνέντευξη επιβεβαιώθηκαν και

εμπλουτίστηκαν από τους ίδιους τους συμμετέχοντες τα δεδομένα που ελήφθησαν στην πρώτη συνέντευξη. Οι συμμετέχοντες ενθαρρύνονται να αναφέρουν παραδείγματα από τις εμπειρίες τους για να αποκτήσουν μια βαθύτερη κατανόηση του βιώματος τους. Η καταγραφή των απομαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων καθώς και οι συνεντεύξεις έγιναν από τη κύρια ερευνήτρια. Για αυτό το λόγο χρησιμοποιήθηκαν δυο μαγνητοφωνάκια και ένας ηλεκτρονικός υπολογιστής όπου αργότερα έγινε και η ανάλυση δεδομένων. Οι συνεντεύξεις διεξάχθηκαν σε ένα χώρο ήσυχο, απαλλαγμένο από θορύβους και είχαν διάρκεια από 1 μέχρι 3 ώρες.

Πριν από κάθε συνέντευξη δόθηκε ο απαιτούμενος χρόνος ώστε να τεθούν οποιαδήποτε απορίες υπήρχαν για την έρευνα αλλά και για να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον ασφάλειας και εμπιστοσύνης. Τους έγινε κατανοητό ότι οποιαδήποτε στιγμή επιθυμούσαν να αποχωρήσουν από τη μελέτη θα μπορούσαν να το κάνουν χωρίς οποιαδήποτε επίπτωση προς αυτούς.

Επίσης, η κύρια ερευνήτρια τους ενημέρωσε ότι τα προσωπικά τους στοιχεία δεν θα χρησιμοποιηθούν ούτε σε λεκτικό αλλά ούτε στο γραπτό λόγο αφού χρησιμοποιήθηκαν ψευδώνυμα για κάθε ένα από τους συμμετέχοντες, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η ανωνυμία. Οι συνεντεύξεις απομαγνητοποιήθηκαν και καταγράφηκαν σε έντυπη μορφή σε σύνολο 156 σελίδων.

5.5.1 Διαδικασία διεξαγωγής συνεντεύξεων

Κατά τη διάρκεια της συνάντησης γνωριμίας οι συμμετέχοντες έθεταν ερωτήματα που αφορούσαν στην έρευνα, όπως τα παρακάτω; «ποιοι διεξάγουν την μελέτη;», «Ποιος είναι ο σκοπός της μελέτης;», «Σε τι θα μας βοηθήσει η έρευνα;», «Για ποιο λόγο να συμμετάσχει κανείς στην μελέτη;», «Ποια είναι τα δικαιώματα μου;», «Υπάρχει κίνδυνος από την συμμετοχή μου στην μελέτη;», «Θα υπάρχει εμπιστευτικότητα;». Τέλος, αυτά τα ερωτήματα απαντήθηκαν προφορικά με έμφαση στην εχεμύθεια και στην εμπιστευτικότητα όσον αφορά τη διαχείριση από τους ερευνητές του περιεχομένου των αφηγήσεων.

Αργότερα, τα άτομα που επιθυμούσαν να συμμετάσχουν στη μελέτη, έχοντας διαβάσει τη Φόρμα συναίνεσης (Παράρτημα Ι), η οποία ήταν σε απλή γλώσσα, υπέγραφαν για συμμετοχή στη παρούσα μελέτη. Τους ζητήθηκε να επιλέξουν ένα ψευδώνυμο, χωρίς οποιοδήποτε άλλο

στοιχείο που να υποδηλώνει την ακριβή ταυτότητά τους, και στη συνέχεια προγραμματιζόταν προσωπική συνάντηση με την κύρια ερευνήτρια σε τόπο που οι ίδιοι επιθυμούσαν.

Αξίζει να αναφερθεί ότι ο χώρος που επέλεξαν οι 10 από τους 12 συμμετέχοντες για τη διεξαγωγή της συνέντευξης ήταν το σπίτι τους. Ένας χώρος ήσυχος και ασφαλής για τους ίδιους, όπου δεν υπήρχε πιθανότητα οποιασδήποτε παρέμβασης από τρίτα άτομα για σκοπούς προφύλαξης της ιδιωτικότητας και διατήρηση της εμπιστευτικότητας.

Έπειτα, εφόσον οι συμμετέχοντες συναινούσαν, ακολουθήθηκε η αξιολόγηση του πιθανού συμμετέχοντα βάσει των κριτηρίων εισόδου στη μελέτη, τα οποία περιγράφονται με λεπτομέρεια στη σελίδα 35, όταν το άτομο πληρούσε τα κριτήρια τότε ακολουθείτο η διαδικασία της συνέντευξης.

Σχετικά με τη συλλογή των δεδομένων δεν υπήρξαν δυσκολίες, αφού όλα τα άτομα όπου συναίνεσαν να συμμετάσχουν στη μελέτη παρέμειναν στην απόφαση τους μέχρι το τέλος της μελέτης.

Όσον αφορά τον ρόλο της κύριας ερευνήτριας σε σχέση με τους συμμετέχοντες, έγινε προσπάθεια να διαχωριστεί η επαγγελματική της ιδιότητα ως νοσηλεύτρια ψυχικής υγείας, να αποφευχθεί δηλαδή η πιθανότητα νοσηλευτικής αξιολόγησης και των παρεμβάσεων, αλλά να παραμένει επικεντρωμένη στους σκοπούς της μελέτης.

Επιπλέον, οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε τόπο, ώρα και μέρα της επιλογής του συμμετέχοντα, προκειμένου να διευκολυνθούν οι συμμετέχοντες και ταυτόχρονα να διασφαλιστούν οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας κατά τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων. Τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη, αντιμετώπιζονταν με σεβασμό και διακριτικότητα, έτσι με αυτό το τρόπο ενθαρρύνονταν να μιλήσουν για το βίωμα τους, βέβαια μέχρι το σημείο στο οποίο ένιωθαν άνετα να μιλήσουν. Πιο συγκεκριμένα, όλοι οι συμμετέχοντες, στο πέρας της συνέντευξης είχαν μια άτυπη συζήτηση με την ερευνήτρια έτσι ώστε να αποφορτιστεί από τυχόν συναισθηματική ένταση λόγω ανάκλησης συγκεκριμένων εμπειριών ο συμμετέχοντας. Με ένα τρόπο όπου η αλληλεπίδραση με τον ερευνητή γινόταν με ενσυναίσθηση προς το βίωμα τους.

Οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν, έπειτα από τη συγκατάθεση του συμμετέχοντα. Οι μαγνητοφωνημένες και οι απομαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις κλειδώθηκαν σε ένα ερμάρι

στο οποίο πρόσβαση είχε μόνο η κύρια ερευνήτρια και η επικεφαλής της μελέτης (επιβλέπουσα καθηγήτρια).

Αξίζει να αναφερθεί ότι στη συγκεκριμένη μελέτη φάνηκε ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων ανέφεραν την ανάγκη τους να μεταδώσουν τις εμπειρίες τους, τα συναισθήματα τους, αναφέροντας συνεχώς τη θεραπευτική φύση της παρούσας ερευνητικής διαδικασίας, κάτι που υποδεικνύει τη σπουδαιότητα και αναγκαιότητα διεξαγωγής τέτοιου είδους μελετών.

5.5.2 Οδηγός συλλογής δεδομένων

Προκειμένου να ερευνηθεί το βίωμα των γονέων μετά από την αυτοκτονία του παιδιού τους, αναπτύχθηκε ένας ημί-δομημένος οδηγός συνέντευξης βασισμένος στη βιβλιογραφία (Lee et al., 2019; Lee et al., 2017; Lindqvist et al., 2008; Begley & Quayle, 2007). Ο οδηγός αποτελείτο από ανοιχτού τύπου ερωτήσεις, όπου για να μπορέσει να διαπιστωθεί η καταλληλότητα της κάθε ερώτησης δόθηκαν στην ομάδα ειδικών που περιλαμβάνει τα μέλη της τριμελούς επιτροπής για να πάρουν τη τελική έγκριση για χρήση στην έρευνα.

Έτσι χρησιμοποιήθηκε ο πιο κάτω οδηγός:

1. Αισθάνεστε άνετα να μου περιγράψετε τις αλλαγές που έχουν συμβεί στη ζωή σας από τη στιγμή του θανάτου από αυτοκτονία του παιδιού σας; Μπορείτε να μου δώσετε ένα παράδειγμα;
2. Ποιος πιστεύετε ότι ήταν ο αντίκτυπος της αυτοκτονίας στην οικογένειά σας συνολικά;
3. Πώς αντιμετωπίζετε τις αλλαγές και τον αντίκτυπο της αυτοκτονίας του παιδιού σας;
4. Υπάρχει κάτι άλλο που θα θέλατε να συζητήσουμε;

Η πορεία της κάθε συνέντευξης καθώς και η σειρά που τέθηκαν οι ερωτήσεις κατευθυνόταν από τον εκάστοτε συνεντευξιαζόμενο.

6.ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε από τρεις ανεξάρτητους ερευνητές α) την κύρια ερευνήτρια (υποψήφια διδάκτωρ), β) την επιβλέπουσα καθηγήτρια, η οποία είναι Αναπληρώτρια καθηγήτρια Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας και διαθέτει επαρκή εκπαίδευση και εμπειρία στη ποιοτική ανάλυση και συγκεκριμένα στην ανάλυση περιεχομένου, γ) μια ψυχολόγο, με εμπειρία στην ανάλυση ποιοτικών δεδομένων.

Η διαδικασία ανάλυσης ξεκινούσε αμέσως μετά από κάθε συνέντευξη και γινόταν συγχρόνως με την διεξαγωγή των συνεντεύξεων. Επισημαίνεται ότι αφού αυτή η διαδικασία χρειάζεται ένα ήσυχο χώρο και ηρεμία, η κύρια ερευνήτρια βρήκε καταφύγιο στη παραλία, όπου εκεί άκουγε και παράλληλα διάβαζε τα απομαγνητοφωνημένα κείμενα έτσι ώστε να είναι σίγουρη για τη συμφωνία μεταξύ των λεγομένων του κάθε συνεντευξιζόμενου και της διατύπωσης του γραπτού λόγου. Αξίζει να αναφερθεί ότι ξεκινώντας αυτή τη διαδικασία, πίστευα ότι είχα κάποια επίγνωση της δίνης των αναμνήσεων, των γεγονότων που προηγήθηκαν, όμως αργότερα, κατά τη διαδικασία της ανάγνωσης και ανάλυσης του τρόπου που σκέφτεται, ερμηνεύει και νιώθει ένας γονιός που έχασε το παιδί του από αυτοκτονία έπεσα έξω. Ως ερευνήτρια, βρίσκομαι να ταξιδεύω μέσα από «φαντάσματα» του παρελθόντος όπου κάθε φορά που διαβάζω τις αφηγήσεις τους τόσο πιο πολύ εκτιμώ και σέβομαι το κάθε ένα ξεχωριστά για τη συμμετοχή του και που άνοιξε τη καρδιά και εξωτερίκευσε τον εσωτερικό του κόσμο.

Εξαιτίας του τρόπου και της παλικάριάς που δείχνουν αυτοί οι γονείς που έχασαν το παιδί τους από αυτοκτονία, αναμφίβολα ως άνθρωπος αναθεωρείς πολλά πράγματα από τη ζωή.

Επαναπροσδιορίζεις το τρόπο που σκέφτεσαι και διαχειρίζεσαι τη καθημερινότητα σου, καθώς παύεις να ασχολείσαι με μικρά και ασήμαντα πράγματα της ζωής.

Το μέγεθος του δείγματος καθορίστηκε σε 12 γονείς με βάση τα θεωρητικά κριτήρια και τα κριτήρια κορεσμού δεδομένων κατά την ταυτόχρονη ανάλυση και συλλογή δεδομένων (Παράρτημα XII).

Συγκεκριμένα, η πρόσθεση νέων συμμετεχόντων τερματίστηκε όταν δεν προέκυψαν άλλα νέα θέματα σύμφωνα με την ανάλυση δεδομένων. Επομένως, μέχρι εκείνη τη στιγμή είχαν οριστικοποιηθεί όλοι οι στόχοι της μελέτης/στρατηγικές πρόσληψης των συμμετεχόντων.

Συγκεκριμένα, η προσθήκη νέων συμμετεχόντων οριστικοποιήθηκε όταν δεν προέκυψαν άλλα νέα θέματα σύμφωνα με την ανάλυση δεδομένων. Επομένως, μέχρι εκείνη τη στιγμή είχαν οριστικοποιηθεί όλες οι αγγελίες μελέτης/στρατηγικές πρόσληψης συμμετεχόντων.

Δεδομένου ότι όλα τα άτομα όπου επικοινωνήσαν με τους ερευνητές πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης ($n=12$), συμπεριλήφθηκαν όλοι στο τελικό δείγμα (ποσοστό απόκρισης 100%). Δεν υπήρξε καμία εγκατάλειψη από τη μελέτη. Οι μισοί από τους συμμετέχοντες ($n=7$) παραπέμφθηκαν στην ερευνητική ομάδα από ένα μέλος της θεραπευτικής τους ομάδας, είτε αυτός ήταν νοσηλευτής ψυχικής υγείας ή ψυχίατρο. Επιπλέον, από τη στιγμή που η έρευνα δημοσιεύτηκε στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (Facebook, Twitter), μέσω αυτής της διαδικασίας επιστρατεύθηκαν δύο συμμετέχοντες, συγκεκριμένα, τα άτομα εντόπισαν την αναρτημένη ελεύθερη πρόσκληση. Το υπόλοιπο δείγμα ($n=3$) εισήχθη στη μελέτη μετά από παρότρυνση των ίδιων των συμμετεχόντων σε άλλα άτομα με το ίδιο βίωμα.

Τα απομαγνητοφωνημένα κείμενα, στέλνονταν ηλεκτρονικά στην ερευνητική ομάδα για επεξεργασία και ανάλυση τους. Προκειμένου να εξεταστεί η υποκειμενικότητα του ερευνητή, η δεύτερη ερευνήτρια (MK) , άκουσε ξανά τις ηχογραφημένες συνεντεύξεις και διάβασε εκ νέου τα καταγεγραμμένα κείμενα. Ο κάθε ένας ερευνητής προέβαινε στην επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων ανεξάρτητα, ξεχωριστά και αργότερα πραγματοποιείτο συνάντηση των τριών.

Σύμφωνα με τους Crist & Tanner (2003), αν και η συμμετοχή της ομάδας δεν είναι αναγκαία στην ανάλυση των δεδομένων, η ανταλλαγή ιδεών και η συζήτηση σχετικά με το υπό μελέτη θέμα, προσδίδει βάθος και διορατικότητα στην ερμηνεία.

Αναφέρεται ότι πραγματοποιήθηκαν συνολικά 15 συναντήσεις, οι οποίες αναλυτικότερα ξεκίνησαν τέλη Ιουλίου 2017 μέχρι Σεπτέμβριο 2020, συμπεριλαμβανομένων των επαναληπτικών συνεντεύξεων. Οι συναντήσεις γίνονταν μέσω skype, υπήρχε συνεχής τηλεφωνική επικοινωνία καθώς και μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας.

Για το σκοπό της ανάλυσης, οι απομαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις είχαν την μορφή του αρχείου της word όπου περιλάμβανε δυο στήλες. Στην αριστερή πλευρά της σελίδας υπήρχαν αύξοντες αριθμοί αρχίζοντας με τους αριθμούς 001 και στη δεξιά της πλευρά υπήρχε κενός χώρος όπου ο κάθε ερευνητής κατέγραφε τα σχόλια του που αφορούσαν τη κάθε γραμμή.

Στην αρχή της κάθε συνάντησης υπήρχε μια μικρή συζήτηση σχετικά με τη συνέντευξη και ακολουθούσε η ανάγνωση της προγραμματισμένης συνέντευξης από τη κύρια ερευνήτρια. Επίσης, εκτός από τη συζήτηση, στην πρώτη συνάντηση, έγινε κριτική αξιολόγηση ως προς τη πρακτική της συνέντευξης και δόθηκαν κατευθύνσεις και παρατηρήσεις στην ερευνήτρια, για βελτίωση των επερχόμενων συνεντεύξεων και της δειγματοληψίας. Ο χρόνος της κάθε συνάντησης δεν ήταν προκαθορισμένος, αντίθετα στηριζόταν στο διαθέσιμο χρόνο που είχαν οι ερευνητές δεδομένου των προσωπικών τους υποχρεώσεων.

Η κύρια ερευνήτρια διάβαζε γραμμή με γραμμή, λέξη προς λέξη, τη κάθε συνέντευξη και δινόταν χρόνος για σχόλια. Κατά τη διαδικασία της ανάγνωσης, η κύρια ερευνήτρια αναφερόταν στη γραμμή αλλά και στη σελίδα στις συγκεκριμένες συνέντευξης. Μετέπειτα με τη σειρά τους ο κάθε ερευνητής αναφερόταν στη συγκεκριμένη γραμμή και σελίδα με σκοπό να επεξηγηθούν και να τεκμηριωθούν τα σχόλια. Σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρήθηκε σύνδεση των τεκμηριωμένων σχολίων με προηγούμενες συνεντεύξεις. Δεν υπήρξαν περιπτώσεις όπου να υπήρχε σημαντική διαφωνία μεταξύ των ερευνητών, ο κάθε ένας εξέφραζε τη γνώμη του, την οπτική γωνία που αντιλαμβανόταν και ερμήνευε την αντίστοιχη εμπειρία.

6.1 Περιγραφή των κύριων βημάτων ανάλυσης της μελέτης σύμφωνα με τη μέθοδο συμβατικής ανάλυσης περιεχομένου.

Μια διαδικασία 9 βημάτων:

1. Ανάγνωση του συνόλου των αφηγηματικών δεδομένων επανειλημμένα έτσι ώστε να επιτευχθεί εμβύθιση και αντίληψη του συνόλου. Διατήρηση σημειώσεων σχετικά με το περιεχόμενο του κειμένου (πρώτο κριτήριο αξιοπιστίας).
2. Ανάγνωση των δεδομένων λέξη προς λέξη και επισήμανση των πιο περιγραφικών τμημάτων του κειμένου σχετικά με τα κύρια σημεία του βασικού ερευνητικού ερωτήματος => Ταυτόχρονα υπογραμμίζονται όλα τα σημεία του κειμένου που φαίνονται να αντιπροσωπεύουν πρόσθετες βασικές έννοιες/ σημεία που σχετίζονται με την ερευνητική ερώτηση με μια βασική έννοια/σκέψεις => ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΝΟΗΜΑΤΙΚΩΝ ΘΕΜΑΤΙΔΩΝ. Τα συναισθήματα, οι εμπειρίες, οι ερμηνείες και οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων σχετικά με (α) την αυτοκτονία του παιδιού τους, (β) τον αντίκτυπο της αυτοκτονίας σε αυτούς και στην οικογένειά τους και (γ) οι στρατηγικές αντιμετώπισης και οι πηγές υποστήριξης τους, επισημάνθηκαν με διαφορετικά χρώματα, σύμφωνα με τους στόχους της παρούσας μελέτης.
3. Σύντμηση των νοηματικών μονάδων γράφοντας τις ακριβείς λέξεις από το υπογραμμισμένο κείμενο που φαίνεται να αποτυπώνουν βασικές σκέψεις ή έννοιες των προοπτικών/εμπειριών των συμμετεχόντων που ορίζει το ερευνητικό ερώτημα => ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΥΓΓΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΝΟΗΜΑΤΙΚΩΝ ΘΕΜΑΤΙΔΩΝ.
4. Ονομασία των συμπυκνωμένων νοηματικών μονάδων με τη χρήση μίας έως δύο λέξεων που προέρχονται απευθείας από το κείμενο => ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΩΔΙΚΩΝ.
5. Οργάνωση και ομαδοποίηση των κωδικών σε ουσιαστικές ομάδες (10-15), με βάση τον τρόπο με τον οποίο οι διαφορετικοί κωδικοί σχετίζονται και συνδέονται => "Ποιος-Πού-Πότε -Τι" => ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ.
6. Συνδυασμός, και περαιτέρω αναδιοργάνωση των κατηγοριών σε μικρότερο αριθμό ομάδων που εκφράζουν το υποκείμενο νόημα => "Γιατί-Πως-Με Ποιο Τρόπο-Με Ποιο Λόγο" => ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΘΕΜΑΤΩΝ.
7. Ανάπτυξη ενός δενδροειδούς διαγράμματος που αντικατοπτρίζει μια ιεραρχική δομή των κατηγοριών και των θεμάτων των δεδομένων => ένα θέμα που περιλαμβάνει όλες τις έννοιες.
8. Ανάπτυξη ορισμών για κάθε κατηγορία και θέμα και παρουσίαση παραδειγμάτων/αντιπροσωπευτικών αποσπασμάτων για καθένα από αυτά.

9. Προσδιορισμός της σχέσης μεταξύ κατηγοριών και υποκατηγοριών με βάση τη συμφωνία των ερευνητών, τα προηγούμενα ή τις συνέπειες που παρουσιάζονται σε ένα διάγραμμα/σχήμα (Karanikola, 2019).

Επιπλέον, ερευνήθηκε το πυρηνικό θέμα της βιωμένης εμπειρίας, το οποίο ήταν το κοινό εννοιολογικό υπόβαθρο των θεμάτων που εντοπίστηκαν. Με την ολοκλήρωση της όλης ερευνητικής διαδικασίας ανάλυσης των δεδομένων ακολούθησε η συγγραφή της ερμηνείας σε μορφή ενιαίου κειμένου.

6.2 Αξιολόγηση ποιότητας και ακρίβειας της μελέτης

Η διαδικασία επιβεβαίωσης της ποιότητας και της αξιοπιστίας της μελέτης βασίστηκε στην αξιολόγηση του βαθμού στον οποίο εφαρμόστηκαν με επιτυχία και τα εννέα κριτήρια μεθοδολογικής ισχύς της έρευνας του Munhall (Karanikola, 2019).

A) Η λογική των ευρημάτων (Reasonableness). Η λογική των ευρημάτων επιβεβαιώθηκε στη φάση των επαναλαμβανόμενων συνεντεύξεων και της παρουσίασης των ευρημάτων στους συμμετέχοντες μέσω των εκφράσεων των συμμετεχόντων: «Ναι, μου φαίνεται λογικό».

Η ακεραιότητα της διαδικασίας ανάλυσης των δεδομένων διασφαλίστηκε με συνεχείς συναντήσεις των τριών ερευνητών προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός συναίνεσης μεταξύ τους όσον αφορά τα ευρήματα. Σε περίπτωση διαφωνίας ακολουθούσε εκτενής συζήτηση έως ότου επιτευχθεί συναίνεση μεταξύ των ερευνητών και οι τρεις ερευνητές κατέληξαν σε συναίνεση όσον αφορά τα ευρήματα της μελέτης.

B) Αρμονία της μελέτης (Resonance) Η ανάλυση του φαινομένου αντηχεί στους συμμετέχοντες. Στη φάση των επαναληπτικών συνεντεύξεων και της παρουσίασης των ευρημάτων στους συμμετέχοντες, αυτοί επιβεβαίωσαν την ανάλυση χρησιμοποιώντας εκφράσεις όπως: «Ναι, μου ακούγεται σωστό».

Γ) Αντιπροσωπευτικότητα (Representativeness), Σε βάθος ερμηνεία του φαινομένου. Η συλλογή δεδομένων ολοκληρώθηκε όταν διαπιστώθηκε ότι η προσθήκη περαιτέρω δεδομένων συνέβαλε σημαντικά στην αποκάλυψη νέων δεδομένων. Επιπλέον, με στόχο να διασφαλιστεί ο κορεσμός των δεδομένων κατά τη διαδικασία συλλογής δεδομένων, (α) οι συμμετέχοντες

ενθαρρύνονταν να αναφερθούν σε παραδείγματα της εμπειρίας τους για να καταστεί δυνατή η σε βάθος κατανόηση του νοήματός τους, (β) κάθε συνέντευξη τερματιζόταν όταν οι συμμετέχοντες πίστευαν ότι δεν είχαν τίποτα να προσθέσουν, σε απάντηση σε σχετική ερώτηση, δηλαδή. π.χ. "Θα θέλατε να προσθέσετε κάτι περισσότερο;", (γ) διεξήχθη μια δεύτερη συνέντευξη με κάθε συμμετέχοντα- έτσι, οι συμμετέχοντες είχαν την ευκαιρία να προβληματιστούν σχετικά με την πρώτη τους συνέντευξη και να αναθεωρήσουν, ή ακόμη και να εμπλουτίσουν το περιεχόμενό της, (δ) για όλους τους συμμετέχοντες είχαν περάσει τουλάχιστον δύο χρόνια από την αυτοκτονία, οπότε είχαν τη δυνατότητα να προβληματιστούν σχετικά με το φαινόμενο.

Δ) Σχετικότητα της μελέτης με τους στόχους του ποιοτικού παραδείγματος (Relevance). Το συμπέρασμα της μελέτης αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο οι γονείς που έχασαν το παιδί τους από αυτοκτονία βιώνουν αυτό το φαινόμενο, με βάση τις αφηγήσεις και τις αυτοαντιλήψεις τους.

Ε) Αναγνωρισιμότητα (Recognizability). Οι αναγνώστες αναγνωρίζουν πτυχές της εμπειρίας τους στην ερμηνεία. Η αναγνωρισιμότητα των ευρημάτων επιβεβαιώθηκε μέσω της παρουσίασης των ευρημάτων αυτών σε πενθούντες από άλλη αιτία θανάτου και σε μη πενθούντες, αναφέροντας εκφράσεις όπως: "Αυτό που μου περιγράφετε, το έχω δει να συμβαίνει".

Ζ) Διερεύνηση της συνειδητής επίγνωσης (Raised Consciousness). Διευρύνοντας την αντίληψη της πραγματικότητας. Η εξοικείωση με την εμπειρία των συμμετεχόντων θεωρήθηκε από τους ερευνητές ως μια δυναμική διαδικασία. Οι αφηγήσεις των συμμετεχόντων έριξαν φως στις ανάγκες αυτής της πληθυσμιακής ομάδας, αλλά και βοήθησαν τους ερευνητές να ενισχύσουν την ενσυναίσθησή τους προς αυτή την ομάδα, καθώς έρχονται αντιμέτωποι με ορισμένες διαστάσεις του φαινομένου που δεν είχαν συνειδητοποιήσει ποτέ πριν.

Η) Ευαναγνωσιμότητα της καταγραφής (Readability). Σκοπιμότητα και ακρίβεια του κειμένου. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν ένα νατουραλιστικό τρόπο συγγραφής του κειμένου, με βάση τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων.

Θ) Ανταποκρισιμότητα (responsiveness). Ο τρόπος με τον οποίο ανταποκρίθηκαν οι συμμετέχοντες στη μελέτη. Οι συμμετέχοντες επιβεβαίωσαν τόσο την ακρίβεια των

περιγραφών και της ερμηνείας του φαινομένου, όπως πραγματοποιήθηκε από τον ερευνητή, όσο και την αντιπροσωπευτικότητα των δεδομένων σε σχέση με τον τρόπο που βίωσαν οι ίδιοι το περιγραφόμενο φαινόμενο.

I) Συντονισμός (Resonsibility). Ο βαθμός στον οποίο αντιμετωπίστηκαν ηθικά ζητήματα. Το πρωτόκολλο της μελέτης εγκρίθηκε από την εθνική επιτροπή βιοηθικής του κράτους και το Γραφείο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

Η συγκατάθεση των συμμετεχόντων επιβεβαιώθηκε καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης. Η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα διασφαλίστηκε με τη χρήση ψευδωνύμων από τους συμμετέχοντες. Οι συμμετέχοντες ενθαρρύνονταν να μιλήσουν στο βαθμό που ένιωθαν άνετα να το κάνουν. Το τελικό μέρος του κειμένου παρουσιάστηκε στους συμμετέχοντες προκειμένου να επιβεβαιωθεί η συγκατάθεσή τους για τη χρήση ποσοτώσεων από τις συνεντεύξεις τους στο κείμενο.

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων, παρουσιάζονται τα ευρήματα που προέκυψαν από τη μελέτη με τη μορφή θεμάτων και υποθεμάτων, τα οποία οργανώνονται σε τέσσερις ενότητες. Παρουσιάζονται επίσης βασικά θέματα που συνδέονται με αυτά τα τμήματα. Κάθε θέμα εξηγείται με τα λόγια των συμμετεχόντων παρουσιάζοντας αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις. Οι τέσσερις ενότητες του κεφαλαίου των αποτελεσμάτων απεικονίζονται από τον τρόπο που νοηματοδοτούν και ερμηνεύουν την αυτοκτονία του παιδιού τους, τον αντίκτυπο της αυτοκτονίας σε προσωπικό, κοινωνικό και οικογενειακό επίπεδο, τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν για ανταπεξέλθουν στο γεγονός και τέλος, τις αναδυόμενες ανάγκες τους.

7.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 12 γονείς, (10 μητέρες και 2 πατεράδες), με μέσο όρο ηλικίας τα 58 έτη, όπου οι πλείστοι ήταν παντρεμένοι. Τα χρόνια μακριά από την αυτοκτονία ήταν από 3-19 χρόνια.

Όσο αφορά τα χαρακτηριστικά των αυτοχείρων, τα περιστατικά αφορούν σε 11 άνδρες και 1 γυναίκα, με μέσο όρο ηλικίας τα 26 έτη. Η κύρια μέθοδος αυτοκτονίας με σειρά προτεραιότητας αφορούσε τον απαγχονισμό, κατάποση φαρμάκων, πτώση στο κενό, αυτό-πυροβολισμό και δηλητηρίαση. Ο χώρος που επιλέχθηκε από τους αυτόχειρες για να προβούν στη πράξη της αυτοκτονίας είναι κατά πλειοψηφία το σπίτι τους. Λεπτομερής περιγραφή των συμμετεχόντων και των περιστατικών δίνεται στο πίνακα στα Παραρτήματα XII.

7.2 ΠΥΡΗΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΥΡΙΑ ΘΕΜΑΤΑ

7.2 Πυρηνικό Θέμα

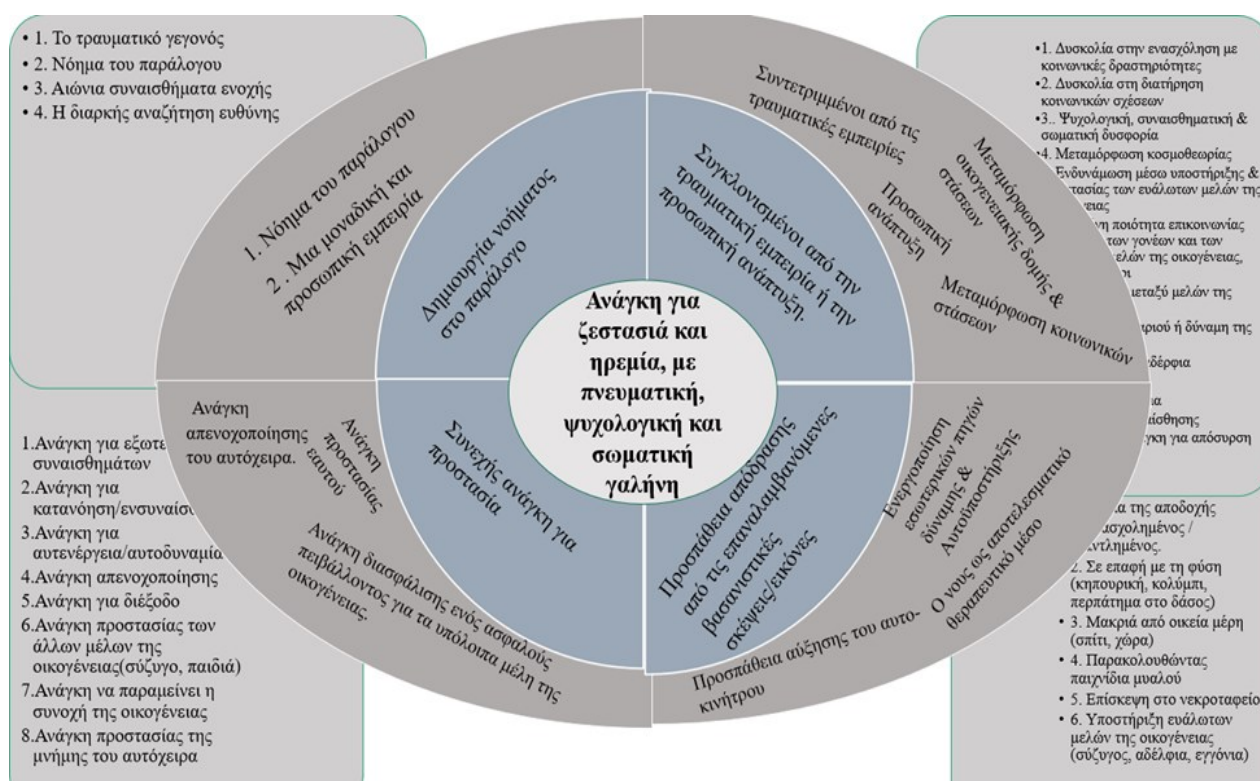
Προσδιορίστηκαν αρκετοί κωδικοί, σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα μελέτης. Αυτά ομαδοποιήθηκαν περαιτέρω σε δεκάδες κατηγορίες και τέσσερα θέματα (παράρτημα XIV).

Το πρώτο θέμα όπου αναφέρθηκε ήταν « Βγάζοντας νόημα στο ακατανόητο», περιλαμβάνοντας δύο κατηγορίες: «Αιώνια συναισθήματα ενοχής» και «Η διαρκής αναζήτηση ευθύνης». Το δεύτερο θέμα ήταν «Συγκλονισμένοι από την τραυματική εμπειρία ή την προσωπική ανάπτυξη και ενδυνάμωση» και περιλάμβανε τις ακόλουθες κατηγορίες: «Μεταμόρφωση της οικογενειακής δομής και στάσεων», «Μεταμόρφωση κοινωνικών στάσεων», «Εννοώντας την αποδοχή». Το τρίτο θέμα ήταν «Προσπάθεια απόδρασης από τις επαναλαμβανόμενες ανησυχητικές σκέψεις και εικόνες σχετικά με την αυτοκτονία του παιδιού» και περιλάμβανε τρεις κατηγορίες, ως εξής: «Εννοώντας προς την αποδοχή», «Το θεραπευτικό αποτέλεσμα της υποστήριξης των άλλων» και «Εξωτερικές πηγές υποστήριξης». Ο ρόλος του πυρήνα της οικογένειας, του κοινωνικού δικτύου και της εκκλησίας». Το τέταρτο θέμα ήταν η «Συνεχής ανάγκη προστασίας» από τις δυσμενείς επιπτώσεις της αυτοκτονίας στους ίδιους, στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και προς τον/την ίδιο/α τον/την αυτόχειρα. Με βάση αυτά τα θέματα και τις κατηγορίες, η ουσία της παρούσας ανάλυσης έδειξε ότι η εύρεση ενός ασφαλούς άνετου χώρου, για να απαλλαγεί από την κρίση των άλλων ή τον εαυτό του και τις οδυνηρές υπενθυμίσεις της αυτοκτονίας του παιδιού, ήταν η απόλυτη επιθυμία των συμμετεχόντων μέσω τις στρατηγικές αντιμετώπισης και τη δημιουργία νοήματος. Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν την προσπάθειά τους να κατανοήσουν το παράλογο του γεγονότος, δίνοντας έδαφος σε πολυάριθμες ερμηνείες της αυτοκτονίας του παιδιού τους. Συγκεκριμένα, η αυτοκτονία χαρακτηρίστηκε ως αποτέλεσμα ψυχικής διαταραχής, Θεϊκής βούλησης, ακόμη και συνειδητής επιλογής. Επίσης περιγράφουν πολύ παραστατικά τον αντίκτυπο της αυτοκτονίας σε προσωπικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο. Υπήρχαν συμμετέχοντες που κατάφεραν να συνεχίσουν τη ζωή τους προσπαθώντας να κρατήσουν την υπόλοιπη οικογένεια ενωμένη, παρουσιάζοντας τον εαυτό τους με αυτοδυναμία κατά τη διαδικασία της δημιουργίας νοήματος. Άλλοι ακόμα προσπαθούσαν να αντιμετωπίσουν την απώλειά τους, νιώθοντας αποκομμένοι από το κοινωνικό τους δίκτυο. Παρόλο που περιεγράφηκαν πολυάριθμες στρατηγικές αντιμετώπισης και συστήματα υποστήριξης, η ενεργοποίησή τους αντανakλούσε την προσπάθεια των συμμετεχόντων να ξεφύγουν από μόνιμες, οδυνηρές σκέψεις και εικόνες σχετικά με την αυτοκτονία του παιδιού τους, δείχνοντας ότι οι συμμετέχοντες είχαν τραυματιστεί από την αυτοκτονία του παιδιού τους, ενώ οι σκέψεις και τα συναισθήματά τους επηρεάζονται από τις επαναλαμβανόμενες εικόνες του παιδιού τους να αυτοκτονεί στο μυαλό τους.

Επίσης, αναδύθηκαν οι ανάγκες των γονέων μετά το θάνατο του παιδιού τους από αυτοκτονία όπου το κύριο θέμα τους αφορούσε στη συνεχή προσπάθεια τους για προστασία. Η ανάγκη

προστασίας της αξιοπρέπειας και της δημόσιας εικόνας των συμμετεχόντων έναντι του κοινωνικού στιγματισμού ως ανεπαρκών γονέων, η ανάγκη προστασίας των άλλων μελών και των υπόλοιπων παιδιών από τις ψυχολογικές / κοινωνικές επιπτώσεις της αυτοκτονίας του αδερφού τους καθώς και η ανάγκη να προστατεύσουν τη μνήμη του παιδιού τους από το κοινωνικό στίγμα τους ως επίβουλη προσωπικότητα.

Επιπλέον, ο κοινωνικός στιγματισμός ήταν αρκετά έντονος ώστε να κρατά τους συμμετέχοντες μακριά από τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, ώστε να αισθάνονται ασφαλείς από την απειλή της κριτικής. Ο αυτο-στιγματισμός και οι τραυματικές αναμνήσεις αντιμετωπίστηκαν επίσης πίσω από την ανάγκη των συμμετεχόντων να επιτύχουν τη γαλήνη των σκέψεων ενοχής/ευθυνών και τον πόνο της απώλειας σχετικά με την αυτοκτονία του παιδιού τους και έτσι να μπορέσουν να βιώσουν πνευματική, ψυχολογική και σωματική ασφάλεια. Κάτω από αυτό το στόχο, η ουσία της παρούσας ανάλυσης, φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες είχαν ανάγκη να επιτύχουν μια κατάσταση ξεστασιάς και ηρεμίας, με πνευματική, ψυχολογική και σωματική γαλήνη, απαλλαγμένοι από την κρίση των άλλων ή του ίδιου του εαυτού τους. Ένα «μέρος» ή ένας τρόπος όπου τα άτομα θα μπορέσουν να απαλλαγούν από τις οδυνηρές υπενθυμίσεις της αυτοκτονίας του παιδιού τους, αυτός αποτελεί τον κύριο επιθυμητό στόχο των συμμετεχόντων μέσω των στρατηγικών αντιμετώπισης και της προσπάθειας τους στην απόδοση νοήματος. Στο παράρτημα XV παρουσιάζονται σχηματικά οι κατηγορίες και οι θεματικοί κώδικες που προσδιορίστηκαν σύμφωνα με τις τρέχουσες ερευνητικές ερωτήσεις ανάλυσης.



7.3 ΚΥΡΙΑ ΘΕΜΑΤΑ

7.3.1 ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΟΥ ΓΕΓΟΝΟΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ: ΒΓΑΖΟΝΤΑΣ ΝΟΗΜΑ ΣΤΟ ΑΚΑΤΑΝΟΗΤΟ

Το τραυματικό γεγονός

Όλοι οι συμμετέχοντες περιέγραψαν την αυτοκτονία των παιδιών τους ως ένα διαρκές, τραυματικό γεγονός που μαστίζει και ταλανίζει και τους δυο γονείς τους.

Σ6: «[...] Νομίζω ότι αυτό (η αυτοκτονία) συνέβη χθες»

Σ8: «Περνά ο καιρός, δεν είναι ότι αλλάζει κάτι, είναι το ίδιο όπως όταν έγινε το κακό. Δεν νομίζω να περάσει. Μπορεί να μιλάς, να τρώς, να πίνεις, αλλά το αγκάθι είναι αγκάθι. Δεν περνά και ούτε νομίζω να περάσει»

Η αυτοκτονία των παιδιών τους χαρακτηρίστηκε ως ένα ακατανόητο περιστατικό, ένα συμβάν όπου δεν μπορούν ούτε να καταλάβουν για ποιο λόγο έγινε αλλά και ούτε να πιστέψουν ότι έχει συμβεί στην οικογένειά τους. Οι γονείς δυσκολεύονται να βρουν κάποιο ικανοποιητικό

λόγο που να είχε συμβεί στο παιδί για να το οδηγήσει να προβεί σε μια πράξη αυτοκτονίας. Η αναζήτηση της αιτίας του συμβάντος φάνηκε να δημιουργεί πολλά ερωτηματικά και μια πληθώρα "γιατί" τυλίγοντας έτσι τους συμμετέχοντες σε έναν φαύλο κύκλο βασανιστηρίων θέλοντας να καταλαγιάσουν το πόνο και να δώσουν απαντήσεις στον ίδιο τον εαυτό τους.

Σ7: *«Αναρωτιέμαι συνεχώς στον εαυτό μου "γιατί ". Και ο πόνος γίνεται ακόμη χειρότερος γιατί δεν ξέρω γιατί έχει φύγει».*

Σ12: *« Γιατί; Αναρωτιέμαι γιατί. [...] Γιατί συνέβη αυτό σε εμάς;»*

Δίνοντας νόημα στο παράλογο

Οι συμμετέχοντες προσπάθησαν να κατανοήσουν την αυτοκτονία μέσω μιας συνεχούς διαδικασίας δημιουργίας νοήματος καθοδηγούμενοι κυρίως από τις συγκινήσεις και τα συναισθήματά τους, καθώς και από την ανάγκη τους για ψυχική ηρεμία. Μέσα από την προσπάθειά τους να δώσουν νόημα στο γεγονός, ορισμένοι από τους γονείς ανέπτυξαν την αντίληψη ότι η αυτοκτονία των παιδιών τους ήταν αποτέλεσμα της μοίρας, μιας θεϊκής βούλησης όπου οι ίδιοι δεν μπορούν να κάνουν κάτι για αυτό.

Σ3: *«[...]Έτσι έτυχε, έτσι ήρθε. Έτσι έγινε η κατάσταση αυτή. Αυτό μας επιφύλασσε η μοίρα».*

Σ5: *«Νιώθω, για να ικανοποιούνται τα συναισθήματά μου, κάποτε νιώθω ότι είναι άγγελος ο γιος μου. Ήθελε τον ο Θεός. Τούτο. Για κάποιο λόγο ήθελε τον ο Θεός. Ίσως σκέφτομαι έτσι λίγο πιο καλά, ότι ήθελε τον ο Θεός κοντά του. Γιατί δεν πείραζε ούτε μύγα που λένε. Το μωρό μου. Δεν πείραζε κανένα» «ο γιος μου είναι άγγελος. Ο Θεός τον ήθελε. [...] Ίσως σκέφτομαι έτσι να νιώσω λίγο καλύτερα».*

Ενώ, κάποιοι συμμετέχοντες, περιέγραψαν ότι το συμβάν είναι ως ένας τρόπος τιμωρίας προς τους ιδίους για κάτι που πιθανόν να είχαν κάνει στο παρελθόν και να τιμωρούνται με τέτοιο τρόπο.

Σ6: *«[...] οι άνθρωποι λένε ότι η μεγαλύτερη τιμωρία για τον άνθρωπο είναι να θάβεις το παιδί σου».*

Επίσης, άλλοι πίστευαν ότι το παιδί τους έκανε μια συνειδητή επιλογή. Μια επιλογή όπου την είχε μελετήσει καλά, ήταν συνειδητοποιημένο για αυτή του τη πράξη και εκείνο που είχε ανάγκη εκείνη τη στιγμή ήταν να θέσει τέλος στη ζωή του. Έτσι, εκείνοι ως γονείς θα έπρεπε να το καταλάβουν, να το σεβαστούν και να το αποδεχτούν γιατί ήταν η απόφαση και το θέλημα του παιδιού τους :

Σ2: «[...] πιθανότατα ήθελε να πάει για τους δικούς του λόγους, οι οποίοι στο μυαλό του ήταν οι σωστοί».

Για μερικούς άλλους, η αυτοκτονία των παιδιών τους ήταν το αποτέλεσμα μιας πιθανής ψυχικής διαταραχής που παρουσίαζε το παιδί τους εκείνη τη χρονική περίοδο, όπως είναι η διπολική διαταραχή , η κατάθλιψη ή η σχιζοφρένεια όπου στερούσε στο παιδί τη κριτική ικανότητα του:

Σ12: «[...] αυτό συνέβη λόγω του νου του».

Σ8: «Αφού το τελευταίο καιρό δεν ήταν καλά, έλεγε διάφορα πράγματα που δεν ήταν στη πραγματικότητα».

Μια μοναδική & προσωπική εμπειρία

Αιώνια συναισθήματα ενοχής

Όποια και αν ήταν η αιτία της αυτοκτονίας, σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες αναρωτιούνται αν θα μπορούσαν να είχαν κάνει κάτι για να αποτρέψουν αυτήν την τραγωδία, μια διαδικασία που μερικές φορές είχε ως αποτέλεσμα να κατηγορούν τον ίδιο τους τον εαυτό. Μερικοί συμμετέχοντες θεώρησαν ότι είχαν αποτύχει ως γονείς, ενώ άλλοι δεν έκαναν αρκετά για να αποτρέψουν την αυτοκτονία του παιδιού τους. Η εμπειρία της ενοχής φάνηκε να είναι διαχρονική, που εκδηλώθηκε μέσα από το παρόν, το παρελθόν και πιθανώς το μέλλον:

Σ8: «[...]Και απογοητεύεσαι, γιατί λες τι έκανα λάθος να τον φέρω σε τούτο το σημείο; Πώς έγινε το κακό; Ρίχνω κάποια ευθύνη στον εαυτό μου».

Η διαρκής αναζήτηση ευθύνης

Όταν οι συμμετέχοντες πίστευαν ότι δεν είχαν κάνει τίποτα λάθος και δεν ευθύνονται για την απόφαση που πήρε το παιδί τους να βάλει τέλος στη ζωή του, προσπαθούσαν να ανακαλύψουν τί ή ποιος θα μπορούσε να είναι υπεύθυνος για την αυτοκτονία του παιδιού τους. Το αποτέλεσμα ήταν να επιρρίπτουν ευθύνες σε άλλα μέλη της οικογένειας ή ακόμη και στον ίδιο τον Θεό:

Σ5: «Νιώθω ότι φέρει μεγάλη ευθύνη ο μπαμπάς του [...] της φορές κατηγορώ ακόμη και τον Θεό ότι επέτρεψε στον γιο μου να το κάνει αυτό».

Κάποιοι άλλοι προσπαθούσαν να κατηγορήσουν τους επαγγελματίες στο τομέα της υγείας που δεν μπόρεσαν να ανακαλύψουν/ διαγνώσουν ότι το παιδί τους έπασχε από ψυχική διαταραχή:

Σ2: «[...] ο ψυχίατρος δεν ήταν τόσο καλός [...] ο γιος μου κατάφερε να τον χειριστεί [...]».

Σ4: «Συγκεκριμένα η υπηρεσία της ψυχιατρικής (υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε εσωτερικούς ασθενείς) και συγκεκριμένα ο κ. Χ (γιατρός) που τους έβλεπε όλους. Φέρει ευθύνη».

ή ακόμη, επειδή γνώριζαν το ιστορικό του/της λόγω και προηγούμενων αποπειρών και δεν έκαναν τίποτα. Αναφέρθηκαν επίσης ζητήματα γραφειοκρατίας και δυσλειτουργικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης:

Σ6: «Αυτό το σύστημα (υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε εσωτερικούς ασθενείς) ήταν εντελώς δυσλειτουργικό».

Επίσης, υπήρχαν περιπτώσεις, συγκεκριμένα δύο, όπου οι αυτόχειρες έπεφταν θύματα εκφοβισμού. Το παιδί πιεζόταν συναισθηματικά από αυτές τις επιθετικές συμπεριφορές, έφτανε σε απελπισία και θεωρούσε λύτρωση το θάνατο. Αυτό αποτελεί ένας κρίσιμος παράγοντας που συνδέεται με την αυτοκτονία:

Σ3: «Οι συνομήλικοί της (νταήδες) την έσπρωξαν να βάλει τέλος στη ζωή της».

7.3.2 ΜΕΤΑΓΕΝΕΣΤΕΡΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Αν και είχε περάσει αρκετός χρόνος από την αυτοκτονία του παιδιού τους, οι συμμετέχοντες αγωνίζονταν με μεγάλη δυσκολία να προχωρήσουν με τη ζωή τους, περιγράφοντας ξεκάθαρα τον συναισθηματικό, ψυχολογικό, σωματικό και κοινωνικό αντίκτυπο της αυτοκτονίας σε προσωπικό, οικογενειακό και διαπροσωπικό επίπεδο.

Προσωπικό επίπεδο: Συντετριμμένοι από τις τραυματικές εμπειρίες

Ψυχολογική, συναισθηματική και σωματική δυσφορία.

Σε ατομικό/ προσωπικό επίπεδο, περιεγράφηκαν συναισθήματα όπως ο έντονος και διαρκής πόνος, η θλίψη, η λύπη, η ενοχή.

Σ7: «Δεν αντέχω αυτόν τον πόνο. Ο πόνος είναι πόνος. Όπως την πρώτη μέρα. Μετά από 7 χρόνια είναι το ίδιο».

Παρόλο που αυτός ο πόνος ήταν έντονος, σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες δεν ήθελαν να εκφράσουν τα επώδυνα συναισθήματά τους σε άλλα μέλη της οικογένειας, για να μην πληγωθούν και να μην τους επιβαρύνουν. Δυστυχώς, αυτή η συμπεριφορά είχε ως αποτέλεσμα την πιο σοβαρή ψυχολογική και σωματική δυσφορία που βίωσαν οι συμμετέχοντες:

Σ12: «Προσπαθούμε να μην τους δείχνουμε (τα άλλα μέλη της οικογένειας) τα συναισθήματά μας [...] Γι' αυτό είμαστε λυπημένοι».

Ακόμη και πολύ καιρό μετά την αυτοκτονία, οι συμμετέχοντες περιέγραψαν ότι δυσκολεύονταν να επιστρέψουν στον συνηθισμένο τρόπο ζωής τους. Περιέγραψαν ότι ήταν αδύνατο για αυτούς να επιστρέψουν στις καθημερινές τους συνήθειες, απευθυνόμενοι στο "κενό" της καθημερινότητάς τους:

Σ4: «Συνήθιζε να έρχεται στην κουζίνα, ζητώντας μου να μαγειρέψω κάτι γι 'αυτόν ή οτιδήποτε άλλο ... Τώρα σηκωθώ και όλα είναι άδεια. Βλέπω το κενό».

Νοερά επαναμβανόμενες σκέψεις που συνδέονται με στιγμές που είχαν με το παιδί τους, γεγονότα που είχαν γίνει είτε ευχάριστα είτε δυσάρεστα, οι συμμετέχοντες συχνά τα ανακαλούν στη μνήμη τους. Οι σκέψεις για το παιδί τους ήταν συνεχώς στο μυαλό τους, είτε είναι πρωί είτε βράδυ. Όμως τις πιο πολλές φορές το άτομο «βομβαρδίζεται» από αυτές το βράδυ αφού χαλαρώνει από την ένταση της ημέρας και έχει την ευκαιρία να σκεφτεί και να αναλογιστεί το γεγονός.

Σ5: «[...] Δεν μπορώ να κοιμηθώ τη νύχτα [...] έρχεται στο μυαλό μου αυτό το "γιατί" όλη την ώρα».

Προσωπική ανάπτυξη

Μετασχηματισμός κοσμοθεωρίας

Η διαχείριση του πένθους συνεπάγεται με τον έλεγχο του πόνου που συνοδεύει μια τέτοια απώλεια καθώς επανεξετάζοντας τις προτεραιότητες και τους στόχους της ζωής τους. Η απώλεια προοπτικής της ζωής τους και ο πόνος που συνεπάγεται με αυτό το τραγικό γεγονός περιεγράφηκε από τους ίδιους τους συμμετέχοντες ότι είναι πλέον ανίκανοι να κάνουν σχέδια, να θέσουν στόχους για το μέλλον και επικεντρώνονται στο παρόν. Για να μπορέσουν τα άτομα να προχωρήσουν μετά την απώλεια του παιδιού τους προσπάθησαν να κάνουν αλλαγές ώστε να προσαρμοστούν στη νέα κατάσταση, καθώς και να ανακαλύψουν πιο είναι το νόημα και ο σκοπός της ζωής τους, αλλάζοντας έτσι κοσμοθεωρία:

Σ2: «Εστιάζω στο παρόν [...] Βλέπω μόνο το τωρά. Ούτε το μέλλον, γιατί φοβάμαι ότι και το μετά θα είναι δύσκολο» (Σ2)

Σ8: «Αλλά, δεν κοιτάζω λεπτομέρειες πλέον [...] αφού κοντά στο θάνατο αυτά είναι γελοία πράγματα. Αντιμετωπίζω τα πράγματα πιο ρεαλιστικά τώρα».

Ενδυνάμωση μέσω της υποστήριξης και της προστασίας των ευάλωτων μελών της οικογένειας

Επιπλέον, οι συμμετέχοντες τόνισαν την ανάγκη υποστήριξης και προστασίας των υπόλοιπων παιδιών τους ή άλλων μελών της οικογένειας οι οποίοι βρίσκονταν σε δυσμενή θέση μετά την αυτοκτονία. Έτσι οι γονείς αναπόφευκτα, μη μπορώντας κάποιος άλλος να διαδραματίσει αυτό το ρόλο, γίνονταν οι προστάτες της οικογένειας. Μια διαδικασία που είχε ενδυναμωτική επίδραση σε αυτούς:

Σ3: «Έπρεπε να στηρίζω τον σύζυγό μου, να στηρίζω ολόκληρη την οικογένεια [...] Αυτό με έκανε ένα πολύ δυνατό άτομο, ένα ρεαλιστικό και ισχυρό άτομο».

Σ8: «Προσπαθώ να μην στεναχωρώ τους άλλους. Δεν με ενδιαφέρει τίποτα και ούτε ασχολούμαι. Φτάνει να είναι η οικογένεια μου εντάξει, τα παιδιά μου, τα εγγόνια μου[...] Μπορώ να πω έγινα πιο δυνατή και προσιτή προς τους άλλους».

Οικογενειακό επίπεδο: Μετασχηματισμός της οικογενειακής δομής και των στάσεων

Μειωμένη ποιότητα επικοινωνίας μεταξύ των γονέων και των υπόλοιπων μελών της οικογένειας

Η οικογένεια μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα περίτεχνο σύστημα όπου κάθε μέλος της είναι ιδιαίτερο και κάθε αλλαγή σε αυτό μπορεί να επιφέρει επιπτώσεις σε όλα τα μέλη της πόσο μάλλον μια απώλεια ενός μέλους της. Οι συμμετέχοντες επεσήμαναν τις αλλαγές στην οικογενειακή δυναμική και συμπεριφορές, κυρίως αρνητικές. Συγκεκριμένα, περιέγραψαν ότι τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και κυρίως τα αδέρφια των αυτοχειριών επηρεάστηκαν από το γεγονός, και κάποιες φορές θέλοντας να προστατεύσουν τον ίδιο των εαυτό τους απέφευγαν συζητήσεις σχετικά με την αυτοκτονία του/της αδερφής αδερφής τους:

Σ8: «Σπάνια μιλάμε γι 'αυτό (αυτοκτονία του παιδιού). Προσπαθούμε να μην [...] Αν το αναφέρω στα παιδιά μου, ενοχλούνται. Αν ανοίξω το στόμα μου για αυτό, μου λένε 'Μην το κάνεις'».

Σ8: «Με τη κόρη μου δεν μιλάμε για αυτό το θέμα. Επειδή, η κόρη μου και ο γιός μου ήταν συνέχεια μαζί».

Μειωμένη ποιότητα επικοινωνίας μεταξύ του ζευγαριού

Ωστόσο, η απροθυμία για συζήτηση με το σχετικό θέμα μεταξύ των μελών της οικογένειας φάνηκε να επηρεάζει την ποιότητα της επικοινωνίας είτε μεταξύ του ζευγαριού είτε μεταξύ των γονέων και των υπόλοιπων μελών της οικογένειας αφού πολλές φορές ο κάθε ένας δεν ήθελε να αναφερθεί στο γεγονός για να μην πληγώσει τον άλλο:

Σ2: «Δεν μπορούσαμε καν να μιλήσουμε γι 'αυτό με τον άντρα μου. Ζούσε παράλληλα ο ένας μέσα στο σπίτι αλλά δεν αγγίζαμε το θέμα».

Σ3: «[...]Εγώ μπορώ να το συζητώ, όμως ο σύζυγος μου ακόμα δεν μπορεί τόσο άνετα, δεν είναι άνετος ακόμη [...] δεν μιλάμαι πολύ».

Κατηγορίες μεταξύ μελών της οικογένειας

Υπήρξαν, επίσης, περιπτώσεις όπου οι οικογενειακές σχέσεις είχαν διαταραχθεί μετά την αυτοκτονία του παιδιού τους. Οι λόγοι είναι ότι μετά το συμβάν τα αδέρφια έριχναν κατηγορίες εναντίον των γονέων τους σχετικά με την αυτοκτονία του αδερφού τους. Τους θεωρούσαν υπεύθυνους για την αυτοκτονία και ότι θα έπρεπε να είχαν κάνει κάτι ή ακόμη αν υπήρχαν καβγάδες μεταξύ του ατόχου και των γονέων τους εναπόθεταν την αυτοκτονία σε αυτό το γεγονός:

Σ4: «Όταν ο γιος μου μιλά στον πατέρα του, του λέει: « φταις εσύ που ο αδερφός μου αυτοκτόνησε ».

Κάποιες άλλες φορές, η μητέρα του παιδιού που αυτοκτόνησε, μετά από πολλή σκέψη και περισυλλογή για το αν η ίδια ευθύνεται σε κάτι, αν έκανε κάτι λάθος και μη μπορώντας να βρει κάποια ικανοποιητική απάντηση, ο αμέσως επόμενος που μπαίνει στο στόχαστρο της διαδικασίας εντοπισμού του «ενόχου» είναι ο πατέρας. Είναι μια διαδικασία όπου η μητέρα προσπαθεί να ανακαλέσει γεγονότα του παρελθόντος που έγιναν ανάμεσα στο παιδί και στο πατέρα του και αν αυτά ευθύνονται με το γεγονός. Κάποιες φορές δεν βγαίνει σε κανένα

αποτέλεσμα κάποιες άλλες όμως θεωρεί ότι ίσως ο πατέρας να ευθύνεται στην απόφαση του παιδιού τους να αυτοκτονήσει.

Σ5: «Δεν είναι καλά να ρίχνουμε ευθύνες, αλλά νιώθω ότι είχε μεγάλη ευθύνη και ο παπάς του, γιατί έκαμε τούτο το πράγμα».

Χωρισμός ζευγαριών ή δύναμη της σχέσης τους

Επιπλέον, φάνηκε ότι όταν ένα ζευγάρι (πατέρας, μητέρας) αντιμετώπιζε κάποια προβλήματα είτε αυτά ήταν επιφανειακά είτε βαθύτερα, με τον ερχομό ενός σοβαρότερου προβλήματος, η σχέση κλονίζεται. Έτσι με τον ερχομό αυτού του τραγικού γεγονότος που συνέβη στο παιδί τους, και έχοντας ήδη προβλήματα στη σχέση τους, έβαζαν ένα τέλος στο γάμο τους μετά την αυτοκτονία του παιδιού τους:

Σ2: «[...] είχαμε προβλήματα με τον σύζυγό μου [...] σήμερα είμαι διαζευγμένη»

Σ3: «Περάσαμε κρίση μεγάλη. Ο σύζυγος μου ήταν με αλλοπρόσαλλη συμπεριφορά».

Δυσφορία στα αδέρφια

Επιπλέον, υπήρχαν περιγραφές από τους γονείς όπου περιεγράφηκαν δυσκολίες προσαρμογής στα αδέρφια που είχαν επιζήσει από την αυτοκτονία του αδελφού ή της αδερφής τους.

Σύμφωνα με τα λεγόμενα των γονέων τους φαίνεται έντονα ο επηρεασμός τους από το γεγονός είτε αυτός ήταν βραχυπρόθεσμος είτε μέχρι Και σήμερα μακροπρόθεσμος. Όταν πεθαίνει ένας αδελφός ή μια αδελφή χάνονται πολλά πράγματα από τη ζωή ενός ανθρώπου όπως η μοναδική σχέση που είχαν μεταξύ τους, τις κοινές αναμνήσεις από το παρελθόν αλλά και τα σχέδια ή τα όνειρα που είχαν χτίσει μαζί για το μέλλον. Είναι μια σημαντική απώλεια στη ζωή ενός ανθρώπου, ένα τραυματικό γεγονός που ο κάθε ένας το διαχειρίζεται διαφορετικά. Στη προκείμενη περίπτωση, μερικά αδέρφια δεν μπορούσαν να βρίσκονται γύρω από αντικείμενα που τους θύμιζαν τον αποθανόντα όπως φωτογραφίες ή προσωπικά αντικείμενα του αδερφού τους:

Σ3: «Η δεύτερη κόρη μου είχε επιθετική στάση απέναντι σε οτιδήποτε αφορούσε την μεγαλύτερη κόρη μου (τον αποθανόντα). Οποιαδήποτε φωτογραφία της είχα, θα πήγαινε και θα την γύριζε ανάποδα».

Σ9: « [...] Αν ανοίξω κουβέντα πειράζονται, αν ανοίξω μου λένε: 'άλλαξε κουβέντα. Μην το συζυτάς' ».

ενώ αντίθετα κάποιοι άλλοι ζήτησαν από τους γονείς τους να κρατήσουν όλα τα αντικείμενα του αδερφού τους για να νιώθουν κοντά στον νεκρό αδερφό ή την αδερφή τους ή να κρατήσουν τη μνήμη του ζωντανή:

Σ11: «Έχω πολλά ρούχα στο ντουλάπι, ο μικρότερος γιος μου θέλει να τα φορέσει».

Διαπροσωπικό / Κοινωνικό επίπεδο : Μετασχηματισμός των κοινωνικών συμπεριφορών

Δυσκολία στη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες & στη διατήρηση κοινωνικών σχέσεων

Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν μια δυσκολία συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες ή ακόμη και διατήρηση κοινωνικών σχέσεων, επειδή είτε η εσωτερική τους ανάγκη να είναι μακριά από το κοινωνικό δίκτυο, είτε λόγω των δυσμενών στάσεων απέναντί τους, καθώς και της έλλειψης πραγματικού ενδιαφέροντος, ακόμη και από μέλη της ίδιας οικογένειας.

Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η αυτοκτονία του παιδιού τους είναι μια μοναδική και ιδιωτική εμπειρία, που ο κάθε ένας τη βιώνει διαφορετικά επομένως είναι δύσκολο να εξωτερικευτεί σε άλλα άτομα γιατί πιθανόν να είναι δύσκολο να το κατανοήσουν αφού δεν έχουν περάσει το ίδιο βίωμα. Επίσης, ανέφεραν ότι δεν μπόρεσαν να κάνουν τους άλλους να καταλάβουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους:

Σ5: «Δεν μπορώ να κάνω παρέα με άλλους [...] Νιώθω ότι δεν με καταλαβαίνουν, δεν με αισθάνονται».

Η έλλειψη ενσυναίσθησης και ευαισθησίας σχετικά με την απώλεια τους από τα άτομα του κοινωνικού τους περιβάλλοντος, είτε αυτοί ήταν από τα στενό οικογενειακό τους κύκλο είτε από τις διαπροσωπικές τους σχέσεις αποτέλεσε σημαντικό εμπόδιο για την αλληλεπίδραση με άλλους, την ανάπτυξη και τη διατήρηση κοινωνικών σχέσεων. Η ικανότητα της ενσυναίσθησης συνδέθηκε με τη κοινωνικοποίηση και την επικοινωνία. Ο θεμέλιος λίθος για τη δημιουργία, ανάπτυξη και διατήρηση σχέσεων με άλλους είναι η ανάπτυξη της ενσυναισθητικής ικανότητας, όπου τα άτομα κατανοούν σε μέγιστο βαθμό την εμπειρία του άλλου. Όμως η έλλειψη της, όπως διαφαίνεται, έχει ως συνέπεια τη δυσκολία αναγνώρισης των συναισθημάτων των συμμετεχόντων με αποτέλεσμα τα άτομα να παραμένουν σιωπηλά και απομονωμένα σε ένα κόσμο που δεν τους κατανοεί.

Σ7: «Συνήθιζα να κάνω παρέα με συναδέλφους από τη δουλειά [...] Μέχρι που άκουσα Γιατί κλαις για τον ναρκομανή; Δεν είναι καλύτερο που έχει φύγει; [...] Έτσι, σταμάτησα να μιλάω».

Επιπρόσθετα, οι γονείς ανέφεραν ότι είχαν ένα έντονο δισταγμό να εξωτερικεύσουν, να μοιραστούν είτε τα συναισθήματα τους είτε τις σκέψεις και τις εμπειρίες τους με άλλα άτομα. Αυτό συνέβαινε λόγω του φόβου που τους κατέκλυζε ότι θα γίνουν αντικείμενο παρατήρησης και κριτικής για το συμβάν αφού για τα τρίτα άτομα είναι δύσκολο να κατανοήσουν το βίωμα τους. Τρανταχτό παράδειγμα των πιο πάνω είναι τα λεγόμενα μιας μητέρας όπου βίωσε έντονα την έλλειψη ενσυναίσθησης και τις αρνητικής κριτικής στον εργασιακό της χώρο, από άτομα όπου δεν έχουν βιώσει ένα τέτοιο χαμό.

Σ7: «Γιατί κλαις για τον ναρκομανή; Δεν είναι καλύτερο που έχει φύγει; [...] Έτσι, σταμάτησα να μιλάω».

Το στίγμα, η αρνητική κριτική και στάση, είναι από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γονείς μετά την αυτοκτονία του παιδιού τους. Συνολικά, σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες τόνισαν τις εμπειρίες αυτές, άλλη σε μεγαλύτερη ένταση και άλλη σε μικρότερη. Ο επηρεασμός όμως είναι στον ίδιο βαθμό, περιγράφοντας ότι τα άτομα αναγκάστηκαν να αποσυρθούν από τις κοινωνικές τους σχέσεις, τις αλληλεπιδράσεις και τις δραστηριότητες ως ένας μηχανισμός άμυνας, ένας τρόπος να μπορέσουν να διαχειριστούν αυτή τη στρεσογόνα κατάσταση. Χαρακτηριστική ήταν η αναφορά ενός πατέρα που πήγε μια μέρα στο καφενείο όπως πήγαινε και πριν το συμβάν, και δυστυχώς ήρθε αντιμέτωπος με τα σκληρά λόγια των παραβρισκόμενων.

Σ12: «Συνήθιζα να πηγαίνω στο καφενείο [...] και όταν τους άκουσα λέγοντας ‘αντί να βοηθήσω τον γιο τους, τον άφησαν να κρεμαστεί’, οπότε σταμάτησα να πηγαίνω έξω».

7.3.3 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΗΓΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ:

Προσπάθεια διαφυγής από τις επαναλαμβανόμενες οδυνηρές σκέψεις/εικόνες σχετικά με την αυτοκτονία του παιδιού

Η αυτοκτονία του παιδιού τους έχει ταρακουνήσει τη συναισθηματική ασφάλεια των γονέων. Το πένθος μπορεί να δυσχεραίνει τις καθημερινές τους λειτουργίες και δραστηριότητες. Σε απάντηση της τραυματική εμπειρία αυτοκτονίας και τις επακόλουθες αλλαγές στη ζωή τους, οι συμμετέχοντες περιέγραψαν μια ποικιλία στρατηγικών αντιμετώπισης. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες περιέγραψαν μια αλληλεπίδραση μεταξύ της διαδικασίας δημιουργίας νοήματος και των στρατηγικών αντιμετώπισης που επέλεξαν να ενεργοποιήσουν. Ως απάντηση στην τραυματική εμπειρία της αυτοκτονίας και τον επακόλουθο αντίκτυπο στη ζωή τους, οι συμμετέχοντες περιέγραψαν μια ποικιλία στρατηγικών αντιμετώπισης. Όπως ανέφεραν, η αυτοπαρακίνηση προερχόταν κυρίως από την ανάγκη τους να ενδυναμωθούν ενεργοποιώντας εσωτερικούς πόρους δύναμης και αυτοθεραπείας μέσω γνωστικών και συμπεριφορικών στρατηγικών. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν επίσης εξωτερικές πηγές υποστήριξης, κυρίως τα μέλη της βασικής οικογένειας, και σε μικρότερο βαθμό την κοινωνική δικτύωση κυρίως λόγω του στίγματος ή της έλλειψης ενσυναίσθησης. Αυτές που αφορούσαν εσωτερικές πηγές δύναμης μέσω της ικανότητας αυτό υποστήριξης και αυτές που χρησιμοποιούσαν εξωτερικές πηγές υποστήριξης.

Κυρίως περιέγραψαν την ανάγκη τους να ενδυναμωθούν ενεργοποιώντας τις δικές τους διαδικασίες επούλωσης, μέσω συμπεριφορικών και γνωστικών στρατηγικών. Σε μικρότερο βαθμό, οι συμμετέχοντες ανέφεραν εξωτερικές υποστηρικτικές πηγές, κυρίως από τα μέλη της βασικής οικογένειας, και σε μικρότερο βαθμό από την κοινωνική δικτύωση κυρίως λόγω έλλειψης κατανόησης ή κριτικής προς αυτούς.

Γνωστικές στρατηγικές: ως αποτελεσματικό θεραπευτικό μέσο

Ερμηνεύοντας προς την αποδοχή

Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν με μεγάλη σαφήνεια την προσπάθειά τους να στηρίξουν τον εαυτό τους ή να νιώσουν άνεση ξεφεύγοντας από τις δυσάρεστες και αγχωτικές σκέψεις τους, ενοχλητικές σκέψεις.

Σ1: «Έπρεπε να βάλω το μυαλό μου να δουλέψει».

Έτσι, το μυαλό λειτουργεί ως ένα αποτελεσματικό θεραπευτικό μέσο. Σε κάποιες περιπτώσεις, το μυαλό γίνεται ο «δυνάστης» τους. Πολλοί από τους γονείς αντιμετωπίζουν το γεγονός της αυτοκτονίας με το φόβο της ευθύνης, παραλύουν από τις σκέψεις και παγώνουν από το άγχος τους. Λόγω αυτού προσπαθούν να τιθασεύσουν το μυαλό τους, αναφέροντας πως είναι η μόνη λύση για αυτό που νιώθουν, ακόμη και από οποιαδήποτε φάρμακο. Πιστεύουν ότι το μυαλό είναι το «κλειδί», θα πρέπει να αποφύγουν τις σκέψεις τους και να τις απομακρύνουν από το μυαλό τους. Αυτή θεωρούν ότι είναι η αποτελεσματικότερη λύση έναντι οποιασδήποτε φαρμακευτικής αγωγής.

Σ7: «Σταμάτησα τη φαρμακευτική αγωγή γιατί ξέρω ότι το "φάρμακο" βρίσκεται στο μυαλό σου».

Κάνοντας λόγο για την απόδοση νοήματος. Σχεδόν όλοι οι γονείς που έχασαν παιδί από αυτοκτονία, βρίσκονται άπειρες φορές σε ένα νοητικό λαβύρινθο, τυλίγοντας τα άτομα σε ένα φαύλο κύκλο με μια πληθώρα ερωτημάτων, με κύρια τα «γιατί». Κατανοούν το γεγονός ότι αν γνωρίσουν ή όχι τους λόγους που οδήγησαν το παιδί, τους στην αυτοκτονία, δεν επηρεάζει το αποτέλεσμα. Το παιδί τους είναι νεκρό. Έτσι, για να μπορέσουν να προχωρήσουν, να ξαναβρούν νόημα στη ζωή τους θα πρέπει να αποδεχτούν το γεγονός. Τόνισαν ότι η ειρήνη του νου επιτεύχθηκε μέσω της αποδοχής. Ο μόνος τρόπος για να ξεπεράσουν το θάνατο του παιδιού τους είναι να αποδεχτούν την απώλεια. Τα έντονα αρνητικά τους συναισθήματα υποχωρούν όταν συμβιβαστούν με την απώλεια και συνειδητοποιήσουν το αναπόφευκτο.

Σ3: «Εάν δεν το αποδεχτείς, δεν μπορείς να προχωρήσεις εύκολα».

Η απόδοση νοήματος μέσω της αποδοχής της αυτοκτονίας του παιδιού τους επιγράφηκαν με διαφορετικά μοτίβα. Για μερικούς από τους συμμετέχοντες, η αυτοκτονία θεωρήθηκε ως αποτέλεσμα συνειδητής επιλογής του παιδιού τους. Μιας επιλογής όπου το παιδί τους είχε πάρει μετά από πολλή σκέψη, το επιθυμούσε και το μόνο που μπορεί να κάνει ο γονιός είναι να σεβαστεί αυτή την απόφαση που είχε πάρει το παιδί του. Αυτή η διαδικασία της νοηματοδότησης του γεγονότος, βοήθησε τα άτομα να δώσουν έστω και κάποια απάντηση στα αμέτρητα ‘γιατί’ που τους βασανίζουν. Με αυτό το τρόπο είναι βάλσαμο για αυτούς να νιώθουν και να πιστεύουν ότι το παιδί τους το επιθυμούσε, ένας τρόπος όπου τους βοηθούσε να το αποδεχτούν και να προχωρήσουν:

Σ2: «Το έχω αποδεχτεί [...] Επειδή έκανε πάντα το σωστό. [...] μάλλον ήθελε να φύγει για τους δικούς του λόγους».

Άλλοι χαρακτήρισαν την αυτοκτονία ως μια προκαθορισμένη συστροφή της μοίρας. Ένα γεγονός όπου ήταν προκαθορισμένο από πριν να συμβεί και κανείς δεν μπορούσε να το ανατρέψει, η έκβαση ήταν δεδομένη. Με αυτό το τρόπο ερμηνείας του γεγονότος, γίνεται ευκολότερη η διαδικασία της αποδοχής του συμβάντος. Νοηματοδοτώντας το συμβάν ως μοιραίο, συνεπάγεται ότι οι γονείς δεν θα μπορούσαν να κάνουν κάτι για να ανατρέψουν το γεγονός, η μοίρα δεν ήθελε το παιδί να ζήσει και έτσι το δέχονται με μεγαλύτερη ευκολία.

Σ3: «Δεν έπρεπε πλέον αυτό το παιδί να ζει μαζί μας, έτσι συνέβη. [...] Το παραδέχτηκα στον εαυτό μου. Το δέχτηκα».

Συνολικά, η γνωστική διαδικασία των συμμετεχόντων να κατανοήσουν, να ερμηνεύσουν και να δώσουν νόημα στην αυτοκτονία του παιδιού τους περιεγράφηκε ως μια δυναμική, αδιάκοπη διαδικασία. Το πιο σημαντικό, αποκαλύφθηκε ότι όταν η διαδικασία αυτή ακολουθήθηκε από μια μεταμόρφωση της κοσμοθεωρίας με όρους αλλαγής προτεραιότητας, η αποδοχή της αυτοκτονίας του παιδιού τους επιταχύνθηκε σε κάποιο βαθμό, διαμορφώνοντας μια προσαρμοστική στρατηγική αντιμετώπισης. Η διαδικασία αυτή διευκόλυνε την προσωπική ανάπτυξη, την ενδυνάμωση και την αυτοπαρακίνηση των γονέων.

Επιπλέον, οι συμμετέχοντες περιέγραψαν μια αλληλεπίδραση μεταξύ της προσπάθειάς τους να κατασκευάσουν ένα νόημα σχετικά με την αυτοκτονία του παιδιού τους και των συμπεριφορών που ακολουθούσαν για να ανακουφιστούν από τον πόνο της απώλειας:

Σ5: «Ο Θεός τον ήθελε (τον αποθανόντα) [...] όταν πηγαίνω στην εκκλησία, νιώθω ήρεμη».

Συνολικά, φάνηκε ότι το νόημα της δημιουργίας ήταν μια δυναμική, αδιάκοπη διαδικασία. Το πιο σημαντικό όμως είναι η αποκάλυψη ότι με αυτή η διαδικασία ακολούθησε μια μεταμόρφωση/τροποποίηση της κοσμοθεωρίας. Η αποδοχή της αυτοκτονίας των παιδιών τους επιταχύνθηκε σε κάποιο βαθμό, σχηματίζοντας μια προσαρμοστική στρατηγική αντιμετώπισης. Αυτή η διαδικασία φάνηκε να προκαλεί προσωπική ανάπτυξη, ενδυνάμωση και αυτό-κίνητρο για τους γονείς.

Συμπεριφορές Τεχνικές: Ενεργοποίηση των εσωτερικών πηγών δύναμης & αυτοϋποστήριξης και προσπάθεια για την οικοδόμηση της αυτοπαρακίνησης

Σωματική ενασχόληση & εξάντληση

Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν με σαφήνεια την προσπάθειά τους να ξεφύγουν από τις σκέψεις τους:

Σ9: «Προσπαθώ να αδειάσω το μυαλό μου [...]».

Σ5: «Προσπαθώ κάποτε, να πηγαίνω ένα περίπατο, ένα περπάτημα. Κουράζομαι. Πιστεύω ότι μου κάνει καλό».

Αυτό επιτεύχθηκε μέσω πολλών στρατηγικών αντιμετώπισης. Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες υπογράμμισαν την προσπάθειά τους να ασχοληθούν σωματικά, ακόμη και σε βαθμό εξάντλησης. Η σωματική κόπωση περιεγράφηκε ως μέσο αντιμετώπισης της πραγματικότητας της αυτοκτονίας και ιδιαίτερα για να ξεφύγει από τις βασανιστικές σκέψεις για την αυτοκτονία του παιδιού τους. Αν και μια συμπεριφορική στρατηγική, αυτό είχε διπλή επίδραση, τόσο στο γνωστικό όσο και στο επίπεδο συμπεριφοράς. Φαίνεται να βοηθά τους συμμετέχοντες να ξεφύγουν από τις σκέψεις τους κατά τη διάρκεια της ημέρας και, ταυτόχρονα, να τους κάνουν τόσο εξαντλημένους που μπορούσαν να κοιμηθούν τη νύχτα:

Σ1: «Προσπαθείς και προσεύχεσαι η μέρα σου είναι πολύ απασχολημένη και κουραστική, έτσι ώστε να μπορέσεις να κοιμηθείς».

Λήψη φαρμάκων

Παρ' όλα αυτά, οι σκέψεις τους πλημμύριζαν το μυαλό τους, μη μπορώντας να επέλθει η ηρεμία και η έλευση ύπνου. Έτσι, υπήρχαν συμμετέχοντες που δήλωσαν την ανάγκη τους να πάρουν φάρμακα για να ελέγξουν αυτές τις ενοχλητικές σκέψεις, αλλά κυρίως για να μπορέσουν να κοιμηθούν:

Σ5: «Δεν μπορώ να κοιμηθώ τη νύχτα. Πρέπει να πάρω το χάπι για να κοιμηθώ».

Επαφή με τη φύση

Η επαφή με τη φύση. Μια πρόσθετη συμπεριφορική στρατηγική αντιμετώπισης που περιεγράφηκε ήταν η επαφή με τη φύση. Η φύση με την ευεργετική της ικανότητα πρόσφερε στα άτομα αναζωογόνηση και ψυχική ηρεμία:

Σ6: «Πηγαίνω στη θάλασσα. Κάθε πρωί πάω θάλασσα. Και πράγματι, ξεχνάς τα πάντα. Ασχέτως αν υπάρχουν προβλήματα».

Σ9: «Βρήκα τη διέξοδο... να είμαι στην ησυχία, στο δάσος».

Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν ότι η κηπουρική, το να πηγαίνουν στο δάσος, καθώς και το να πηγαίνουν στην ακτή, ακόμα και το κολύμπι, είχαν θεραπευτική επίδραση πάνω τους, βοηθώντας τους να ξεχάσουν, να χαλαρώσουν ή να βρουν παρηγοριά:

Σ4: «Η εργασία στον κήπο, με τα λουλούδια, σε κάνει να ξεχνάς κάπως».

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι μέσω της κηπουρικής και της επαφής με το χώμα ένιωθαν ότι βρίσκονταν σε επαφή με το νεκρό παιδί τους:

Σ5: «Να περιποιούμαι τα λουλούδια.[...]Δουλεύοντας με το χώμα στον κήπο, νιώθω ότι είμαι κοντά στο γιο μου».

Βρίσκονταν μακριά από οικεία μέρη

Επίσης, κάποιοι γονείς περιέγραψαν τον αγώνα τους να ελέγξουν τις δυσλειτουργικές σκέψεις και εικόνες με το να βρίσκονται μακριά από οικεία μέρη, συμπεριλαμβανομένου του σπιτιού τους, ή ακόμα και της χώρας τους, ειδικά κατά τη διάρκεια των διακοπών, σε μια προσπάθεια να ενδυναμωθούν:

Σ1: «Προτιμώ κατά τη διάρκεια των διακοπών να είμαι μακριά από το σπίτι, έξω από την πόλη, έξω από τη χώρα. Να είσαι μακριά γιατί τα πράγματα συνεχίζουν να εμφανίζονται συνεχώς ».

Σ3: «Μόνη μου με όλα τα αρνητικά συναισθήματα μου. Τριγυρνούσα δεξιά αριστερά και προχωρούσα.[...]έπαιρνα τη τσάντα μου και περπατούσα στα μαγαζιά και έβλεπα βιτρίνες και έλεγα δεν έχεις τίποτα».

Παρακολουθώντας παιχνίδια του μυαλού

Ακόμη, η παρακολούθηση παιχνιδιών μυαλού, όπως το σκάκι, φάνηκε να είναι αποτελεσματική στο να κρατήσει το μυαλό μακριά από δυσλειτουργικές σκέψεις. Με την εντατική ενασχόληση του παιχνιδιού αναπτύσσετε η στρατηγική στη σκέψη που είναι πολύτιμη για την κατάρτιση των κατάλληλων σχεδίων δράσης στη καθημερινή, επαγγελματική και προσωπική ζωή. Όπως περιγράφεται από έναν άνδρα συμμετέχοντα ότι η ενασχόληση με το σκάκι είναι κάτι που το χαλαρώνει, τον κρατάει σε εγρήγορση και το σημαντικότερο για αυτόν είναι ότι μπορεί να εστιάζει σε αυτό και να μην σκέφτεται τίποτα άλλο:

Σ6: «Υπάρχει μόνο ένα πράγμα που βλέπω και χαλαρώνω [...] να εστιάζομαι στο σκάκι».

Επίσκεψη στο νεκροταφείο

Το νεκροταφείο, ένας χώρος μνήμης και σύνδεσης με το νεκρό παιδί τους. Μια επίσκεψη στο νεκροταφείο και η ανάμνηση των νεκρών είναι ένας τρόπος να επιβεβαιωθεί η σχέση μεταξύ ζωής και θανάτου, και η αφιέρωση χρόνου σε έναν τάφο διατηρεί ζωντανή τη σύνδεση μεταξύ των ζωντανών και των νεκρών.

Σ10: «Πηγαίνω στο νεκροταφείο κάθε μέρα. Αν δεν πάω μια φορά, νομίζω ότι ο γιος μου θα λυπηθεί».

Η συναισθηματική αναστάτωση στις ζωές των γονέων που έχασαν παιδί από αυτοκτονία είναι αναπόφευκτη. Ο θάνατος του παιδιού τους, φέρνει μια μεγάλη αλλαγή στις συνθήκες και περιστάσεις της ζωής των ατόμων. Τα συναισθήματα τους ξεκινούν και γίνονται άβολα, ενοχλητικά και το άτομο προσπαθεί να απαλλαγεί από αυτό το βάρος το οποίο νιώθει. Έτσι επιδιώκει να βρίσκεται σε ένα άνετο μέρος, απαλλαγμένο από άλλα άτομα και πολλά ερεθίσματα, για να μπορέσει να εξωτερικεύσει το συναισθηματικό της πόνο μακριά από τα αδιάκριτα βλέμματα των τρίτων :

Σ3: «Η μόνη μου διέξοδος ήταν να πηγαίνω στο νεκροταφείο και να κλαίω. Έτσι νιώθω καλύτερα».

Σ5: «Νιώθω καλά κάνοντας πράγματα στον τάφο».

Η θεραπευτική επίδραση της υποστήριξης των άλλων

Υποστήριξη ευάλωτων μελών της οικογένειας

Η παρουσία άλλων μελών της οικογένειας που επέζησαν από αυτοκτονία, όπως για παράδειγμα τα αδέλφια του αποθανόντος ή τα εγγόνια των γονέων, φάνηκαν να λειτουργούν ως προστατευτικό σύστημα ενάντια στα αρνητικά συναισθήματα και τον πόνο που βιώνουν οι συμμετέχοντες. Η παρουσία τους και μόνο ενεργά ως κινητήριος δύναμη για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις δύσκολες καταστάσεις και να προχωρήσουν με τη ζωή τους, αφού

λειτουργεί ως ρυθμιστικό σύστημα απέναντι στα αρνητικά συναισθήματα και τον διαρκή πόνο που βιώνουν οι συμμετέχοντες:

Σ6: «Προσπαθώ για την υπόλοιπη οικογένεια. Όχι μόνο για τον εαυτό μου, αλλά και για τους άλλους [...] Πρέπει να δείξεις δύναμη, ότι μπορείς να το αντιμετωπίσεις».

Η προσπάθεια αυτή των γονέων να παρέχουν υποστήριξη, φροντίδα και προστασία σε άλλα μέλη της οικογένειας που επηρεάστηκαν από την αυτοκτονία φάνηκε να αποτελεί μια αποτελεσματική στρατηγική για την αντιμετώπιση της απώλειας των ιδίων, και κυρίως ένα κρίσιμο κίνητρο για να συνεχίσουν τη ζωή τους:

Σ7: «Αυτό που με κρατά μέχρι τώρα είναι το δικό μου εγγόνι και η κόρη μου ».

Αυτή η προσπάθεια υποστήριξης και προστασίας άλλων μελών της οικογένειας περιλάμβανε, επίσης την προσποίηση ότι δεν συνέβαινε τίποτα. Στη προσπάθεια τους να κρύψουν τα πραγματικά τους συναισθήματα, τη λύπη τους από τα παιδιά τους, «φοράει» μια ψεύτικη μάσκα πάνω στην αληθινή της έκφραση. Εσωτερικά μπορεί να είναι συγχυσμένος ή στενοχωρημένος, αλλά εξωτερικά προσπαθεί να δείξει ευχάριστος και θετικός. Θέλοντας να ξεγελάσουν τους άλλους με τρόπο όπου δεν θα διαρρεύσουν τα πραγματικά τους συναισθήματα. Η «μάσκα της γενναιότητας» τοποθετείται κυρίως από τους γονείς στη προσπάθεια τους να προστατεύσουν τα υπόλοιπα παιδιά τους από τη δύνη του γεγονότος.

Σ3: «Στο σπίτι προσποιούμουν ότι όλα ήταν καλά».

Μια στρατηγική αντιμετώπισης που παρά τη θετική της επίδραση στους άλλους φάνηκε να επιβαρύνει τους ίδιους τους συμμετέχοντες. Το άτομο προσποιείται ότι όλα είναι καλά, δεν χρειάζεται τίποτα ούτε από τους οικείους του αλλά ούτε και από τους τρίτους, προσπαθεί να δείξει ότι συνεχίζει με την ομαλότητα της καθημερινότητας τους, όμως όλα είναι ψευδή. Δημιουργούν μια ψεύτικη εικόνα, μη θέλοντας να δείξουν, κυρίως στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας τους, ότι αναμοχλεύουν το ίδιο θέμα, να μην καταλάβουν ότι το συμβάν ακόμη τους πληγώνει. Με αποτέλεσμα η όλη διαδικασία να τους κουράζει, να νιώθουν ότι δεν αντέχουν άλλο όμως ταυτόχρονα να θεωρούν ότι δεν μπορούν να κάνουν το αντίθετο.

Σ7: «Υπήρξαν αρκετές φορές που είπα στον εαυτό μου» κουράζομαι να προσποιούμαι».

Υποστήριξη άλλων ατόμων που έχουν ανάγκη/ φιλανθρωπική προσφορά/ ίδρυση ιδρυμάτων

Οι γονείς αναφέρουν ότι η συμβολή τους σε φιλανθρωπίες και γενικότερα να παρέχουν βοήθεια και υποστήριξη σε άλλα άτομα τους, βοήθησε να νιώθουν καλύτερα αλλά και να είναι λειτουργικοί στη ζωή τους. Αυτό μπορεί να συμβεί, είτε προσφέροντας εθελοντικά ως μέλη ενός κοινωφελή οργανισμού, είτε ακόμη και στη προώθηση ενός ιδρύματος. Επίσης, έχουν την επιθυμία να προσφέρουν είτε συναισθηματική υποστήριξη στους συνανθρώπους, είτε υπό τη μορφή δωρεάς χρημάτων ή προσφοράς άλλων υλικών αγαθών.

Σ2: «Σκοπεύω να δημιουργήσω ένα ίδρυμα για υποτροφίες με το όνομα του γιου μου».

Όλη αυτή η διαδικασία είναι κινητήριος δύναμη για να είναι τα άτομα δραστήρια Όντας υποστηρικτικοί προς άλλα άτομα, αποτελούσε κίνητρο για ενεργοποίηση, δραστηριοποίηση, καθώς και είχαν τη δυνατότητα να βιώσουν θετικά συναισθήματα:

Σ10: «Θέλω να βοηθήσω όσους έχουν ανάγκη. Με ικανοποιεί ».

Συνολικά, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι το να απασχολούνται και να απασχολούν το μυαλό τους υποστηρίζοντας τους άλλους ήταν απαραίτητη προϋπόθεση για να συνεχίσουν τη ζωή τους:

Σ2: «Αυτό που μου δίνει τη δύναμη να ζω και να κάνω πράγματα είναι να δημιουργήσω ένα ίδρυμα για να βοηθήσω τα παιδιά. Ένα ίδρυμα για υποτροφίες με το όνομα του γιου μου».

Εξωτερικές πηγές στήριξης

Ο ρόλος της βασικής οικογένειας, του κοινωνικού δικτύου και της εκκλησίας

Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν και εξωτερικές πηγές στήριξης εκτός από τις εσωτερικές. Μερικοί από αυτούς δήλωσαν την ανάγκη τους να πάρουν φάρμακα για τον έλεγχο των

ενοχλητικών σκέψεων, αλλά κυρίως για να μπορούν να κοιμηθούν. Η κύρια επιδίωξη τους είναι η βελτίωση στη ποιότητα ζωής τους.

Σ5: «Δεν μπορώ να κοιμηθώ τη νύχτα. Πρέπει να πάρω το χάπι για να κοιμηθώ».

Είχαν προσπαθήσει με τους κοντινούς τους ανθρώπους και με τον εαυτό τους να δουν το επιθυμητό αποτέλεσμα, αλλά τελικά η βοήθεια αυτή δεν είναι αρκετή. Οι συμμετέχοντες που έλαβαν υποστήριξη από έναν επαγγελματία υγείας (ψυχολόγο) ανέφεραν ότι ήταν δυσαρεστημένοι με την ποιότητα της φροντίδας που τους παρείχε. Ανέφεραν ότι οι παρεμβάσεις δεν ήταν αποτελεσματικές. Δεν τους πρόσφεραν την απαιτούμενη στήριξη, βοηθώντας τα άτομα να ανταπεξέλθουν με τον καλύτερο τρόπο στην εμπειρία της απώλειας αλλά και να βελτιωθεί η ψυχική τους διάθεση. Αντιθέτως, λάμβαναν επικριτική στάση για τον τρόπο που αντιπαρέρχονταν στις δυσκολίες της ζωής τους, αλλά το σημαντικότερο ότι αντιμετώπισαν συμπεριφορές που έδειχναν έλλειψη ενσυναίσθησης και κατανόησης.

Σ2: «Ο ψυχολόγος με κοίταζε σαν να ήμουν από διαφορετικό πλανήτη».

Ως αποτέλεσμα αυτού, οι γονείς δεν εξέφρασαν ελεύθερα τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους στους θεραπευτές έχοντας έντονα το φόβο της κρίσης. Σε απάντηση σε αυτό που συνέβαινε, ένας συμμετέχων χρησιμοποίησε τεχνικές αυτό-υποστήριξης για να μπορέσει να βοηθήσει τον ίδιο τον εαυτό του. Αυτές οι τεχνικές είχαν να κάνουν με την αυτοπαρακολούθηση, δηλαδή, χρησιμοποιούσαν επί καθημερινής βάσης ένα μαγνητοφωνάκι όπου του μιλούσε για το πως αισθάνεται με το πέρασ της μέρας. Έτσι μπορούσε να αξιολογήσει τον εαυτό του κάθε μέρα κατά πόσο υπάρχει μεταβολή στη διάθεση του και στο πως ένιωθε.

Σ2: «Για να δω αν γινόμουν καλύτερα ή χειρότερα, Έλεγα δυνατά τα συναισθήματά μου ενώ τα ηχογραφούσα. Μετά από αρκετό καιρό, έπαιξα τις ηχογραφήσεις πίσω για να δω αν χειροτέρευσα και ένιωσα ότι με την πάροδο του χρόνου οι λυγμοί και η θλίψη εξαφανίζονταν. Και είπα στον εαυτό μου ότι ήμουν εντάξει».

Οι συμμετέχοντες, επίσης, αναφέρθηκαν στην υποστήριξη από το κοινωνικό δίκτυο, κυρίως συναδέλφους. Οι καλές συναδελφικές σχέσεις επιδρούν θετικά στην ψυχική υγεία των γονέων αφού η συναδελφική υποστήριξη επιβράδυνε την ανάπτυξη του άγχους. Περιεγράφηκε

ψυχοσυναισθηματικό δέσιμο μεταξύ τους, βοηθούν, υποστηρίζουν και εμπιστεύονται ο ένας τον άλλον. Μια «φυσική» ζεστασιά όπου λειτουργούν με αμεσότητα μεταξύ τους, με αποδοχή, αναγνώριση και ευγνωμοσύνη. Αυτά όλα κάνουν τα άτομα να νιώθουν ασφάλεια και δεκτικότητα προς της εξωτερίκευση των συναισθημάτων τους. Δεν υπάρχει φόβος ότι τα άτομα στη δουλειά τους θα τους κρίνουν ή κατηγορήσουν για το πως συμπεριφέρονται ή βιώνουν την εμπειρία του χαμού του παιδιού τους.

Σ2: «Όταν επέστρεψα στη δουλειά οι συνάδελφοί μου με στήριξαν».

Κάποιοι άλλοι, ανέφεραν την υποστήριξη που έλαβαν από τους γείτονες. Εξαιρετικά σημαντικό για την ψυχική μας ισορροπία των ατόμων είναι οι καλές σχέσεις με τους γείτονές τους. Οι καλές σχέσεις με τα άτομα της γειτονίας και η διαβίωση σε ένα περιβάλλον όπου πρυτανεύει η ατμόσφαιρα της κοινωνικής συνοχής είναι αξιοσημείωτο. Φαίνεται ότι τα άτομα έχουν ανάγκη είτε μια γλυκιά τους κουβέντα είτε με τη βοήθειά τους σε πιο πρακτικά θέματα, οι γείτονες αποτελούν κομμάτι απ' τη ζωής τους, της καθημερινότητας τους.

Σ4: «Κατά κάποιο τρόπο οι γείτονες μας υποστηρίζουν, ναι».

Όμως, αυτή η πηγή υποστήριξης αναφέρθηκε σε μικρότερο βαθμό σε σύγκριση με άλλες πηγές υποστήριξης.

Ωστόσο αντίθετα, όταν οι συμμετέχοντες βίωναν κριτική ή έλλειψη εν συναίσθησης και πραγματικού ενδιαφέροντος από το κοινωνικό δίκτυο, απέφυγαν να ανοιχτούν συναισθηματικά ή να έρθουν σε επαφή μαζί τους. Μέσα σε όλα αυτά που έχουν να αντιμετωπίσουν, το να δέχονται και την κριτική των άλλων, λεκτική ή σιωπηρή είναι πολύ οδυνηρό. Έτσι αυτό που κάνουν για να μπορέσουν να προστατεύσουν τον εαυτό τους είναι να απομακρυνθούν από το οτιδήποτε είναι τοξικό, συγκεκριμένα τα τρίτα άτομα.

Σ5: «Δεν μπορώ να κάνω παρέα με άλλους, ούτε καν με τις αδερφές μου [...] ό, τι ζητούν, ό, τι λένε είναι απλώς να πω κάτι. Τίποτα περισσότερο».

Αντίθετα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων τόνισε τη σημασία και το θεραπευτικό αποτέλεσμα της υποστήριξης από τα μέλη της βασικής οικογένειας. Η απώλεια του παιδιού τους μπορεί να τους έφερε αντιμέτωπους με προβλήματα της καθημερινότητας προκαλώντας

διαφωνίες και εντάσεις μέσα στην οικογένεια όμως με το διάλογο, την αλληλοκατανόηση, συζητώντας με ειλικρίνεια και εκφράζοντας ελεύθερα τη γνώμη τους, δυνάμωσαν τη σχέση τους και στηριζόταν ο ένας στον άλλο.

Σ4: «Κατά κάποιον τρόπο, υποστηρίζοντας ο ένας τον άλλον, ο σύζυγός μου και εγώ, καταφέραμε να το ξεπεράσουμε με έναν τρόπο».

7.3.4 ΑΝΑΔΙΩΜΕΝΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΓΟΝΕΩΝ ΜΕΤΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΤΟΥΣ

Τα κύρια χαρακτηριστικά των αναγκών των γονέων μετά το θάνατο του παιδιού τους από αυτοκτονία ήταν η συνεχής προσπάθεια προστασίας. Οι γονείς έχουν την ανάγκη να προστατεύσουν τον ίδιο τους τον εαυτό στο ρόλο έχουν να διαδραματίσουν τους γονείς που έχασαν το παιδί τους από αυτοκτονία, τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, κυρίως τα υπόλοιπα παιδιά τους και τον ίδιο τον αυτόχειρα από την πράξη του αυτή. υθούν ως γονείς, άλλα μέλη της οικογένειας. Αυτή η ανάγκη στοχεύει στη προστασία: Α) της αξιοπρέπειας και της δημόσιας εικόνας των συμμετεχόντων έναντι του κοινωνικού στιγματισμού ως ανεπαρκών γονέων. Με έντονη την ανάγκη για αποσταθεροποίηση και την ερμηνεία αυτού του γεγονότος με θετικό τρόπο προς αυτούς αλλά και τρίτα άτομα έτσι ώστε να προχωρήσουν και, για να «ξεφύγουν» από την ηχώ του γεγονότος.

Β) Η ανάγκη των άλλων μελών και των υπόλοιπων παιδιών από τις ψυχολογικές και κοινωνικές Επιπτώσεις της αυτοκτονίας του αδερφού τους. Για όλους τους συμμετέχοντες που είχαν άλλα παιδιά, αυτά λειτουργούσαν ως κίνητρο ζωής για τους γονείς τους. Είχαν την ανάγκη να είναι καλά σωματικά και διανοητικά, για να τους προστατεύσουν από τις συνέπειες της αυτοκτονίας έτσι να προχωρήσουν με τη ζωή τους.

Γ) Η ανάγκη να προστατεύσουν της μνήμης και της δημόσιας εικόνας του παιδιού τους από το κοινωνικό στίγμα τους ως επίβουλη προσωπικότητας. Διατηρώντας τη μνήμη ζωντανή μέσα τους, αλλά και χρησιμοποιώντας το συμβάν ως το έναυσμα για τη παροχή βοήθειας στα άτομα που έχουν ανάγκη, μέσω φιλανθρωπικών ιδρυμάτων, χορηγιών, με απώτερο στόχο την αποστιγματοποίηση του αυτόχειρα από το κοινωνικό στίγμα και εξιλέωση τους από το γεγονός της αυτοκτονίας.

Ανάγκη προστασίας εαυτού

Ανάγκη για εξωτερίκευση συναισθημάτων, ενσυναίσθηση

Οι γονείς περιγράφουν έντονα την ανάγκη τους να εκφράσουν ελεύθερα τα αρνητικά συναισθήματα τα οποία νιώθουν, τη λύπη τους, το πόνο τους, τη στεναχώρια τους. Και όταν αυτό συμβαίνει, γίνεται με ένα δικό τους μοναδικό τρόπο. Η εξωτερίκευση του εσωτερικού τους κόσμου, να μιλούν ανοιχτά για ότι τους βασανίζει, να εκφράζονται όπως θέλουν, γίνεται με μεγάλη δυσκολία. Αυτό όμως που χρειάζονται είναι να βρίσκονται μόνοι τους. Όταν είναι μόνοι τους είναι ελεύθεροι να εκφραστούν ελεύθερα χωρίς να φοβούνται ότι κάποιος δεν θα τους καταλάβει ή χειρότερα θα τους κρίνει για το τρόπο που νιώθουν και συμπεριφέρονται. Πιστεύουν ότι εκείνοι που μπορούν να καταλάβουν πραγματικά τα όσα βιώνουν είναι οι γονείς που έχασαν παιδί είτε από αυτοκτονία είτε από κάποια άλλη αιτία. Φαίνεται ότι τα άτομα επιδιώκουν να έχουν και να βρίσκονται σε συνθήκες ασφαλείας και προστασίας. Αυτή είναι η μεγαλύτερη τους επιδίωξη. Έχουν την ελπίδα ότι ένας φίλος, ή ένας επαγγελματίας υγείας θα δείξει κατανόηση και ενσυναίσθηση για το τρόπο που αντιπαρέρχονται το θάνατο του παιδιού τους.

Σ3: « Όταν ήμουν μόνη μου, έκλαιγα. έπρεπε να κλάψω και εγώ, δεν έπρεπε να το κρατήσω τόσο μέσα μου γιατί ήταν να σκάσω».

Σ5: «Ειδικά με τις manáδες που έχασαν παιδί θα πρέπει να το επιδιώκουμε, να κλάψουμε , να γελάσουμε, να ακούσεις και να ακουστείς. Να μην κλίνετε καθένas στον εαυτό του. Να βρίσκεσαι και με άλλους που έχασαν παιδί, αυτοί μπορούν να σε καταλάβουν. Πιστεύω ότι αυτό μπορεί να σε βοηθήσει».

Ανάγκη αυτενέργειας, ανεξαρτησίας, αυτοδυναμίας

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου οι γονείς δέχονταν στήριξη από τρίτα άτομα του κοινωνικού τους περίγυρου. Ως απάντηση προς την ανεπαρκή ύπαρξη κοινωνικής στήριξης, οι γονείς περιγράφουν την ανάγκη της εσωτερικής ανεξαρτητοποίησης και αυτενέργειας. Επιθυμούν να συμπεριφέρονται και να αντιπαρέρχονται με το δικό τους

τρόπο, ανεξάρτητοι και ανεπηρέαστοι από εξωτερικές παρεμβολές. Θεωρούν ότι η αναζήτηση βοήθειας, απειλεί την ικανότητα της αυτοδυναμίας και του αυτοσεβασμού τους. Εξαιτίας της απουσίας ενσυναίσθησης, του κοινωνικού στιγματισμού, των λανθασμένων κοινωνικών παρεμβάσεων και εκπαίδευσης των τρίτων για ένα τέτοιο βίωμα, οδηγεί τα άτομα να αποζητούν από τον ίδιο τους τον εαυτό να φανεί δυνατός και να μην έχει ανάγκη από κανένα άλλο άτομο.

Σ1: «Ναι, γι' αυτό σου λέω, θέλεις πάντα να είσαι ο εαυτός σου και να στέκεσαι στα δυο σου πόδια [...] Δεν το θέλεις αυτό το ντάντεμα».

Σ3: «Πάλευα με αυτό το πράγμα 6-7 μήνες μέχρι που τα κατάφερα μόνη μου να κάνω ψυχοθεραπεία μόνη μου, μιλούσα στον εαυτό μου και στάθηκα στα πόδια μου. Δεν ήπια ούτε ένα ηρεμιστικό, ούτε πήγα σε ένα γιατρό».

Ανάγκη για κοινωνική απομόνωση

Επίσης, αναφέρθηκε από πολλούς γονείς η θέληση τους να απομακρυνθούν από τα άτομα του κοινωνικού τους περίγυρου. Η κοινωνική απομόνωση παρουσιάζεται είτε υπό τη μορφή της επιλογής των ιδίων έναντι της κοινωνικής επίκρισης είτε με τη μορφή της κοινωνικής επιβολής που συνοδεύει ένα τέτοιο γεγονός. Φαίνεται πως αυτό συμβαίνει στη προσπάθεια των γονέων να προστατέψουν τον εαυτό τους από τα αρνητικά σχόλια, από την απουσία κατανόησης και ανεπαρκή στήριξη από τα τρίτα άτομα. Σημαντικό ρόλο σε αυτή τους την επιλογή έπαιξε ο κοινωνικός στιγματισμός που συνοδεύει τη πράξη της αυτοχειρίας. Αυτό τους έκανε να νιώθουν λύπη και στεναχώρια καθώς και ενοχές αφού η κοινωνία τους παρουσιάζει ως υπαίτιους και ανεπαρκείς γονείς, όπου με λανθασμένες πρακτικές τους οδήγησαν το παιδί τους στην αυτοκτονία. Εκείνο που ανέφεραν ότι θα μπορούσε να τους βοηθήσει είναι η επικοινωνία με άλλους ανθρώπους με το ίδιο βίωμα, με κοινά χαρακτηριστικά και θέματα, αφού θα μπορούσαν να αισθάνονται ασφάλεια και ελευθερία στον τρόπο που ενεργούν και σκέφτονται.

Σ9: «κλείστηκα σπίτι. Εκείνος που θέλει έλεγα, να έρχεται σπίτι μου να με δει. Δεν έβγαινα που να πάω».

Σ11: «Αλλά έξω δεν πηγαίνω. Δεν έχω εκείνη την όρεξη που είχα πάντα πριν το συμβάν».

Ανάγκη ιδιωτικότητας

Μετά το θάνατο του παιδιού τους, οι γονείς παλεύουν να διατηρήσουν και να διασφαλίσουν την ιδιωτική τους ζωή, ανεπηρέαστοι από το εξωτερικό περιβάλλον. Όταν ο τρόπος διαχείρισης της προσωπικής τους ζωής δεν είναι σεβαστός από τα άτομα του κοινωνικού τους περίγυρου, τότε εμποδίζει την ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους και χάνουν την ατομικότητά τους. Για αυτό το λόγο, έχουν την ανάγκη να νιώθουν ότι ο τρόπος ζωής τους και η συμπεριφορά τους απέναντι στη ζωή, είναι κάτι προσωπικό καθώς δεν είναι υπόλογοι και ούτε αφορά κανέναν.

Σ8: «Ούτε και είμαι υποχρεωμένη να δικαιολογηθώ στον καθένα. Ο κάθε ένας σπíti του ξέρει πως περνά. Αν θα πάω να πιώ καφέ ή να κάτσω στη θάλασσα είναι κάτι που αφορά μόνο εμένα».

Ανάγκη για διέξοδο

Ως συνέχεια με το πιο πάνω, οι συμμετέχοντες, έχουν την ανάγκη απόπειρας και διαφυγής από τη καθημερινότητα και τις σκέψεις τους, από κάθε τους θύμηση και ανάμνηση του γεγονότος της αυτοκτονίας. Κυριευμένοι από τις σκέψεις τους γύρω από το συμβάν και θέλοντας να ξεφύγουν από αυτό το περιβάλλον, έχουν τη τάση να αποσύρονται από τις κοινωνικές τους δραστηριότητες.

Όμως, αυτή η διαφυγή δεν είναι μόνο δική τους προσωπική ανάγκη αλλά επίβουλη ανάγκη έναντι των λανθασμένων κοινωνικών προσεγγίσεων και στιγματισμού που ακολουθεί η πράξη της αυτοκτονίας.

Ως απάντηση όλων αυτών, το άτομο ακολουθεί διάφορες λειτουργικές για αυτόν συμπεριφορικές και γνωσιακές ενέργειες θέλοντας να αποστασιοποιηθεί νοητικά και σωματικά από το γεγονός. Με τρόπο όπου το ψυχικό φορτίο ελαχιστοποιείται, τα άτομα

αναζωογονούνται και ξεχνιούνται έστω και για λίγο μέσω ενός περίπατου, ταξιδιού ή με την ενασχόληση με το σκάκι.

Σ1: «Θέλεις ας πούμε μια κατάσταση από την οποία να βγαίνεις από τις δικές σου άσχημες παραστάσεις. Να κάνεις πράγματα ευχάριστα [...]εγώ προτιμούσα να λείπω εκτός σπιτιού, και εκτός πόλεως και εκτός χώρας, για να μείνω μακριά».

Ανάγκη νοηματοδότησης του γεγονότος\απαντήσεων

Η εμπειρία θανάτου του παιδιού τους από αυτοκτονία αποτελεί για τους γονείς ένα βαθύ βίωμα πόνου και θλίψης κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Το γεγονός της αυτοκτονίας αφήνει πίσω του πολλά ερωτηματικά. Ερωτήματα σχετικά με ένα «γιατί». Γιατί να το κάνει αυτό; Γιατί να γίνει το συμβάν, τί είχε συμβεί στο παιδί; Προβληματισμοί και αναζητήσεις που είναι δύσκολο να απαντηθούν αφού πλέον δεν υπάρχει στη ζωή το παιδί τους για να τους εξηγήσει το λόγο που προέβει σε αυτή τη πράξη αφαίρεσης της ζωής του. Έτσι οι γονείς αφού δεν μπορούσαν να απαντήσουν, προσπαθούσαν να δώσουν μια δική τους ερμηνεία για την αυτοχειρία ερμηνεύοντας ότι μπορεί να έχουν ευθύνη οι ίδιοι τους λόγω λανθασμένων πρακτικών τους, είτε σε κάποιο τρίτο άτομο, είτε η υπαιτιότητα κρυβόταν πίσω από κάποια νευροβιολογική διαταραχή που τυχόν να αντιμετώπιζε το παιδί. Η ανάγκη τους αυτή να ανακαλύψουν τί ή ποιος κρύβεται πίσω από την αυτοκτονία του παιδιού τους, τους οδηγεί σε ένα φαύλο κύκλο μαρτυρίου.

Σ5:«Κάποτε νιώθω ένα μεγάλο "γιατί" [...]ίσως φταίμε εμείς που χώρισε ο παπάς και η μαμά».

Σ10: « Κάποτε σκέφτομαι να βρω στενούς φίλους να μου πουν, όμως από την άλλη λέω θα νιώθω πιο καλά?»

Ανάγκη να παραμείνει η συνοχή της οικογένειας

Η προσπάθεια τους να προστατέψουν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας έρχεται ως συνέχεια της ανάγκης τους να παραμείνει η οικογενειακή συνοχή μετά το συμβάν της αυτοκτονίας.

Έχοντας το φόβο να μην διασπαστούν, να μην χάσουν τις ισορροπίες τους, τη δύναμη τους ως οικογένεια αλλά και ως ξεχωριστές οντότητες. Στόχος των γονέων είναι να μην επηρεαστούν αρνητικά τα εναπομείναντα αδέρφια όπως μια μελλοντική αυτοκτονία με τον ίδιο τρόπο όπως τα αδέρφια τους.

Σ1: «Με το να πουλήσω το σπίτι και να φύγω σημαίνει ότι μπαίνεις και σε διαδικασία κόστους και σε διαδικασία άλλη».

Σ3: «Ήθελα την οικογένεια μου κοντά μου. Ένιωθα πολύ την ανάγκη της οικογένειας μου [...] να κάνεις πράγματα για την οικογένεια σου».

Ανάγκη προστασίας άλλων μελών

Οι περισσότεροι γονείς ανέφεραν ότι λειτουργούσαν με συγκεκριμένες συμπεριφορές έχοντας την ανάγκη προστασίας προς τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας προς π. χ. συζύγους, τα εναπομένοντα αδέρφια ή εγγόνια. Έχουν μια βαθιά ανάγκη υποστήριξης και κατανόησης, ενθαρρύνοντας τη δημιουργία ενός ασφαλούς κλίματος απαλλαγμένο από τα αρνητικά συναισθήματα και συνθήκες του γεγονότος. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τα άτομα να μην αναφέρονται για το γεγονός της αυτοκτονίας και να προσπαθούν να κρατήσουν κρυφά τα συναισθήματα τους. Αυτό γίνεται όπως αναφέρουν γιατί δεν θέλουν να επηρεάσουν αρνητικά τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, στηρίζοντας τους και δημιουργώντας ένα προστατευμένο περιβάλλον απαλλαγμένο από τη δύνη της αυτοκτονίας.

Σ12: «Προσπαθούμε να μην το δείχνουμε να μην το καταλάβουν. Εκείνο που βιώνουμε το βιώνουμε μόνοι μας για να μην καταλάβουν τίποτε τα παιδιά μας και να τα στεναχωρούμε και εκείνα».

Σ9: «Δεν δείχνω στα παιδιά μου ότι είμαι μόνη μου και τα σκέφτομαι. Είμαι άλλος άνθρωπος, όταν είμαι με τα παιδιά μου. Δεν θέλω να τα μαραζώνω».

Ανάγκη προστασίας της μνήμης του αυτόχειρα

Έντονη ήταν η θέληση των γονέων να προστατεύσουν τη μνήμη του παιδιού τους από το στιγματισμό που ακολουθεί μια τέτοια πράξη, δηλαδή μια επίβουλης προσωπικότητας. Εκείνο που έχουν έντονα ανάγκη είναι να διασφαλίσουν αναλύωτη την ύπαρξη και μνήμη του παιδιού τους στο κόσμο έτσι ώστε να μην ξεχαστεί. Αυτό το κατορθώνουν με την παρουσία φωτογραφιών στο σπίτι, τη διατήρηση των προσωπικών αντικειμένων του αυτόχειρα ή τη χρήση του χρόνου ενεστώτα στα λεγόμενα τους. Επίσης, εκείνο που τους δίνει δύναμη να συνεχίσουν τη ζωή τους είναι η ελπίδα ότι μελλοντικά θα μπορέσουν να βοηθήσουν άλλα άτομα που το έχουν ανάγκη, όπως για παράδειγμα η ίδρυση ενός φιλανθρωπικού ιδρύματος εις μνήμη του παιδιού τους. Με αυτό το τρόπο θα μπορέσουν να αφήσουν μια γλυκιά χρειά ανάμνησης πίσω από το όνομα του παιδιού τους. Αυτή η διαδικασία μας δείχνει, ότι οι γονείς μετά το θάνατο του παιδιού τους, προσπαθούν με κάθε τρόπο να διατηρήσουν ζωντανή τη μνήμη του παιδιού τους αφήνοντας κάτι θετικό πίσω από αυτή, θέλοντας να απενοχοποιήσουν τον αυτόχειρα για τη πράξη, στην οποία προέβη.

Σ2: «Εκείνο που μου δίνει δύναμη να ζήσω και να κάνω πράγματα [...] Αλλά θέλω να ζήσω για να κάμω πράγματα στη μνήμη του μωρού».

Σ11: «Όταν τα βλέπω, φέρνουν με πιο κοντά του. Έχω πολλά ρούχα του μέσα στο αρμάρι και ταρεί και ο μικρός, έτσι δεν θα ξεχαστεί».

7.4 Καταγραφή μη λεκτικών μηνυμάτων

Εξωλεκτικά μηνύματα κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων.

Αναμφίβολα, η μη λεκτική επικοινωνία έχει γίνει αποδεκτή ως μια τρομερή πηγή πληροφοριών, καθώς και ως συμπλήρωμα στη μελέτη των λεκτικών συμπεριφορών των ανθρώπων (Frels & Onwuegbuzie, 2013; Mehrabian, 2009).

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, κατά τη διάρκεια της συνέντευξης γινόταν παράλληλη καταγραφή των λεκτικών και μη λεκτικών μηνυμάτων του κάθε συμμετέχοντα. Αργότερα, στη διαδικασία της μεταγραφής ελέγχθηκε η ακρίβεια των λεγομένων (συγκρίνοντάς το με την ψηφιακή εγγραφή). Έγιναν σημειώσεις στο δεξιό περιθώριο σημειώνοντας τη μη λεκτική επικοινωνία και τις παραγλωσσικές ενδείξεις (αναστεναγμούς, τονισμό, παύσεις, βουρκωμένα μάτια) καθώς και τη γλώσσα σώματος, που θα μπορούσαν να δώσουν πρόσθετο πλαίσιο και νόημα στις δηλώσεις του συμμετέχοντα. Οι Sathik και Safia (2013) εξηγούν, ότι οι εκφράσεις του προσώπου είναι η κύρια πηγή συναισθηματικών μηνυμάτων για τον προσδιορισμό των εσωτερικών συναισθημάτων ενός ατόμου. Μέσω αυτών των μηνυμάτων, οι άνθρωποι είναι σε θέση να εκφράσουν ένα ευρύ φάσμα συναισθημάτων μόνο μέσω των εκφράσεων του προσώπου.

Πιο κάτω ακολουθούν κάποια παραδείγματα από μη λεκτικές εκφράσεις των συμμετεχόντων όπως αναφέρθηκαν από τους ίδιους:

Σ2: *«Έχασα την υγεία μου και έχασα ότι πιο πολύτιμο είχα (βουρκωμένα μάτια). τι μου έμεινε; (σιωπή)»*

Σ3: *«Μια καλή μέρα (σιωπή) το παιδί ήρθε στο σπίτι (αναστεναγμός) και έδωσε τέλος στη ζωή της με φάρμακα (σιωπή). Είχε πιεί φάρμακα.»*

Σ7: *«Μέχρι που άκουσα ‘γιατί κλαις για κάποιον ο οποίος ήταν ναρκομανής; Δεν είναι καλύτερα που έφυγε’ Από κάποια στη δουλειά μου (τονισμός). Το είπε μπροστά μου (εκνευρισμός).»*

Επιπλέον παρατηρήθηκαν εξωλεκτικά μηνύματα, όπως η γλώσσα του σώματος κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Η κατανόηση της γλώσσας του σώματος είναι απαραίτητο εργαλείο για την ερμηνεία των στάσεων και των συναισθημάτων των ερωτηθέντων.

Στη περίπτωση της Σ6, εκείνο που παρατηρήθηκε σχετικά με τη γλώσσα του σώματος ήταν ότι τα χέρια της ήταν σταυρωμένα. Αν και αυτή είναι συχνά μια παρεξηγημένη στάση της γλώσσας του σώματος, σε αυτήν την περίπτωση τα χέρια της ήταν διπλωμένα και άκαμπτα και τα δάχτυλά της πίεζαν τους δικέφαλους μυς της, υποδηλώνοντας άγχος. Αργότερα, με το πέρας της ώρας, τα χέρια άρχισαν να ανοίγουν και μιλούσε με μεγαλύτερη ευκολία.

Αντιθέτως η Σ8, είχε τα χέρια της προς τα μπροστά και ανοιχτά, όπου υποδηλώνουν ότι τα χέρια ακουμπούσαν με φυσική θέση μπροστά από το σώμα της. Η χρήση των χεριών της

υποδήλωναν μια αίσθηση οικειότητας και ετοιμότητας να επικοινωνήσει τον εσωτερικό της κόσμο.

Στη περίπτωση των συμμετεχόντων Σ1, Σ2, Σ3, Σ4, Σ5, Σ9 και Σ10, παρατηρήθηκε έντονα η οπτική επαφή, το κούνημα του κεφαλιού κατά την ακρόαση ακόμη και η ασυνείδητη αντανάκλαση της γλώσσας του σώματος του άλλου, είναι όλα σημάδια ότι έχει κερδηθεί η εμπιστοσύνη (Tipper, Signorini & Grafton, 2015).

Ο συμμετέχων Σ6, κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων παρατηρήθηκε μια θετική στάση σώματος. Καθόταν με τους ώμους πίσω και τα χέρια του απλωμένα στα πλάγια και μπροστά του.

8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το κεφάλαιο συζήτησης τοποθετεί τα ευρήματά της μελέτης στο πλαίσιο της σύγκρισης με τις άλλες επιστημονικές έρευνες με την ίδια θεματολογία σχετικά με το μοναδικό βίωμα της απώλειας του παιδιού από αυτοκτονία.

8.1 Ερμηνεία του γεγονότος της αυτοκτονίας

Η δημιουργία νοήματος μετά από το θάνατο του παιδιού τους από αυτοκτονία, είναι μια πολύ περίπλοκη διαδικασία, λόγω των επιπτώσεων τόσο σε προσωπικό επίπεδο (αναταραχή και συναισθήματα που βιώνουν οι επιζώντες) όσο και σε κοινωνικό επίπεδο (αντιδράσεις στους κοινωνικούς κύκλους). Τα ευρήματα της μελέτης δείχνουν ότι οι επιζώντες αφιέρωσαν σημαντικό χρόνο και ενέργεια για να καταλήξουν σε κάποιο συμπέρασμα από το συμβάν της αυτοκτονίας. Αυτό συνάδει και με προηγούμενα αποτελέσματα άλλων μελετών (Gillies and Neimeyer, 2006; Begley and Quayle, 2007; Sands, 2009; Sands et al., 2011).

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η απώλεια του παιδιού τους από αυτοκτονία παρείχε την ώθηση στους γονείς στην αναζήτηση του νοήματος και την αναζήτηση της αιτίας γύρω από την απώλεια τους. Όμοια και με προηγούμενες έρευνες, έχουν δείξει ότι τα άτομα που έχασαν ένα κοντινό άτομο και κυρίως οι γονείς που έχασαν παιδί από αυτοκτονία, πασχίζουν να δώσουν νόημα στο γεγονός (Dunn & Morrish-Vidners, 1987; Fielden, 2003; Jordan, 2001; Jordan & McIntosh, 2011; Kalischuk & Hayes, 2003; Neimeyer et al., 2006; Sands & Tennant, 2010; Smith et al., 2009). Η μελέτη των Owens et al. (2007), αναφέρει ότι αυτή η διαδικασία της δημιουργίας νοήματος είναι ζωτικής σημασίας καθώς επιτρέπει στους γονείς να συνεχίσουν να ζουν σε έναν κόσμο που δεν περιέχει πλέον το παιδί τους. Χωρίς αμφιβολία, η διαδικασία απόδοσης νοήματος από την αυτοκτονία ήταν περίπλοκη. Οι γονείς αναζητούν μια ικανοποιητική ιστορία που πιθανόν να συνδέεται με προηγούμενες συμπεριφορές του ατόχειρα όταν βρισκόταν εν ζωή.

Οι ερευνητές επέστησαν την προσοχή στη σημασία της δημιουργίας νοήματος στη προσαρμογή προς τη θλίψη και την απώλεια μετά την αυτοκτονία (Dransart, 2013; Neimeyer, 2006; Neimeyer et al., 2010; Neimeyer et al., 2014; Sands, 2009). Η διαδικασία νοηματοδότησης είναι σημαντική για τη προσαρμογή μετά το θάνατο (Currier et al., 2006) και έχει θετική επίδραση στα αποτελέσματα πένθους και στην ψυχική υγεία (Murphy, Johnson & Lohan, 2003).

Η απόδοση νοήματος είναι ένα σημαντικό στοιχείο στη διαδικασία του θρήνου ως αποτέλεσμα του θανάτου από αυτοκτονία. Ο Dransart (2013) πήρε συνέντευξη από τους επιζώντες αυτοκτονίας, σχετικά με το συμβάν και τον αντίκτυπό στις διάφορες πτυχές της ζωής και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι όλη η προσπάθεια εντοπισμού ικανοποιητικού λόγου ήταν μια

συνεχείς διενέργεια. Έτσι, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι χρειάστηκε αρκετός χρόνος για να καταλήξουν σε κάποιο νόημα για το θάνατο.

Όταν έψαχναν τον λόγο της αυτοκτονίας, οι γονείς άρχισαν να κατηγορούν τον εαυτό τους, άλλα τρίτα άτομα, είτε άλλα άτομα του οικογενειακού τους περίγυρου. Αυτή η μελέτη επιβεβαίωσε προηγούμενες έρευνες όπου οι επιζώντες από αυτοκτονία έκανα λόγο την απόδοση ευθύνης, είτε προς τον εαυτό τους, είτε στραμμένο σε τρίτα άτομα (Weinberg, 1994, Tzeng et al., 2010). Φάνηκε ότι οι γονείς έχασαν παιδί από αυτοκτονία αναφέρουν ένα εύρος από πολύπλοκα συναισθήματα. Αυτά τα συναισθήματα φαίνεται να περιστρέφονται γύρω από το ζήτημα της ευθύνης, με τους γονείς, κυρίως τις μητέρες, να εσωτερικοποιούν ή να εξωτερικεύσουμε την ευθύνη. Σε μια προσπάθεια να προστατεύσουν το παιδί τους από την ευθύνη σχετικά με την αυτοκτονία, κατηγορούσαν τον ίδιο τους τον εαυτό μη βλέποντας τα σημάδια έμειναν με αισθήματα έντονης ενοχής. Dunn and Morrish-Vidners (1987), επισήμαναν ότι η αυτοκατηγορία συνήθως συνοδεύεται από αισθήματα ενοχής.

Αρκετοί ήταν οι γονείς όπου αφού κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν είχαν κάνει κάτι για το οποίο μπορεί να ευθύνονταν για την αυτοκτονία του παιδιού τους, έριχναν τις ευθύνες σε άλλους και πιο συγκεκριμένα σε επαγγελματίες υγείας/ υπηρεσίες υγείας, π.χ. ψυχιάτρους, ψυχολόγους. Έκαναν λόγο για ανεπαρκή φροντίδα, έλλειψη κατανόησης, κατάλληλη και έγκαιρη θεραπεία. Οι Dunn and Morrish-Vidners (1987), ανέφεραν επίσης ότι η διαδικασία αυτή εξυπηρετεί μια σημαντική λειτουργία που τους επιτρέπει να αποκτήσουν μια αίσθηση ελέγχου, τους απαλλάσσει από την ενοχή τους, και μετατοπίζει την οργή πάνω σε άλλα άτομα.

Τα πορίσματα της συγκεκριμένης μελέτης συμφωνούν με άλλες έρευνες που σχετίζονται με την ενοχή και την ευθύνη, όπου αναφέρουν ότι αυτοί που θρηνούν από την αυτοκτονία αγαπημένου τους προσώπου από αυτοκτονία εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ενοχής και ευθύνης για το θάνατο σε σχέση με εκείνους που πενθούσαν από άλλες μορφές θανάτου (Clark, 2001; Jordan, 2001; Sveen & Walby, 2008). Η απόδοση ευθύνης είναι ενδημικό στα μέλη της οικογένειας μετά από το συμβάν της αυτοκτονίας (Ness & Pfeffer, 1990) και συνήθως περιλαμβάνει την προβολή θυμού και ενοχής στα άμεσα μέλη της οικογένειας ή κάποιο άλλο άτομο εκτός της οικογένειας, κάτι το οποίο παρουσιάζει ισχυρότερη σύνδεση με τα ευρήματα αυτής της μελέτης.

8.2 Ψυχολογική, συναισθηματική και σωματική δυσφορία

Τα αποτελέσματα της διατριβής δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες βιώνουν μια σειρά από σύνθετα συναισθήματα μετά το θάνατο ενός παιδιού από αυτοκτονία. Όταν τα άτομα έμαθαν για πρώτη φορά ότι το παιδί τους είχε αφαιρέσει τη ζωή του, αρχικά ήταν δύσπιστοι και αργότερα παρέμειναν για αρκετό καιρό σοκαρισμένοι από το γεγονός. Προσπάθησαν να βρουν τις λέξεις για να περιγράψουν τι βίωσαν, τι ένιωσαν. Οι αφηγήσεις των συμμετεχόντων μαρτυρούν μια πληθώρα από συναισθηματικές και σωματικές αντιδράσεις όπως είναι το μούδιασμα, η δυσπιστία, η σωματική ασθένεια, το φόβο και πανικό, αποτελέσματα που έχουν εντυπωσιακή ομοιότητα με τις μετατραυματικές απαντήσεις στο άγχος.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι οι σωματικές και γνωστικές αντιδράσεις που εμφανίστηκαν αντικατοπτρίζουν άλλα εμπειρικά στοιχεία από άλλες τραυματικές εμπειρίες (Chung, Farmer, Werrett, Easthope, & Chung, 2001; Foa & Herst-Ikeda, 1996; Janoff-Bulman, 1992). Μερικοί ερευνητές έχουν προτείνει ότι η παρουσία έντονων συμπτωμάτων λίγο μετά την απώλεια δεν σημαίνει απαραίτητα διαταραχή ή συναισθηματικά προβλήματα (Boelen, van de Bout, & van den Hout, 2003). Αυτά τα ευρήματα συμβαδίζουν με άλλες μελέτες όπου μελετούσαν το πένθος μετά το θάνατο ενός στενού φίλου (Creighton et al., 2013). Μελέτες που ερεύνησαν το βίωμα ατόμων έχασαν στενό τους άτομο από αυτοκτονία, δείχνουν ότι βιώνουν μια σειρά από συγκεχυμένα και συντριπτικά συναισθήματα (Bragdon, 2006; Fielden, 2003; Melhem et al., 2004). Παρόμοια με τα αποτελέσματα της μελέτης κατέληξε και μια έρευνα στη Κολομβία όπου έδειξε ότι ο θάνατος από αυτοκτονία συνεπάγεται με τον σχηματισμό ενός βαθιού και επώδυνου συναισθήματος (Corea et al., 2014). Η αυτοκτονία ενός μέλους της οικογένειας ή φίλου, οδήγησε τα άτομα να βιώσουν πληθώρα συναισθημάτων όπως μούδιασμα, άρνηση και σοκ, που έχουν αναγνωριστεί ότι οδηγούν στην καταστολή της θλίψης (Cvinar, 2005).

Επιπλέον, η αυτοκτονία θεωρείται συνήθως ως «αδικαιολόγητος, σωματικά αποκρουστικός και διαφορούμενος θάνατος» (Maples, 2005) και φαίνεται ότι αυτά τα είδη αρνητικών συμπεριφορών οδήγησαν είτε σε μια συνειδητή ή υποσυνείδητη απροθυμία ή αδυναμία μεταξύ των μητέρων να αναγνωρίσουν δημόσια τη θλίψη τους (Surgue et al., 2014).

Οι συμμετέχοντες μας, παρουσίασαν αντιδράσεις παρόμοιες με αυτές που τεκμηριώθηκαν στη βιβλιογραφία για τους επιζώντες αυτοκτονίας όπου έχουν περιγραφεί ως μια χρόνια, αυξημένη κατάσταση πένθους (Prigerson et al., 1997), συνήθως εμφανίζοντας συμπτώματα όπως η

λαχτάρα για τον αποθανόντα, μια αίσθηση του σκοταδισμού, συναισθήματα ματαιότητας, δυσκολία να φανταστεί κανείς μια ζωή χωρίς το νεκρό, μούδιασμα και αίσθημα κενού (Prigerson et al., 1999).

8.3 Οικογενειακό επίπεδο: Μετασχηματισμός της οικογενειακής δομής και των στάσεων

Από την άποψη του οικογενειακού συστήματος, η θλίψη από το χαμό του παιδιού τους ανεξαρτήτως της αιτίας του θανάτου, δεν είναι πλέον αντιληπτή ως ατομική απάντηση στην απώλεια, αλλά ως συμβάν ζωής που επηρεάζει βαθιά το σύστημα μιας οικογένειας ή μιας σύμπραξης, διαταράσσει τις ισορροπίες και απαιτεί την αναπροσαρμογή στα νέα δεδομένα (Lichtenthal et al., 2010 ; Shapiro, 2008; Walsh & McGoldrick, 2004 ;Gilbert, 1996). Η ανοιχτή και ειλικρινής επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας αποδίδεται ως μεγάλης σημασίας στην προσαρμογή των γονέων στην απώλεια του παιδιού τους ανεξαρτήτως της αιτίας του θανάτου (Kazak & Noll, 2004; Walsh & McGoldrick, 2004). Το «μοίρασμα» της θλίψης τους, των σκέψεων τους, να εξιστορήσουν μια ιστορία του αποθανόντος παιδιού τους, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη συνέχιση της σύστασης της οικογένειας και επίσης ενθάρρυνε την οικογενειακή έννοια (Nadeau, 2010). Οι συνεχείς αφηγήσεις για τον αποθανόντα μπορεί να συμβάλει στην ενότητα τόσο στην οικογένεια όσο και στο ζευγάρι, πατέρα, μητέρα (Shapiro, 2008; Riches & Dawson, 1996).

Φάνηκε ότι η διατήρηση ενός «σταθερού δεσμού» μεταξύ των γονέων διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαδικασία του πένθους (Lichtenthal et al., 2010; Ware & Raval, 2007; Wheeler, 2001; Riches & Dawson, 1998). Η μελέτη των Stroebe, et. (2013), όπου θέλησε να διερευνήσει τη γονεϊκή σχέση μεταξύ του ζευγαριού μετά το θάνατο του παιδιού τους, παρατηρήθηκε η έντονη προσπάθεια τους να προστατεύσουν ο ένας τον άλλο από τον πόνο και την ταλαιπωρία με αποτέλεσμα να παρατηρηθούν υψηλά ποσοστά θλίψης. Αυτό , έρχεται σε συμφωνία με τα δικά μας ευρήματα όπου κάποιες μητέρες θέλησαν να παραμείνουν στη σιωπή τους μη θέλοντας να επηρεάσουν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, συνεπώς και του συντρόφου τους. Αντίθετα, στη ποιοτική μελέτη οι Hooghe et al. (2011), περιέγραψαν μια πιο σύνθετη άποψη της επικοινωνίας στο πένθος, εστιάζοντας στο νόημα της ομιλίας και της σιωπής.

Επιπλέον, έχουν περιγραφεί πτυχές της διαδικασίας πένθους μεταξύ των γονέων που σχετίζονται με το φύλο. Φάνηκε ότι οι μητέρες πλήττονται πιο βαθιά από το θάνατο του παιδιού τους, δείχνοντας επιδείνωση της σωματικής τους υγείας, υψηλότερες βαθμολογίες κατάθλιψης (Znoj & Keller, 2002; Rubin & Malkinson, 2001), και υψηλότερες βαθμολογίες θλίψης (Keesee et al., 2008; Wijngaards-de Meij et al., 2008; Barrera et al., 2007; Wijngaards-de Meij et al., 2005). Διαφορές μεταξύ των φύλων έχουν επίσης διαπιστωθεί σε σχέση με το πένθος, λαμβάνοντας υπόψη ότι οι μητέρες είχαν την τάση να μοιράζονται πιο εύκολα τα συναισθήματα τους, ενώ οι πατεράδες έδιναν μεγαλύτερη σημασία στο να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα τους (Alam et al., 2012; Barrera et al., 2007; Horpmeyer & Werk, 1994). Αυτές οι διαφορές μπορεί να οδηγήσουν σε ασυμμετρία μεταξύ των γονέων, συμβάλλοντας σε δευτερεύουσες απώλειες, όπως η συζυγική διχόνοια (Stroebe & Schut, 1999), ακόμα και σε διαταράξεις των σχέσεων (Oliver, 1999).

Επίσης, αυτό που παρατηρήθηκε από τη μελέτη είναι ότι η αλληλοστήριξη μεταξύ του ζευγαριού είναι πολύ σημαντική στη μετέπειτα συνέχιση της ζωής τους και αν αυτό δεν ευσταθεί φαίνεται να το επιζητούν, κυρίως οι γυναίκες. Σύμφωνα με τις ίδιες τις μητέρες, αυτές ήταν που έδιναν δύναμη στο πατέρα για να προχωρήσει μετά το χαμό του παιδιού τους λόγω της αυτοκτονίας. Αυτό έρχεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της μελέτης των Wijngaard et. al. (2008) όπου ανέφεραν ότι η διαδικασία προσαρμογής του πένθους για τους άνδρες σχετίζεται με τη στρατηγική αντιμετώπισης των συζύγων τους. Όσο περισσότερο η σύζυγος είναι προσανατολισμένη στην ανοικοδόμηση της ζωής της μετά την απώλεια, τόσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδα κατάθλιψης και θλίψης στους συζύγους.

8.4 Μετασχηματισμός κοσμοθεωρίας

Ένα σημείο προσοχής είναι ότι η αυτοκτονία δεν πρέπει να εξηγείται ως λογική ακολουθία της ζωής από την άποψη ότι «τα πάντα συμβαίνουν για έναν λόγο». Υπό το πρίσμα του φαινομένου του ντόμινο με τις σημαντικές επιπτώσεις, η εμφάνιση αυτοκτονίας καλεί μια οικογένεια να επανεξετάσει αυτό που θεωρεί σημαντικό και συγκεκριμένα ο τρόπο που αυτοπροσδιορίζουν το μέλλον. Αντίθετα, ορισμένοι αποκαλούν την εμπειρία του να πάσχει το άτομο από απειλητική σωματική ασθένεια ως μια «εμπειρία ανάπτυξης» ή «δώρο» από μόνη της (Hefferon et al., 2009), αλλά κανένας από τους επιζώντες της αυτοκτονίας ερμήνευσαν το

συμβάν ως θετικό γεγονός. Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν την αυτοκτονία ως « γεγονός που δεν θα έπρεπε να είχε συμβεί» και δεν το περιέγραψαν ως θετικό γεγονός, ακόμη και για εκείνους που είχαν καταφέρει να αντιμετωπίσουν τη συναισθηματική τους δυσφορία.

Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν ότι είχαν μια νέα ταυτότητα ως οι γονείς που έχασαν παιδί από αυτοκτονία. Οι σχέσεις τους με άλλους είχαν αλλάξει, εκτιμώντας τη ζωή, τις αξίες, και οι προτεραιότητές τους είχαν αλλάξει. Κάποιοι από τους γονείς θέλησαν να ερμηνεύσουν την αυτοκτονία του παιδιού τους με ένα πιο θετικό πρόσημο. Ο θάνατος, τους οδήγησε να επαναξιολογήσουν εντελώς το τρόπο που βλέπουν τη ζωή και να είναι λιγότερο αναστατωμένοι για καταστάσεις και πράγματα που έρχονται στο δρόμο τους. Όμως αυτή η διαφορετική οπτική των πραγμάτων παρουσιάζεται κυρίως μόνο για τους γονείς των αυτοχειριών και λιγότερο σε άλλα άτομα του στενού τους περιβάλλοντος (Entilli et al., 2021; Ross et al., 2018; Shields et al., 2018).

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η απώλεια του παιδιού τους από αυτοκτονία, τους αφύπνισε σε μια νέα ζωή όπου σκοπός τους είναι να βοηθούν άλλους ανθρώπους που αγωνίζονται με τη ζωή τους. Οι γονείς εξέφρασαν την επιθυμία τους να βοηθήσουν άλλους πρόσφατους επιζώντες αυτοκτονίας, ειδικά αυτούς που δεν μπόρεσαν να λάβουν βοήθεια. Όπως και στη μελέτη των Lee et al. (2019), οι συμμετέχοντες ένιωσαν ότι θα πρέπει να επιστρέψουν τη βοήθεια που είχαν λάβει και οι ίδιοι.

8.5 Αναδιώμενες ανάγκες γονέων μετά το θάνατο του παιδιού τους

Γενικότερα, η απώλεια ενός παιδιού θεωρείται η χειρότερη μορφή θλίψης. Οι βαθιές συναισθηματικές αντιδράσεις αποδίδονται επίσης στη διαταραχή της φυσικής τάξης, κατά την οποία ο θάνατος πρέπει να συμβεί με τους γονείς που προηγούνται των παιδιών τους (Schneider, 2011). Ειδικότερα, όταν επέλθει ο θάνατος του παιδιού με ένα άδοξο και ακατανόητο τρόπο όπως είναι η αυτοκτονία, ο γονιός χάνει τη γή κάτω από τα πόδια του. Ο αντίκτυπος μεγάλος, η απώλεια αξέχαστη, όμως, κάποιες ανάγκες ξεπροβάλλουν στα λεγόμενα των γονέων με κύρια την ανάγκη προστασίας.

Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν επίσης την προσπάθειά τους να προστατεύσουν και να υποστηρίξουν πρωτίστως τα ευάλωτα μέλη της οικογένειάς τους όπως αποδεικνύεται και απο

τη βιβλιογραφία. Οι γονείς μπορεί να αποκρύπτουν στα επιζώντα παιδιά τους τις εξωτερικές εκφράσεις της θλίψης, επειδή στόχος τους είναι να τα "προστατεύσουν", αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλες μελέτες (Jaques, 2000). Επίσης, οι μητέρες φάνηκε ότι λειτουργούσαν με μια ενέργεια προστασίας τόσο του γιου (αυτόχειρα) όσο και της μητέρας από το φταίξιμο σχετικά με το συμβάν της αυτοκτονίας (Shields et al., 2019). Αυτό έρχεται σε συμφωνία με τα δικά μας ευρήματα που δείχνουν ότι η διαδικασία της εσωτερίκευσης ή της εξωτερικοποίησης της ευθύνης, έχει ως αποτέλεσμα οι γονείς να έχουν αισθήματα έντονης ενοχής ή θυμού και φαίνεται πως αυτό το προτιμούν από το να αποκτήσουν θυμό προς το αυτόχειρα παιδί τους. Έχουν την ανάγκη να παραμείνει η μνήμη του παιδιού τους «καθαρή» από το στιγματισμό της πράξης της αυτοκτονίας. Η προσπάθεια τους για προστασία των παιδιών τους, ζώντων ή θανόντων είναι έντονη. Προκύπτει από τα λεγόμενα των συμμετεχόντων ότι οι γονείς έχουν την ανάγκη να αισθάνονται ότι ο ρόλος τους ως γονείς, κηδεμόνες, συνεχίζεται και αυτό παρουσιάζεται κυρίως στις μητέρες.

Επιπλέον, χαρακτηριστική ήταν η ανάγκη τους να παραμείνει το δέσιμο μεταξύ γονέων και παιδιού και πιο συγκεκριμένα μητέρας/ παιδιού. Ανέφεραν ότι μετά ο θάνατο του παιδιού τους, τα προσωπικά του αντικείμενα τα άφησαν αμετακίνητα όπως ήταν τη τελευταία μέρα πριν πεθάνει. Οι φωτογραφίες τους, τα ρούχα τους, ακόμη και μια κοτσίδα από τα μαλλιά του θανόντα, είναι βάλσαμο στη ψυχή της μάνας. Φαίνεται ότι υπάρχει η ανάγκη να διατηρηθεί ο διαρκής δεσμός με τους πενθούντες, καλλιεργώντας ένα αίσθημα της παρουσίας του θανόντος. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τη μελέτη των Neimeyer et al. (2006) όπου οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι επιθυμούσαν να παραμείνει σύνδεση μεταξύ τους, με αυτό το τρόπο ένιωθαν την παρουσία του αγαπημένου τους και στρέφονταν σε αυτό όταν το είχαν ανάγκη. Ωστόσο, φάνηκε ότι ο ρόλος του συνεχούς δεσμού δεν είναι πάντα θετικός, έχει παρατηρηθεί ότι σε κάποιες περιπτώσεις αυτός ο δεσμός μπορεί να καταστεί εμπόδιο στη προσαρμογή στην απώλεια (Stroebe & Schut, 2005).

8.6 Ανάγκη για υποστήριξη απο επαγγελματία υγείας

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη, όπως είναι οι γονείς, επισημαίνουν την αναγκαιότητα της ψυχολογικής στήριξης αυτών αλλά και των οικείων τους. Η επαγγελματική υποστήριξη θεσπίζεται μέσω της φροντίδας, της διατήρησης, της εμπειρογνωμοσύνης ενός παρόχου υγειονομικής περίθαλψης, όπως γιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας. Τα

άτομα μετά το συμβάν υποφέρουν από μετατραυματική αγχώδη διαταραχή και έτσι κάνουν λόγο στη σημαντικότητα της αποτελεσματικής υποστήριξης από επαγγελματία υγείας και πιο συγκεκριμένα ψυχικής υγείας, όπου γενικότερα οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας ήταν απών.

Η έλλειψη ενσυναίσθησης γίνεται συνήθως αντιληπτή από τους γονείς μέσω των μικρών καθημερινών αλληλεπιδράσεων που έχουν με το προσωπικό. Για παράδειγμα, οι γονείς περιγράφουν ότι έγιναν λήπτες επικριτικών στάσεων και αναποτελεσματικών μεθόδων που επέφεραν αντίθετα αποτελέσματα, όπως το να παραμείνουν σιωπηλοί και να απογοητευτούν από το σύστημα. Έκαναν αναφορά για ανάγκη ειλικρινούς επικοινωνίας στοχευμένης στην ανταλλαγή πληροφοριών με τους γονείς με διαφάνεια χωρίς εμπόδια που παραπλανούν ή εμποδίζουν την πλήρη κατανόηση. Η εμπιστοσύνη έχει περιγραφεί από τους γονείς ως την ανάγκη τους να αισθάνονται ότι μπορούν να βασίζονται στις ενέργειες και τις συμβουλές των επαγγελματιών υγείας (ψυχιάτρων, νοσηλευτών).

Όταν οι γονείς ζήτησαν επαγγελματική βοήθεια, ήταν στη διαδικασία του πένθους τους. Ζήτησαν βοήθεια αφού η θλίψη τους επηρέασε την ψυχική τους υγεία, ευημερία και τους επηρέασε τη καθημερινή τους ζωή. Σε μόνο μια περίπτωση όπου ο/η συμμετέχοντας ένιωσε ότι υποστηριζόταν από κάποιο επαγγελματία υγείας ήταν όταν ενθαρρύνθηκε να προσαρμοστεί και να κατανοήσει την απώλειά του, όταν επικεντρώθηκε στη γνωστική επεξεργασία του πένθους και χρησιμοποίησε κατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισης. Με αυτό το τρόπο, δόθηκε ευκαιρία στο άτομο να αμφισβητήσει την αντίληψη της ενοχής, της αυτοκατηγορίας και άλλων γνωστικών στρεβλώσεων και επικεντρώθηκε στην υιοθέτηση μιας ενεργητικής και επίλυσης προβλημάτων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας. Αυτό ευθυγραμμίζεται με την έρευνα για επαγγελματικές παρεμβάσεις σε επιζώντες που δείχνουν ότι οι επιζώντες επωφελούνται από βοήθεια που τους βοηθά να κατανοήσουν, να αντιμετωπίσουν τις ενοχές και να διαχειριστούν τις επιπτώσεις του πένθους (Dyregrov & Regel, 2012; Neimeyer et al., 2010; Neimeyer, 2006). Όμως δυστυχώς, αυτή η περίπτωση ήταν μόνο μία, αφού η πλειοψηφία δεν δέχτηκε οποιαδήποτε στήριξης από επαγγελματία ψυχικής υγείας και γενικότερα υπάρχει απουσία των κρατικών υπηρεσιών όσο αφορά δομημένες παρεμβάσεις.

8.7 Εξωτερικές πηγές στήριξης - Κοινωνική Υποστήριξη

Σε μια εποχή όπου τα άτομα που έχασαν ένα κοντινό τους άτομο και συγκεκριμένα οι γονείς από αυτοκτονία, έρχονται αντιμέτωποι με ζητήματα που προαναφέρθηκαν πιο πάνω. Σύμφωνα με έρευνες οι οποίες επιβεβαιώνουν τα ευρήματα της μελέτης, οι παραδοσιακές πηγές στήριξης, όπως είναι η οικογένεια και η ευρύτερη κοινωνική στήριξη, δεν ευσταθούν ούτε στη περίπτωση των γονέων (Cerel et al., 2009; Feigelman & Feigelman, 2008; Begley & Quayle, 2007). Οι Cerel et al. (2008) δηλώνουν ότι η κοινωνική υποστήριξη μετά από το θάνατο του αγαπημένου τους ατόμου είναι ένας κρίσιμος παράγοντας για να μπορέσει το άτομο να προσδιορίσει το αποτέλεσμα της απώλειας, μετά από οποιονδήποτε τρόπο θανάτου. Οι παράγοντες που παρεμβαίνουν στην ικανότητα μιας κοινωνικής ομάδας να παρέχει υποστήριξη στους πενθούντες μπορούν να έχουν άμεση επίδραση στην πορεία του πένθους τους. Οι μελετητές υποστηρίζουν ότι ο πιο επίσημος αντίκτυπος της αυτοκτονίας στα κοινωνικά δίκτυα είναι η στρέβλωση των επικοινωνιακών διαδικασιών που μπορεί να προκύψουν μετά το θάνατο.

Σε μια εποχή, λοιπόν, όπου η υποστήριξη είναι απαραίτητη στη ανασυγκρότηση της ζωής, οι γονείς εκείνων που έχουν πεθάνει από αυτοκτονία μπορεί να βρεθούν αντιμέτωποι με την αποσύνθεση των δικτύων υποστήριξης. Οι Grad, Clark, Dyregrov και Andriessen (2004) αναφέρονται σε αυτή τη διαδικασία ως κοινωνική ανικανότητα, αντικατοπτρίζοντας τη δυσκολία του κοινωνικού δικτύου να ανταποκριθεί και να υποστηρίξει εκείνους που πενθούν από αυτοκτονία με τρόπο που είναι ωφέλιμος για τους πενθούντες. Εκείνο που αναφέρουν είναι ότι η υποστήριξη που δέχονται το πρώτο καιρό από τα άτομα του κοινωνικού τους περίγυρου, με τη πάροδο του χρόνου εξασθενεί. Ως αποτέλεσμα, οι Grad et al. (2004) προτείνουν ότι αργότερα, όταν οι επιζώντες από την αυτοκτονία αρχίσουν να αναδιοργανώνουν τη ζωή τους ξανά, θα πρέπει να ξαναχτίσουν μια εντελώς νέα κοινωνική ζωή.

Η κοινωνική υποστήριξη για τους συμμετέχοντες μεταβαλλόταν συνεχώς και φάνηκε να ξεθωιάζει καθώς περνούσε ο καιρός και οι συμμετέχοντες έμεναν σιωπηλοί και απομονωμένοι. Η διαθέσιμη υποστήριξη έτεινε να είναι πρακτικής φύσης με ελάχιστη συναισθηματική υποστήριξη στους συμμετέχοντες. Οι συμμετέχοντες αγωνίζονταν να βρουν ένα μέρος στο οποίο τα συναισθήματά τους θα μπορούσαν να εκφραστούν σε ένα ασφαλές, μη κρίσιμο περιβάλλον στο οποίο θα μπορούσαν να είναι οι ίδιοι χωρίς να ανησυχούν για τον

αντίκτυπο στους άλλους. Αυτό είναι παρόμοιο με τα ευρήματα των Begley και Quayle (2007) οι οποίοι αναφέρουν ότι αμέσως μετά την αυτοκτονία, οι πενθούντες αισθάνθηκαν ότι είχαν την υποστήριξη των τρίτων, αλλά αυτή η υποστήριξη μειώθηκε μετά την κηδεία. Μετά το σημείο αυτό, οι πενθούντες αισθάνθηκαν εγκαταλελειμμένοι και διαπίστωσαν ότι οι άλλοι ενεργούσαν με επιφύλαξη (Begley & Quayle, 2007).

Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν ότι τα τρίτα άτομα συμπεριφέρονταν με αμηχανία και ακατάλληλα προς αυτούς. Αυτό συνδυάστηκε με την αίσθηση της ανάγκης μεταξύ των συμμετεχόντων να φορούν μάσκα και να μην δείχνουν τα πραγματικά τους συναισθήματα και την ευπάθεια τους προς τους άλλους. Ο αντίκτυπος της αυτοκτονίας στην κοινωνική υποστήριξη είχε σκιαγραφηθεί στη βιβλιογραφία όπου οι Dunn & Morrish-Vidners (1987) αναφέρονται σε μια διαδικασία «ασυδοσίας». Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι επειδή δεν υπάρχουν κανόνες σχετικά με το πώς οι άνθρωποι θα πρέπει να ενεργούν απέναντι σε εκείνους που έχουν χάσει ένα κοντινό τους άτομο από αυτοκτονία, το «κανονιστικό κενό» (Dunn & Morrish-Vidners, 1987) γεμίζει με αμήχανη συμπεριφορά στις δυο πλευρές. Οι Maple, Edwards, Plummer και Minichiello (2010) ανέφεραν ότι όσοι πενθούν στο χαμό ενός ατόμου λόγω αυτοκτονίας, ένιωσαν αναγκασμένοι να μην συζητήσουν δημόσια τις εμπειρίες τους και υπήρχε μια εσωτερική σύγκρουση ανάμεσα στο να θέλουν να μιλήσουν αλλά να νιώθουν την ανάγκη για άδεια, η οποία σπάνια δίνεται.

Η τάση των συμμετεχόντων στην τρέχουσα μελέτη να φορούν μάσκα και να μην συζητούν για τα πραγματικά συναισθήματά τους επαναλαμβάνονται από τους Smith et al. (2011) οι οποίοι αναφέρουν ότι οι συμμετέχοντες υιοθέτησαν μια δημόσια μάσκα η οποία έδινε την εντύπωση ότι όλα κυλούν ομαλά. Αυτή η δημόσια έκφραση επέτρεψε στους πενθούντες να επιλέξουν πότε και σε ποιον θα αποκάλυπταν τα αληθινά τους συναισθήματα αλλά και προστάτευαν παράλληλα τους άλλους από αυτά τα σκληρά τους συναισθήματα (Smith et al., 2011). Οι συμμετέχοντες ήταν σε θέση να αποχωριστούν τη μάσκα τους μόνο όταν βρίσκονταν με άλλα άτομα που πενθούσαν για το χαμό δικού τους ατόμου. Θεωρούν ότι μόνο αυτοί μπορούν να κατανοήσουν τη πραγματική τους εμπειρία. Στη μελέτη των Sheilds et al. (2019), επισήμαναν ότι η ομάδα υποστήριξης παρείχε ένα μέρος όπου οι συμμετέχοντες μπορούσαν να βγάλουν τις μάσκες τους και να δείξουν τα πραγματικά συναισθήματά τους σε άλλους που επίσης θρηνούσαν το χαμό δικού τους ατόμου από αυτοκτονία. Η ομάδα υποστήριξης διαδραμάτισε αναπόσπαστο ρόλο στη διαδικασία δημιουργίας νοήματος σχετικά με την αυτοκτονία.

Επίσης, οι συμμετέχοντες σε ομάδες υποστήριξης ανέφεραν ότι βοήθησε τα μέλη της σε διάφορα στάδια της διαδικασίας του πένθους, αφού μπορούσαν να ζητήσουν συμβουλές και να βρουν ελπίδα από εκείνους που βρίσκονταν στο ταξίδι του θρήνου. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι βρήκαν ελπίδα στην ομάδα υποστήριξης, καθώς διαπίστωσαν ότι τα πράγματα δεν θα είναι πάντα τόσο δύσκολα όσο είναι τώρα (Sheilds et al., 2019).

8.8 Στρατηγικές αντιμετώπισης

Η απώλεια παιδιού τους από αυτοκτονία είναι το πιο αγχωτικό γεγονός που απαιτεί αντιμετώπιση. Οι γονείς προσπαθούν να ανταπεξέλθουν στη ροή της καθημερινής τους ζωής με ένα τρόπο μοναδικό. Το να χάνεις κάποιον που αγαπάς και πόσο μάλλον το παιδί σου, είναι σαν να χάνεις το μισό του εαυτού σου. Ο πόνος και το κενό που αισθάνεται κατά τη διάρκεια της διαδικασίας πένθους μπορεί να συνεχιστεί για μήνες ή χρόνια, ωστόσο δύο άνθρωποι θα ανταποκριθούν διαφορετικά στην ίδια κατάσταση, με διαφορετικό τρόπο. Ο καθένας αντιδρά διαφορετικά στο θάνατο και χρησιμοποιεί προσωπικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης της θλίψης.

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης και τα επίπεδα υποστήριξης διέφεραν σημαντικά μεταξύ των γονέων στη μελέτη μας. Ένα εύρος από δυσπροσαρμοστικές και προσαρμοστικές στρατηγικές - όπως είναι η αποφυγή (δεν συζητούν για το γεγονός της αυτοκτονίας, ταξίδια και χρήση φαρμακευτικής αγωγής) για τη διατήρηση της σωματικής και ψυχικής υγείας, και τελετουργίες όπως η επίσκεψη στο κοιμητήριο, διατήρηση των προσωπικών αντικειμένων του θανόντος όπως φωτογραφίες, ρούχα τα οποία δόθηκαν στα αδέρφια του θανόντος, μια κοτσίδα από τα μαλλιά, για να εξασφαλιστεί η συνέχιση των δεσμών με το παιδί. Ο καθένας (πατέρας, μητέρα) αντιδρά διαφορετικά στο θάνατο και χρησιμοποιεί προσωπικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης της θλίψης.

Η τρέχουσα μελέτη τόνισε ότι οι συμμετέχοντες χρησιμοποίησαν μια σειρά στρατηγικών για να διατηρήσουν τη σιωπή τους και να κρατήσουν τη θλίψη τους ιδιωτική, όπως: αποφυγή άλλων, συναισθηματική συγκράτηση μέσω της απασχόλησης του μυαλού, καθώς ο φόβος να κριθούν ως γονείς ήταν ένα κίνητρο για να παραμείνουν στωικοί και να κρατήσουν τη θλίψη τους ιδιωτική. Οι γονείς περιέγραψαν τη διατήρηση της θλίψης τους ιδιωτική, την αποφυγή

άλλων και την αποστασιοποίηση από άτομα και καταστάσεις όπου μπορεί να τους κυριεύσει η θλίψη, να διαλυθούν ή/και να φαίνονται ευάλωτοι ή αδύναμοι. Μέσα σε αυτή τη σιωπή αντιμετώπισαν τα γιατί, την αμφιβολία για τον εαυτό τους, τις τύψεις και πάλεψαν με ένα αίσθημα αδυναμίας. Αυτό το εύρημα είναι σύμφωνο με μελέτες που δείχνουν ότι οι επιζώντες συχνά αγωνίζονται να καταλάβουν γιατί συνέβη η αυτοκτονία και γιατί δεν μπορούσαν να την αποτρέψουν (Ford, 2016; Crow, 2013; Jordan, 2008; Begley & Quayle, 2007; Fielden, 2003). Είναι επίσης σύμφωνο με μελέτες που δείχνουν ότι οι επιζώντες πρέπει να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα ενοχής και τύψεις (για την απουσία προειδοποιητικών σημάτων και την αδυναμία αποτροπής της αυτοκτονίας), ντροπής, κατηγορίας και του στίγματος (Peters, Murphy & Jackson, 2013).

Η αποφυγή και η διατήρηση των γονέων στη σιωπή, είναι επιλογές που στόχο έχουν τη προστασία των άλλων. Οι συμμετέχοντες είχαν επίγνωση των συναισθηματικών καταστάσεων κυρίως των εναπομενόντων παιδιών και δεν ήθελαν να προκαλέσουν θλίψη ή να προσθέσουν τις ανησυχίες τους. Επέλεξαν να υποφέρουν σιωπηλά επειδή ήθελαν να αποφύγουν τις συγκρούσεις και να ελαχιστοποιήσουν περαιτέρω επιβάρυνση άγχους. Αυτό το εύρημα παραλληλίζεται με πρόσφατη έρευνα πένθους που δείχνει ότι οι άνθρωποι μπορούν να κρατήσουν τα συναισθήματα τους για τον εαυτό τους, προκειμένου να προστατεύσουν τα αγαπημένα τους πρόσωπα από τον πόνο και τη θλίψη (Van Humbeeck et al., 2016) και να αποφεύγουν τους άλλους, λόγω των επιπτώσεων που μπορεί να έχει η αυτοκτονία στο οικογενειακό σύνολο (Rosenblatt, 1988). Ο Weingarten (2000) υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι μπορεί να κρατήσουν τη θλίψη τους ιδιωτική επειδή οι άνθρωποι πιστεύουν ότι κανείς δεν μπορεί να αντέξει να ακούσει τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους. Η σιωπή είναι καλή και η ομιλία ή το να μοιράζεσαι/επιβάλλεις πόνο στους άλλους είναι εγωιστική.

Οι συμμετέχοντες τήρησαν ιδιωτική σιωπή και απέφυγαν να κάθονται, να μιλούν και να εκφράζουν τα συναισθήματα και τη θλίψη τους. Πήραν μια πιο ενεργή, γνωστική και οργανική προσέγγιση για τη θλίψη τους. Προσπάθησαν να κρατήσουν το μυαλό τους απασχολημένο, αναζήτησαν γνωσιακούς περισπασμούς και προσπάθησαν να διατηρήσουν τις καθημερινές τους ρουτίνες, προκειμένου να κάνουν ένα διάλειμμα από τη θλίψη και το πένθος τους, όμως με μεγάλη δυσκολία.

Έρευνα που θέλησε να ερευνήσει τις διαφορές των φύλων (άντρας, γυναίκα) στις στρατηγικές αντιμετώπισης μέσω γνωστικών συναισθημάτων (Garnefski, Teerds, Kraaij, Legerstee & van den Kommer, 2004) έδειξε ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιούν στρατηγικές

μηρυκασμού και καταστροφολογίας σε σχέση με το άγχος της ζωής. Παλαιότερες έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες τείνουν να εστιάζουν περισσότερο στη συναισθηματική τους εμπειρία, να αναγνωρίζουν και να συζητούν τα συναισθήματα πιο ανοιχτά σε σύγκριση με τους άνδρες (Fivush & Buckner, 2000).

Η υιοθέτηση από τους άνδρες μιας ενεργητικής, γνωστικής, και εργασιακής προσέγγισης προς τη θλίψη έχει εδραιωθεί καλά, και είναι πιθανό να επηρεάζεται από το φύλο (Doka & Martin, 2010; Martin & Doka, 2000). Η σημασία της καθιέρωσης της αίσθησης του ελέγχου, της διατήρησης των ρουτίνων και της επανακαθιέρωσης της αίσθησης της κανονικότητας έχει επισημανθεί από μια σειρά διεθνών συγγραφέων και ως βοήθεια για την ανάκαμψη (Read, 2014, Stroebe, Stroebe & Hansson, 1988) και την προσαρμοστικότητα (Sandler, Wolchik & Ayers, 2007).

9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Τέλος, το κεφάλαιο συμπεράσματα παρέχει μια περίληψη των ευρημάτων, καθώς και τις επιπτώσεις που προκύπτουν από τη μελέτη. Υιοθετώντας μια ποιοτική προσέγγιση, προσφέρθηκε στους συμμετέχοντες μια φωνή, αποτυπώνοντας έτσι το δικό τους τρόπο ερμηνείας και νοηματοδότησης της αυτοκτονίας του παιδιού τους, τον αντίκτυπο του γεγονότος σε αυτούς, το τρόπο που αντεπαρέρχονται και ποιές είναι οι ανάγκες τους. Επίσης προτείνονται πιθανές κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα σε αυτόν τον τομέα, στην εκπαίδευση και εισηγήσεις σχετικά με τη πρακτική και την ενίσχυση της οικογένειας.

Αυτή η μελέτη παρείχε πληροφορίες για τις βιωμένες εμπειρίες γονέων που έχασαν το παιδί τους από αυτοκτονία, ανιχνεύοντας τη μοναδικότητα της ερμηνείας του βιώματος της απώλειας, τον αντίκτυπο αυτής της απώλειας στους ιδίους, σε οικογενειακό, κοινωνικό επίπεδο. Επίσης, αναφέρουν έντονα στρατηγικές αντιμετώπισης έναντι της τραγικότητας του γεγονότος και ποιες είναι οι αναδιώμενες ανάγκες τους. Υιοθετήθηκε μια ποιοτική προσέγγιση μεθοδολογίας βάσει της συμβατικής ανάλυσης περιεχομένου και σε μια επαγωγική ανάπτυξη κατηγοριών, πρόσφερε στους συμμετέχοντες μια φωνή, αποτυπώνοντας έτσι τη δική τους κατανόηση στο γεγονός.

Σε απάντηση στην τραυματική εμπειρία της αυτοκτονίας, οι συμμετέχοντες περιέγραψαν τις προσπάθειές τους να αισθάνονται ενδυναμωμένοι ενεργοποιώντας τις γνωστικές και συμπεριφορικές διαδικασίες αυτοθεραπείας και αγκαλιάζοντας εξωτερικές υποστηρικτικές πηγές, κυρίως από τα μέλη της βασικής οικογένειας. Η εύρεση ενός «άνετου ασφαλούς χώρου», απαλλαγμένου από την εσωτερική ή εξωτερική κρίση και τις οδυνηρές υπενθυμίσεις της αυτοκτονίας του παιδιού τους, καθώς και την πνευματική, ψυχολογική και σωματική άνεση ήταν η απόλυτη επιθυμία των συμμετεχόντων κατά τη διαδικασία δημιουργίας νοήματος. Έτσι υπο αυτό το πρίσμα, θα ήταν καλό να γίνει περαιτέρω διερεύνηση του φαινομένου με έμφαση στον προγραμματισμό παρέμβασης με στόχο την ενίσχυση των υποστηρικτικών πόρων σε γονείς που πενθούν για αυτοκτονία.

Τέλος, ο αποστιγματισμός και η ανακούφιση από άλλες τραυματικές συνέπειες που σχετίζονται με την αυτοκτονία στην περίοδο μετά την αυτοκτονία πρέπει να αντιμετωπιστούν από τους κλινικούς επιστήμονες.

Παρακάτω θα ακολουθηθεί μια σειρά από εισηγήσεις για περαιτέρω έρευνα και προτάσεις για πρακτική και την ενίσχυση της οικογένειας.

9.1 Εισηγήσεις σχετικά με την πρακτική και την ενίσχυση της οικογένειας

Η διαδικασία του πένθους είναι μοναδική για κάθε άτομο και κάθε άτομο πρέπει να αντιμετωπίσει τη θλίψη του με τον δικό του τρόπο. Η βοήθεια και η υποστήριξη των γονέων μπορεί να προκύψει από διάφορες πηγές, μια από αυτές είναι οι ομάδες επιζώντων αυτοκτονίας, οι οποίες απουσιάζουν από το κυπριακό χώρο. Οι συγκεκριμένες ομάδες αυτοβοήθειας και στήριξης θα βοηθήσουν τους πενθούντες να βιώσουν τις σημαντικές αλλαγές που αντιμετωπίζουν και στην προσαρμογή τους στις νέες συνθήκες. Οι ομάδες υποστήριξης αποτελούν δυναμικό τρόπο να μπορέσουν να μοιράσουν τις εμπειρίες τους μέσα σε ένα προστατευμένο περιβάλλον.

Υπάρχουν ερευνητικές ενδείξεις όπου υποστηρίζουν για την οφελιμότητα από τις παρεμβάσεις πένθους, όπως ατομική θεραπεία επαγγελματικά, ομαδική θεραπεία και εκπαιδευμένη εθελοντική συμβουλευτική (Beautrais, 2004) και οι επαγγελματίες μπορούν να βοηθήσουν τους επιζώντες να ανταπεξέλθουν, να προσαρμοστούν και να κατανοήσουν την εμπειρία τους (Neimeyer et al., 2010; Neimeyer, 2006). Η κατάλληλη κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη παρέχει καλύτερα αποτελέσματα στους επιζώντες μειώνοντας την αγωνία, την απομόνωση, τον κίνδυνο ψυχικής ασθένειας (Maple et al., 2014; Dyregrov, 2011).

Οι συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης αναφέρουν ότι ο χαμός του παιδιού τους μετά από μια πράξη αυτοκτονίας είναι μια τραυματική εμπειρία. Για αυτό το λόγο είναι σημαντικό να υπάρχουν παρεμβάσεις για τη διευκόλυνση των πενθούντων γονέων να συμμετάσχουν σε στρατηγικές για την αποτελεσματική υποστήριξη των μελών της οικογένειάς τους. Άμεση παραπομπή και σύνδεση των αυτοκτονικών μελών της οικογένειας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, με ιδιαίτερη προσοχή στα ευάλωτα μέλη, π.χ. τα αδέρφια, μπορεί επίσης να μετριάσουν τον αντίκτυπο της αυτοκτονίας στους πενθούντες γονείς. Επιπλέον, ορισμένοι από τους συμμετέχοντες δεν είχαν άλλα παιδιά, ήταν διαζευγμένοι ή χήροι. Η ενθάρρυνση αυτών των γονέων να συμμετάσχουν σε δραστηριότητες πρόληψης της αυτοκτονίας ή ακόμα και σε ακτιβισμό, μπορεί επίσης να είναι πολύτιμη. Ορισμένα παραδείγματα ακτιβισμού μπορεί να περιλαμβάνουν προσπάθειες για (α) δημιουργία προηγμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας για

επιζώντες από απώλεια αυτοκτονίας, (β) ενίσχυση της παιδείας ψυχικής υγείας του κοινού σχετικά με την πρόληψη της αυτοκτονίας και τις συνέπειες της αυτοκτονίας στην οικογένεια (γ) διευκόλυνση άλλων γονέων που πενθούν από αυτοκτονία να μοιραστούν τις εμπειρίες τους με το κοινό και να εκφραστούν, ή να συμμετάσχουν σε ομάδες αυτοβοήθειας.

Αναμφίβολα, η υποστήριξη των ατόμων που έχασαν παιδί από αυτοκτονία είναι υψηλής σημασίας και θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, κάτι που απ' όσο γνωρίζουμε δεν υπάρχουν συγκεκριμένες στρατηγικές για υποστήριξη αυτών των προσώπων. Αυτό που ακολουθείται από τις υφιστάμενες υπηρεσίες και οι πρακτικές που γίνονται ως προς την υποστήριξη των γονέων που έχασαν παιδί από αυτοκτονία δεν άγνωστες. Δεν υπάρχουν συγκεκριμένες και στοχευμένες παρεμβάσεις προς τα άτομα με αυτή την εμπειρία. Μέχρι σήμερα, η στήριξη από κάποιο επαγγελματία υγείας προσφέρεται όταν το ίδιο το άτομο αναζητήσει βοήθεια αυτοβούλως ή σε περίπτωση όπου ο αυτόχειρας παρακολουθείται από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και γνωστοποιηθεί το γεγονός τότε ο επαγγελματίας (νοσηλευτικής ψυχικής υγείας) επικοινωνεί και γίνεται προσέγγιση με την οικογένεια χωρίς όμως να υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο πρωτόκολλο στήριξης του συγκεκριμένου πληθυσμού.

Οι γνώσεις για την αυτοκτονία, αποτελούν καθοριστικό παράγοντα προαγωγής της υγείας του κοινωνικού συνόλου και προτεραιότητα της πολιτικής δημόσιας υγείας. Η γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων της διατριβής σε άτομα που κατέχουν θέσεις κλειδιά, θα μπορέσει να συμβάλει στη χάραξη πολιτικής δημόσιας υγείας, με γνώμονα την πρόληψη, την προστασία της υγείας των επιζώντων από τους παράγοντες κινδύνου και την δημιουργία υγιών προτύπων συμπεριφοράς μεταξύ των πενθούντων. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την δημιουργία εξειδικευμένων δομών/ρόλων/πρωτοκόλλων σχετικά με το βίωμα της απώλειας μετά από αυτοκτονία του παιδιού και στοχευμένα στις ανάγκες τους.

Επίσης αυτό που φάνηκε από τη μελέτη είναι ότι οι συμμετέχοντες βιώνουν μια σειρά από συναισθήματα μετά το θάνατο του παιδιού τους από αυτοκτονία. Για τον εντοπισμό των συναισθηματικών διαταραχών, προτείνεται να χρησιμοποιηθούν εργαλεία μέτρησης συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, και εκεί όπου χρειάζεται να παραπέμπεται το άτομο αυτό σε ψυχολόγο ή ψυχίατρο για περαιτέρω αξιολόγηση και θεραπεία ως εκ τούτου καταδεικνύεται η ανάγκη για δημιουργία ομάδων υποστήριξης/αυτοβοήθειας. Ακόμη και

δημιουργία διαδικτυακών πόρων ενημέρωσης σχετικά με το βίωμα της απώλειας, τους τρόπους διαχείρισης του πένθους, για όσα άτομα αισθάνονται ανίκανοι να αναζητήσουν δια ζώσης βοήθεια.

Αναμφίβολα, αναφέρθηκε ότι οι γονείς χρησιμοποιούσαν κάποιους λανθασμένους τρόπους για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν και να κατανοήσουν το γεγονός της αυτοκτονίας του παιδιού τους όπως είναι η χρήση ουσιών, η αυτοκατηγορία και η κοινωνική απομόνωση. Έτσι, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας θα πρέπει να διευκολύνουν τα άτομα να αντικαταστήσουν τις δυσλειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης με προσαρμοστικές στρατηγικές όπου να επικεντρώνονται στη διατήρηση μιας μη τραυματικής ανάμνηση του θανόντος, ενώ παράλληλα να υπάρξει μια αρμονία με το κοινωνικό περιβάλλον.

Μέσα από τα ευρήματα της εργασίας, φάνηκε ότι η βιωμένη εμπειρία των γονέων που έχασαν το παιδί τους από αυτοκτονία γίνεται περισσότερο κατανοητή από άτομα που έχουν βιώσει την ίδια εμπειρία. Σε αυτό μπορούν να συμβάλουν οι επαγγελματίες υγείας και κυρίως οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας σχεδιάζοντας προγράμματα, οργανώνοντας ομαδικές συναντήσεις μεταξύ των ατόμων με το ίδιο βίωμα και να ανταλλάσσουν τους προβληματισμούς τους, τις σκέψεις τους και τρόπους αντιμετώπισης τους.

Επιπλέον, σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες, η κύρια εξήγηση που δίνεται για την αυτοκτονία βασίζεται σε σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας (Lee et al., 2019; Ross et al., 2018), ενώ περιγράφεται ως απροσδόκητο περιστατικό που διαταράσσει τη δυναμική της οικογένειας. αφήνοντας τα μέλη της οικογένειας μπερδεμένα σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με αυτό (Figueiredo et al., 2015; Correa et al., 2014). Ομοίως, οι συμμετέχοντες στη παρούσα μελέτη περιέγραψαν την αδυναμία να κατανοήσουν τα κίνητρα πίσω από την αυτοκτονία του παιδιού τους, ενώ η απουσία ενός σημειώματος σάστισε ακόμη περισσότερο τους συμμετέχοντες. Προτείνονται παρεμβάσεις για την ενίσχυση της αποτελεσματικής επικοινωνίας, της ενσυναίσθησης και της αποδοχής μεταξύ των εφήβων ή των νεαρών ενηλίκων σχετικά με την εξωτερίκευση των συναισθημάτων απελπισίας και αδυναμίας για πρόληψη των αυτοκτονικών συμπεριφορών, με έμφαση στους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας για στήριξη και συμβουλευτική όταν χρειάζεται.

Μια από τις λίγες συνιστώμενες στρατηγικές πρόληψης των αυτοκτονιών σε επίπεδο πληθυσμού σχετίζεται με την υπεύθυνη αναφορά των Μέσων Ενημέρωσης σχετικά με το

γεγονός της αυτοκτονίας (Zalsman et al., 2016; Turecki & Brent, 2016; O'Connor & Pirkis, 2016). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) συνιστά στους ειδικούς της δημόσιας υγείας να συνεργάζονται με τους επαγγελματίες των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης όσο αφορά τη πρόληψη των αυτοκτονιών και παράλληλα να αποτελέσει μέτρο αποστιγματισμού. Αυτό θα οφελήσει στον περιορισμό της ανεύθυνης κάλυψης των μέσων ενημέρωσης (π.χ. αναφορές που οδηγούν στην αυτοκτονία) και να προωθούν την κάλυψη που εκπαιδεύει το κοινό σχετικά με την αυτοκτονία (WHO, 2017), μέσω εξατομικευμένων μηνυμάτων για πρόληψη της αυτοκτονίας (King et al., 2018; Cheng et al., 2017; Niederkrotenthaler et al., 2012; Chen et al., 2011; Kunrath et al., 2011; Niederkrotenthaler et al., 2010).

Αναμφίβολα, η συνθήκη της υποκαταγραφής είναι εντονότερη στη Κύπρο λόγω των πολιτισμικών και κοινωνικών ιδιαιτεροτήτων όπως είναι το στίγμα και η άρνηση ταφής στη περίπτωση της αυτοκτονίας. Έτσι, στηριζόμενοι στο πιο πάνω θέμα, είναι σημαντική η ανάπτυξη των διαδικασιών καταγραφής και αποτύπωση των αυτοκτονιών. Με βάση τα παραπάνω και δεδομένου ότι το πιστοποιητικό θανάτου είναι ένα διοικητικό έγγραφο, είναι σημαντικό για το έργο των ιατρών όσο αφορά την ακριβή καταγραφή και πιστοποίηση των αδιευκρίνιστων, ή βίαιων θανάτων. Προτείνεται η ορθή συμπλήρωση του πιστοποιητικού με αιτιολογική επεξήγηση αναφορικά με την ακολουθία και τα γεγονότα που οδήγησαν το άτομο στο θάνατο. Συνεπώς, στη περίπτωση όπου τα αίτια θανάτου δεν είναι σαφή ή αδιευκρίνιστα, θα πρέπει στην αναφορά θανάτου να αναγράφεται ότι υπάρχει ιατροδικαστικό κώλυμα για τον ενταφιασμό ή χρειάζεται περεταίρω διερεύνηση.

9.2 Εισηγήσεις για την εκπαίδευση

Αυτό που αναφέρθηκε στη μελέτη ήταν ότι η επαγγελματική υποστήριξη ήταν ανεπαρκής και αν αυτή υπήρχε ήταν δυσλειτουργική με λανθασμένες πρακτικές. Σε μελέτη των Foggin et al. (2016) αναφέρθηκε, ότι οι γενικοί γιατροί που ήταν οι πρώτοι που ήρθαν σε επαφή με το νεκρό αλλά και με τα άτομα του οικογενειακού περιγύρου του αυτόχειρα, αποκάλυψαν ότι δεν ήταν

προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουν την αυτοκτονία και τις επιπτώσεις της στους γονείς που πενθούσαν.

Ανέφεραν ότι δεν ήξεραν πώς να προσεγγίσουν τους γονείς που έχασαν το παιδί τους με τέτοιο τρόπο. Επιπρόσθετα, τα άτομα αυτά είναι πιθανό να συναντήσουν τους πρώτους ανταποκριτές (π.χ. αστυνομία, παραϊατρικό προσωπικό, υπάλληλοι κηδειών και ιατροδικαστές) αμέσως μετά την αυτοκτονία. Αυτή η πρώτη συνάντηση με αυτές τις υπηρεσίες μπορεί να έχει μεγάλη σημασία για τη μελλοντική συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας και χρήση υπηρεσιών. Έτσι καταδεικνύεται η ανάγκη για εκπαίδευση και ενημέρωση των επαγγελματιών που έρχονται σε άμεση επαφή με τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους που πενθούν μετά από αυτοκτονία. Η έλλειψη ενσυναίσθησης και πραγματικής κατανόησης, η έλλειψη πληροφοριών, η ανασφάλεια και η υπερφόρτωση των ίδιων των παροχών υπηρεσιών έχουν επισημανθεί ως βασικές προκλήσεις στις υπηρεσίες πρώτης ανταπόκρισης.

Επιπλέον, οι πενθούντες βρίσκονται συχνά σε κατάσταση σοκ, γεγονός που δυσχεραίνει την επικοινωνία και την κατανόηση των πληροφοριών που δίνονται. Η εξασφάλιση μιας συνεχούς φροντίδας για τους πενθούντες αποτελεί σημαντικό καθήκον για τους φορείς πρώτης ανταπόκρισης και τους επαγγελματίες υγείας.

Τέλος, τα άτομα που πενθούν για το χαμό του αγαπημένου τους προσώπου και ειδικότερα οι γονείς που χάνουν παιδί από αυτοκτονία, δεν αποτελούν μόνο την κύρια ομάδα - στόχο για μεταγενέστερες παρεμβάσεις πρόληψης. Μπορούν να αποτελέσουν ικανή ενεργό δύναμη πίσω από ορισμένες αποτελεσματικές πρωτοβουλίες πρόληψης της αυτοκτονίας, όπως για παράδειγμα το Δίκτυο Δράσης για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας στις ΗΠΑ, το Βραβείο Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης για την Υπεύθυνη Απεικόνιση της Αυτοκτονίας στο Βέλγιο και το Lifekeeper Memory Quilt στην Αυστραλία (Andriessen & Krysinska, 2012).

9.3 Εισηγήσεις σχετικά με την Έρευνα

Η παρούσα έρευνα διερεύνησε τη βιωμένη εμπειρία των γονέων που έχασαν παιδί από αυτοκτονία σε πληθυσμό ελληνοκυπρίων από όλες τις πόλεις της Κύπρου. Η Κύπρος ως μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης προσελκύει άτομα από διάφορες χώρες με διαφορετική κουλτούρα,

θηρσκήα και πολιτισμικό υπόβαθρο, καθιστώντας την πολυπολιτισμική. Για αυτό το λόγο, προτείνεται η εφαρμογή περεταίρω μελετών που να περιλαμβάνουν αυτά τα άτομα έτσι ώστε να παρέχεται μια διαφορετική περιγραφή του του βιώματος στη Κύπρο.

Συνολικά, η εμπειρία των ανθρώπων που έχουν χάσει ένα μέλος της οικογένειάς τους από αυτοκτονία φαίνεται να λαμβάνει ποικίλες διαστάσεις. Ωστόσο, λίγες μελέτες έχουν εξετάσει αυτή την εμπειρία μέσω ποιοτικής μεθοδολογίας. Ως εκ τούτου, προτείνονται περαιτέρω ποιοτικές μελέτες, οι οποίες θα διερευνούν την εμπειρία συγκεκριμένων ομάδων, όπως τα αδέλφια ή οι γονείς, ή θα εξετάζουν τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων σε σχέση με τη διαδικασία πένθους και τους μηχανισμούς αντιμετώπισης.

Επιπρόσθετα, προτείνονται μελέτες που να ακολουθούν ένα συμμετοχικό ερευνητικό σχέδιο δράσης για την αναθεώρηση των υφιστάμενων υποστηρικτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή την ανάπτυξη νέων. Επιπλέον, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν τυποποιημένες κατευθυντήριες γραμμές για τη φροντίδα των ατόμων που πενθούν λόγω αυτοκτονίας κάποιου μέλους της οικογένειάς τους, προτείνονται επίσης σχετικές μελέτες για το θέμα αυτό.

9.4 Περιορισμοί της μελέτης

Στη μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε σκόπιμη δειγματοληψία για τη συλλογή δεδομένων με σκοπό να συλλεχθούν όσο το δυνατό περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα, με κριτήριο επιλογής μόνο ελληνόφωνους γονείς. Αυτό το κριτήριο μπορεί να θεωρηθεί μειονέκτημα για τη μελέτη αφού δεν μπορεί να γίνει αντιληπτό πως ένα άτομο που κατοικεί και αλληλοεπιδρά στη Κυπριακή κοινωνία αλλά δεν μιλά την ελληνική γλώσσα, θα μπορεί να βιώνει αυτό το είδος της απώλειας. Η απόφαση αυτή πάρθηκε για να αποφευχθεί τυχόν δυσκολία στη κατανόηση του λόγου και των διατυπώσεων λόγω άλλης γλώσσας από τη μητρική των ερευνητών.

Αξίζει να αναφερθεί ότι σε μελέτες του εξωτερικού που θέλησαν να διερευνήσουν το βίωμα των γονέων μετά το θάνατο του παιδιού τους από αυτοκτονία, υπήρχαν περιπτώσεις όπου το δείγμα που χρησιμοποιούσαν ήταν μεγαλύτερο αλλά και άλλες περιπτώσεις όπου το δείγμα δεν υπερέβαινε κατά πολύ το δικό μας.

Αναμφίβολα, κάτι το οποίο δεν αφορούσε άμεσα το σκοπό της μελέτης όμως αναδείχθηκε από τις ανάγκες των συμμετεχόντων είναι ο ρόλος των υπηρεσιών/ επαγγελματιών υγείας. Ένα

θέμα όπου θα μπορούσε να διερευνηθεί επαρκώς και να αποτελέσει μια ερώτηση στον οδηγό συνέντευξης έτσι ώστε να υπάρχει μια ολοκληρωμένη εικόνα.

Ο αριθμός των συμμετεχόντων στη μελέτη, συνολικά 12, μπορεί να θεωρηθεί μικρός. Το μέγεθος του δείγματος στη παρούσα έρευνα μπορεί να αποδοθεί στο κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει την αυτοκτονία, το οποίο μπορεί να εμποδίζει τα μέλη της οικογένειας να αποκαλύψουν την πραγματική αιτία του θανάτου του παιδιού τους. Επιπλέον, η έλλειψη μητρώου αυτοκτονιών στην πολιτεία που πραγματοποιήθηκε η μελέτη καθιστά, επίσης, την ομάδα γονέων που αυτοκτόνησαν απρόσιτη στους ερευνητές. Ωστόσο, δεδομένου ότι το μέγεθος του παρόντος δείγματος βασίστηκε στον κορεσμό των δεδομένων και της θεωρίας, υποστηρίζεται η μεθοδολογική ισχύς/ποιότητα της μελέτης.

Ένας άλλος περιορισμός της μελέτης είναι ότι το χρονικό διάστημα μεταξύ της εμπειρίας της απώλειας του παιδιού τους μέχρι την αυτοκτονία και η συνέντευξη διέφερε πολύ, με τη μεγαλύτερη περίοδο να είναι 19 χρόνια και τη μικρότερη 3 χρόνια. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η λεπτομερής ανάκληση μπορεί να επηρεαστεί με το πέρασμα του χρόνου και η ύπαρξη θετικών αλλαγών που συζητήθηκαν μπορεί να επηρεάστηκαν από άλλα γεγονότα της ζωής στο ενδιάμεσο διάστημα. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες που έχασαν το παιδί τους πιο πρόσφατα ίσως περίμεναν την ερευνητική συνέντευξη να είναι δυνητικά θεραπευτική προς αυτούς.

Σε αντίθεση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, η μελέτη παρουσιάζει μια ετερογένεια όσο αφορά το φύλο καθώς υπάρχει ανισορροπία στο δείγμα αφού συμμετείχαν λιγότεροι άντρες (2) από γυναίκες (10). Η τρέχουσα έρευνα υποδηλώνει ότι η προθυμία για συμμετοχή στην έρευνα επηρεάζεται σημαντικά από το φύλο (Chen et al., 2017; Glass et al., 2015; Meiklejohn et al., 2012; Ding et al., 2007). Ενώ ορισμένες μελέτες έδειξαν ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να συμμετάσχουν σε έρευνα σχετικά με την υγεία από ό,τι οι άνδρες (Glass et al., 2015; Meiklejohn et al., 2012; Hille et al., 2005), άλλες έδειξαν ότι οι γυναίκες ενδιαφέρονται λιγότερο από ό,τι οι άνδρες (Ding et al., 2007; Chen et al., 2017; Ford et al., 2006).

Διαχρονικά, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι γυναίκες είναι λιγότερο πιθανόν να συμμετάσχουν σε μελέτες οι οποίες είναι φυσικά ή συναισθηματικά στρεσογόνες (Rosenthal & Rosnow, 1975). Επιπρόσθετα, το φύλο του πενθούντως έχει θεωρηθεί παράγοντας επιρροής στις εμπειρίες του πένθους. Οι Versalle και McDowell (2005) υποστηρίζουν η «γυναικεία» θλίψη περιγράφει το μοίρασμα των συναισθημάτων με τους άλλους, την αναζήτηση υποστήριξης και την ανοιχτή έκφραση συναισθημάτων. Από την άλλη πλευρά, η «ανδρική» θλίψη αντανάκλα την αντίληψη ότι τα αρσενικά προτιμούν να μην μοιράζονται τα συναισθήματά τους με άλλους ή να αναζητούν υποστήριξη για τη θλίψη τους.

Σε αυτό το κεφάλαιο συζητήθηκαν τα βασικά ευρήματα σε σχέση με τη σχετική βιβλιογραφία και έρευνα. Στο τελικό κεφάλαιο διερευνήθηκαν οι νέες συνεισφορές της μελέτης στη γνώση και στη μεθοδολογία. Συζητήθηκαν ορισμένες πιθανές πρακτικές στην εκπαίδευση και τη μελλοντική έρευνα. Αναφέρθηκε επίσης, μια κριτική στους περιορισμούς και τα δυνατά σημεία της μελέτης.

10.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

10.1 Αγγλική Βιβλιογραφία

Adler, P. A & Adler, P. (2011), *The tender cut. Inside the hidden world of self- injury*. New York University Press: New York & London.

Agerbo, E. (2005). Midlife suicide risk, partner's psychiatric illness, spouse and child bereavement by suicide or other modes of death: a gender specific study. *Journal of Epidemiol Community Health*, 59(5):407-12.

Ahmedani, B. K., Simon, G. E., Stewart, C., Beck, A., Waitzfelder, B. E., Rossom, R., et al.(2014). Health care contacts in the year before suicide death. *Journal of General Internal Medicine*, 29(6), 870-877.

American Psychiatric Association. (2010). American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2010. *American Psychiatric Publication*, 184,11-141.

Andreason, N.C, Black, D.W. (1995). *Introductory Textbook of Psychiatry*, 8th edition. Washington DC: American Psychiatry Press, 20, 511-524.

Andriessen, K., & Krysinaka, K. (2012). Essential questions on suicide bereavement and postvention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 24–32.

Andriessen, K., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, P.B. (2015). Pre- and post-loss features of adolescent suicide bereavement: Findings from a systematic review of the literature. *Death Studies*, 40(4), 229-246.

Andriessen, K., Krysinaka, K., Rickwood, D., & Pirkis, J. (2022). “Finding a safe space”: A qualitative study of what makes help helpful for adolescents bereaved by suicide. *Death studies*, 46(10), 2456-2466.

Andriessen, K., Rahman, B., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, P. B. (2017). Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies. *Journal of Psychiatric Research*, 88, 113-120.

Andriessen K, Krysinaka K, Hill NT, Reifels L, Robinson J, Reavley N, Pirkis J. (2019). Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. *BMC Psychiatry*, 19(1), 49

Antoci, A. Sabatini, F. and Sodini, M. (2010). “See you on Facebook: The effect of Social Networking on Human Interaction”. Available from: <http://mpa.ub.unimuenchen.de/27661/> [accessed: 12/11/19].

Appleby, L. (2021). What has been the effect of covid-19 on suicide rates?. *Bmj*, 372.

Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4, 37-11.

Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1425.

Baker, J. E. (2001). Mourning and the transformation of object relationships: Evidence for the persistence of internal attachments. *Psychoanalytic Psychology*, 18,55 – 73.

Barlow, K., & Chapin, B. L. (2010). The practice of mothering: An introduction. *Ethos*, 38 (4), 324-338.

Beck, A., Davis, J. R., Frederick, C. J., et al. (1972). In: *Classification and nomenclature Suicide prevention in the seventies*. Resnick HLP, Hatorne BC, editors. Washington DC: US Government Printing Office.

Beratis, S. (1986). Suicide in southwestern Greece 1979-1984. *Acta Psychiatr Scand*, 74(5), 433-439.

Berg, B. L. (2001). *Qualitative research methods for the social sciences*. Needham Heights, MA: Pearson Education Company.

Berkelmans, G., van der Mei, R., Bhulai, S., Gilissen, R. (2021). Identifying socio-demographic risk factors for suicide using data on an individual level. *BMC public health*, 21(1),1702.

Berman, A. L. (2018). Risk factors proximate to suicide and suicide risk assessment in the context of denied suicide ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(3), 340-352.

Bolton, J. M., Au, W., Leslie, W. D., Martens, P. J., Enns, M. W., Roos, L. L., & Sareen, J. (2013). Parents bereaved by offspring suicide: a population-based longitudinal case-control study. *JAMA psychiatry*, 70(2), 158-167.

Bolton, J. M., Au, W., Leslie, W. D., Martens, P. J., Enns, M. W., Roos, L. L., & Sareen, J. (2013). Parents bereaved by offspring suicide: a population-based longitudinal case-control study. *JAMA psychiatry*, 70(2), 158-167.

Bostwick, J. M., Pabbati, C., Geske, J. R., McKean, A. J. (2016). Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1094-100.

Bowlby, J. (1980). *Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.

Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Bryman, A. (2012). *How many qualitative interviews is enough?* In: Baker SE, Edwards R, eds. *How Many Qualitative Interviews is Enough? Expert Voices and Early Career Reflections on Sampling and Cases in Qualitative Research*. Southampton: ESRC National Centre for Research Methods, University of Southampton.

Bryman, A. (2012). *How many qualitative interviews is enough?* In: Baker SE, Edwards R, eds. *How Many Qualitative Interviews is Enough? Expert Voices and Early Career Reflections on Sampling and Cases in Qualitative Research*. Southampton: ESRC National Centre for Research Methods, University of Southampton.

Bureau of Justice Statistics, (2001). US Department of Justice. Washington, DC: *Homicide trends in the United States: infanticide*. Available from <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/homicide/children.htm>.

Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The Gender Paradox in Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1-23.

Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., Van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2019). How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 529-534.

Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., Van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2019). How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 529-534.

Cerel, J., Jordan, J.R., Duberstein, P.R. (2008). The impact of suicide on the family. *Crisis*, 29(1), 38–44.

Cerel, J., Maple, M., Aldrich, R., & van de Venne, J. (2013). Exposure to suicide and identification as survivor: Results from a random-digit dial survey. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(6), 413.

Chaturvedi, B. K. (2002). *Garuda Purana*. Delhi: Diamond books.

Chen, S. C., Sinaii, N., Bedarida, G., Gregorio, M. A., Emanuel, E., Grady, C. (2017). Phase 1 healthy volunteer willingness to participate and enrollment preferences. *Clin Trials*, 14, 537–546.

Chen, S.C, Sinaii, N., Bedarida, G., Gregorio, M.A., Emanuel, E., Grady, C. (2017). Phase 1 healthy volunteer willingness to participate and enrollment preferences. *Clinical Trials*, 14, 537–46.

Chen, V., Tan, H., Chen, C., Chen, T., Liao, L., Lee, C., et al. (2011). Mortality and suicide after self-harm: community cohort study in Taiwan. *The Journal of Mental Science*, 198(1):31–6.

Chen, Y.Y., Chen, F., & Yip, P.S. (2011). The impact of media reporting of suicide on actual suicides in Taiwan, 2002–05. *Journal of Epidemiological Community Health*, 65(10), 934–940.

Chen, Y.Y., Chen, F., Gunnell, D., & Yip, P.S. (2013). The impact of media reporting on the emergence of charcoal burning suicide in Taiwan. *PloS one*, 8(1).

Chen, Y.Y., Liao, S.F., Teng, P.R., Tsai, C.W., Fan, H.F., Lee, W.C., & Cheng, A.T. (2012). The impact of media reporting of the suicide of a singer on suicide rates in Taiwan. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(2), 215–221.

Cheng, Q., Chen, F. & Yip, P.S. (2017). Media effects on suicide methods: A case study on Hong Kong 1998–2005. *PloS one*, 12(4).

Chesney, E., Goodwin, G., Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, 13(2), 153–60.

child's death on parental self-identity and marital relationships. *Journal of Family*

Cho, J., Kang, D. R., Moon, K. T., Suh, M., Ha, K. H., Kim, C., et al. (2013). Age and gender differences in medical care utilization prior to suicide. *Journal of Affective Disorders*, 146(2), 181-188.

Chow, A.Y. M., McEvoy, J., Chan, I. K. N., Borschel, M., Yuen, J. H. L. & LO, J. Y. M. (2017). Do men and women with intellectual disabilities understand death? *Journal of Intellectual Disability Research*, 61(12), 1130-1139.

Christians, C. G. (2005). Social dialogue and media ethics. *Ethical Perspectives*, 2(3), 182-193.

Chu, S.C. & KIM, Y. (2011). “Determinants of Consumer Engagement in Electronic Word of Mouth (eWOM) in Social Networking Sites”, *International Journal of Advertising*, 30(1), 47-75.

Cohen, L., Mannion, L., & Morrison, K. (2007). *Research methods in education*, 6th Edition, Routledge.

Collins, P.L., Shaughnessy, M.F., Bradley, L., et al. (2001). Filicide-suicide: in search of meaning. *North American Journal of Psychology*, 3, 277–292.

Colman, I. (2018). Responsible reporting to prevent suicide contagion. *CMAJ*, 190(30), 898-899.

Cook, C., Mack, J., & Cottler, L.B. (2018). Research participation, trust, and fair compensation among people living with and without HIV in Florida. *AIDS Care*, 30, 27–31.

Cook, D. A., Kuper, A., Hatala, R., & Ginsburg, S. (2016). When assessment data are words: Validity evidence for qualitative educational assessments. *Academic Medicine*, 91(10), 1359–1369.

Correa, M. V., Zapata, A.M.R., Arbeláez, B. E. A., Gómez, M. T. A. (2014). The meaning that families place on the suicide of pregnant mothers in Antioquia, 2010-2011. *Rev Colomb Psiquiatry*, 43(3):124-33.

Correa, M., Zapata, A., Arbeláez, B., Gómez, M. (2014). The meaning that families place on the suicide of pregnant mothers in Antioquia, 2010-2011. *Colombian Journal of Psychiatry*, 43, 124-133.

Coulter, S., & Mooney, S. (2018). Much more than PTSD: Mothers' narratives of the impact of trauma on child survivors and their families. *Contemporary family therapy*, 40(3), 226-236.

Cowles, K. (1988). Issues in qualitative research on sensitive topics. *Western Journal of Nursing Research*, 10(2), 163-179.

Cowles, K. V. (1988). Issues in qualitative research on sensitive topics. *Western Journal of Nursing Research*, 10(2), 163-179.

Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1999). *Using codes and code manuals: A template organizing style of interpretation*. In B. F. Crabtree & W. L. Miller (Eds.). *Doing qualitative research* (2nd ed., pp. 163-177). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Cresswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*, 2nd Edition, Sage Publications Ltd.

Currier, J. M., Kuhlman, S., & Smith, P. N. (2015). Empirical and ethical considerations for addressing spirituality among veterans and other military populations at risk for suicide. *Spirituality in Clinical Practice*, 2(1), 68.

Cvinar, J. G. (2005). Do Suicide Survivors Suffer Social Stigma: A Review of the Literature. *Perspect Psychiatric Care*, 41, 14–21.

Davies, R. (2004). New understandings of parental grief: Literature review. *Journal of*

de Groot, M. H., de Keijser, J., & Neeleman, J. (2006). Grief shortly after suicide and natural death: A comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(4), 418-431.

Denderen, M.V., Keijser, J.D., Kleen, M., Boelen, P.A. (2013). Psychopathology among homicidally bereaved individuals: a systematic review. *Trauma Violence Abuse*, 16.

Dickson-Swift, V., James, E. L., Kippen, S., & Liamputtong, P. (2007). Doing sensitive research: what challenges do qualitative researchers face?. *Qualitative research*, 7(3), 327-353.

Dickson-Swift, V., James, E. L., Kippen, S., & Liamputtong, P. (2009). Researching sensitive topics: Qualitative research as emotion work. *Qualitative research*, 9(1), 61-79.

Dickson-Swift, V., James, E. L., Kippen, S., & Liamputtong, P. (2008). Risk to researchers in qualitative research on sensitive topics: Issues and strategies. *Qualitative Health Research*, 18(1), 133-144.

Dietrich, D. R., & Shabad, P. C. (1989). The scope of the problem of loss and mourning. In D. R. Dietrich & P. C. Shabad (Eds.), *The problem of loss and mourning* (pp. 1-23). Madison, CT: International Universities Press.

Ding, E. L., Powe, N. R., Manson, J. E., Sherber, N. S., Braunstein, J. B. (2007). Sex differences in perceived risks, distrust, and willingness to participate in clinical trials: a randomized study of cardiovascular prevention trials. *Arch Intern Med*, 167, 905–12.

Ding, E.L., Powe, N.R., Manson, J.E., Sherber, N.S., Braunstein, J.B. (2007). Sex differences in perceived risks, distrust, and willingness to participate in clinical trials: a randomized study of cardiovascular prevention trials. *Archive Intern Medical*, 167, 905–912.

Doniger, W. (2000). *The laws of Manu*. Delhi: Penguin.

Duffy, W. (2003). *Children and bereavement*. Church House Publishing.

Dutra, K., Preis, L. C., Caetano, J., Santos, J. L. G. D., & Lessa, G. (2018). Experiencing suicide in the family: from mourning to the quest for overcoming. *Revista brasileira de enfermagem*, 71, 2146-2153.

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.

Emden, C., & Sandelowski, M. (1999). The good, the bad and the relative, part two: Goodness and the criterion problem in qualitative research. *International Journal of Nursing Practice*, 5,2-7.

Erlangsen, A., Runeson, B., Bolton, J. M., Wilcox, H. C., Forman, J. L., Krogh, J., et al. (2017). Association between spousal suicide and mental, physical, and social health outcomes: A longitudinal and nationwide register-based study. *JAMA Psychiatry*, 74, 456– 464.

Fazel, S., Runeson, B. (2020). Suicide. *The New England Journal Of Medicine*, 382(3):266-74.

Feigelman W., Gorman, B. S., Jordan, J. R.(2009). Stigmatization and Suicide Bereavement. *Death Studies*,33, 591–608.

Feigelman, W., Cerel, J., McIntosh, J. L., Brent, D., & Gutin, N. (2018). Suicide
Figueiredo, A. E., Da Silva, R. M., Vieira, L. J., Do Nascimento, R. M., De Sousa, G. S.,
Freitas, J.S, et al. (2015). Is it possible to overcome suicidal ideation and suicide attempts? A study of the elderly. *Ciencia & Aude Coletiva*, 20,1711-1719.

Fink, D.S., Santaella-Tenorio, J., & Keyes, K.M.(2018). Increase in suicides the months after the death of Robin Williams in the US. *PLoS One*, 13(2).

Fiorini, J. J., & Mullen, J. A. (2006). *Counseling children and adolescents through grief and loss*. Champaign, IL: Research Press.

Foggin, E., McDonnell, S., Cordingley, L., Kapur, N., Shaw, J., & Chew-Graham, C. A. (2016). GPs' experiences of dealing with parents bereaved by suicide: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 66(651), 737-746.

- Ford, B.M, Evans, J.S, Stoffel, E.M, Balmaña, J., Regan, M.M, Syngal, S. (2006) Factors associated with enrollment in cancer genetics research. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prevention*, 15,1355–1359.
- Gall, T. L., Henneberry, J., & Eyre, M. (2014). Two perspectives on the needs of individuals bereaved by suicide. *Death studies*, 38(7), 430-437.
- Geulayov, G., Casey, D., Bale, L., Brand, F., Clements, C., Farooq, B., et al. (2019). Suicide following presentation to hospital for non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a long-term follow-up study. *Lancet Psychiatry*, 6(12):1021-30.
- Gilbert, K. R. (1996). "We've had the same loss, why don't we have the same grief?" Loss and differential grief in families. *Death studies*, 20(3), 269-283.
- Glass, D. C., Kelsall, H. L., Slegers, C., Forbes, A. B., Loff, B., Zion, D., et al. (2015). A telephone survey of factors affecting willingness to participate in health research surveys. *BMC Public Health*, 15, 1017.
- Graneheim, H.U., Lindgren, B., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educator Today*, 56, 29–34.
- Graves, R., 1990. *The greek myths* (Vol. 1026). Penguin UK.
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., ... & Yip, P. S. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 468-471.
- Guo, Z., Gu, C., Li, S., Gan, S., Li, Y., Xiang, S., et al. (2021). Incidence and risk factors of suicide among patients diagnosed with bladder cancer: A systematic review and metaanalysis. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*, 39(3), 171- 9.
- Hanschmidt, F., Lehnig, F., Riedel-Heller, S. G., Kersting, A. (2016). The Stigma of Suicide Survivorship and Related Consequences-A Systematic Review. *PLoS One*, 22,11.
- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., Jacoby, R. (2002). The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and case-control study. *Journal of Affective Disorder*, 72, 185-194.

Hawton, K., Saunders, K.E., & O'Connor, R.C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382.

He, L., Tang, S., Yu, W., Xu, W., Xie, Q., Wang, J. (2014). The prevalence, comorbidity and risks of prolonged grief disorder among bereaved Chinese adults. *Psychiatry Research*, 219, 347-352.

Hille, E.T.M., Elbertse, L., Gravenhorst, J.B., Brand, R., Verloove-Vanhorick, S.P. (2005). Dutch POPS-19 Collaborative Study Group. Nonresponse bias in a follow-up study of 19-year-old adolescents born as preterm infants. *Pediatrics*, 116, 662-666.

Hofstra, E., Van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, S. J., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2020). Effectiveness of suicide prevention interventions: a systematic review and meta-analysis. *General hospital psychiatry*, 63, 127-140.

Horowitz, M. J. (1990). A model of mourning: Change in schemas of self and other. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 297-324.

Houck, J. A. (2007). A comparison on grief reactions in cancer, HIV/AIDS, and suicide bereavement. *Journal of HIV/AIDS Social Service*, 6, 97-112.

Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.

Ingham-Broomfield, B. (2014). A nurses' guide to qualitative research. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 34-39.

Jacobs, D.G, Baldessarini, R.J, Conwell, Y., Horton, L. et al. (2003). Suicide behavior practice guidelines for assessment and treatment of patients with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 160, 3-60.

Jaques, J. D. (2000). Surviving suicide: The impact on the family. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 8, 376-379.

Jordan, J.R, McIntosh, J.L.(2011) Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors. New York, NY: Routledge.

Jordan, J.R. & McIntosh, J.L. (2011). Suicide bereavement: Why study survivors of suicide loss? In J. R. Jordan, & J.L. McIntosh (Eds.). *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for survivors*, NY: Taylor & Francis.

Jordan, J.R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 40(3), 176–185.

Kaplan, H. I, Sadock, B.J. (1998).*Synopsis of psychiatry*,8th edition. New York: Lippincott Williams and Willikins. Chapter 3, pp. 864-872.

Kaplan, H.I, Sadock, B.J, & Grebb, J.A. (1996). *Ψυχιατρική* (τόμος Α). Αθήνα: Λίτσας.

Karanikola, M. N. (2019). Content analysis in critical and emergency care: a discussion paper. *Connect: The World of Critical Care Nursing*, 13(1), 8-23.

Karanikola, M., Kaikoushi, K., Doulougeri, K., Koutrouba, A., & Papathanassoglou, E. (2018). Perceptions of professional role in community mental health nurses: The interplay of power relations between nurses and mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(5), 677–687.

Kato, P.M. & Mann, T., (1999). A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical psychology review*, 19(3), 275-296.

Kawohl, W., & Nordt, C. (2020). COVID-19, unemployment, and suicide. *The Lancet Psychiatry*, 7(5), 389–390.

Kazak, A. E., & Noll, R. B. (2004). Child death from pediatric illness: Conceptualizing intervention from a family/systems and public health perspective. *Professional Psychology-Research and Practice*, 35(3), 219-226.

Keesee, N. J., Currier, J. M., & Neimeyer, R. A. (2008). Predictors of grief following the death of one's child: The contribution of finding meaning. *Journal of Clinical Psychology*, 64 (10), 1145-1163.

Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorder*, 131, 339-343.

King, K.E., Schlichthorst, M., Spittal, M.J., Phelps, A., & Pirkis, J. (2018). Can a documentary increase help-seeking intentions in men? A randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health*, 72(1), 92-98.

Koch, T., & Harrington, A. (1998). Reconceptualizing rigour: The case for reflexivity. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 882-890.

Krippendorff, K. (1980). *Content Analysis: An Introduction to its Methodology*. Sage Publications, Newbury Park.

Krippendorff, K. (2013). *Content analysis. An introduction to its methodology*. London: Sage.

Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.

Kunrath, S., Baumert, J., & Ladwig, K.H. (2011). Increasing railway suicide acts after media coverage of a fatal railway accident? An ecological study of 747 suicidal acts. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(9), 825-828.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2008). *Interviews: learning the craft of qualitative research interviewing*, 2nd Edition, Sage Publications Inc.

Langdridge, D. (2007). *Phenomenological psychology: theory, research and method*, Pearson Education Ltd.

Lee, E., Kim, S., W., Enright, R., D. (2019) Beyond grief and survival: posttraumatic growth through immediate family suicide loss in South Korea. *Omega*, 79(4), 414-435.

Leiras, A., de Brito., I., Queiroz Peres, E., RejaneBertazzo, T., Tsugunobu Yoshida Yoshizaki, H. (2014). Literature review of humanitarian logistics research: trends and challenges. *Journal Humanity Logistic Supply Chain Manage*, 4(1), 95-130.

Levi-Belz, Y. (2016). *Coping with suicide loss – The struggle of suicide survivors and how we can help them*. In: Levi-Belz Y, editor. Illuminating the mountains of darkness. Tel-Aviv, Israel: Dyonon.

Levi-Belz, Y., & Gilo, T. (2020). Emotional Distress Among Suicide Survivors: The Moderating Role of Self-Forgiveness. *Front Psychiatry*, 23, 11,341.

Levi-Belz, Y., & Lev-Ari, L. (2019). Is there anybody out there? Attachment style and interpersonal facilitators as protective factors against complicated grief among suicide-loss survivors. *Journal of Nervous Mental Disorder*, 207, 131–136.

Lichtenthal, W.G., Currier, J.M., Neimeyer, R. A., & Keesee, N. J. (2010). Sense and significance: a mixed methods examination of meaning making after the loss of one's child. *Journal of clinical psychology*, 66(7), 791-812.

Lichtman, M. (2014). *Qualitative research for the social sciences*. Sage.

Lister, M., Giddings, S., Dovey, J., Grant, I., & Kelly, K. (2008). *New media: A critical introduction*. Routledge.

Long, T., & Johnson, M. (2000). Rigour, reliability and validity in qualitative research. *Clinical effectiveness in nursing*, 4(1), 30-37.

Lucius-Hoene, & Depperman. (2004). *Rekonstruktion narrative narrativer Identitäten*. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Luoma, J. B., Martin, C. E., Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *The American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909-916.

- Luxton, D.D., June, J.D., & Fairall, J.M. (2012). Social media and suicide: a public health perspective. *American journal of public health, 102*(2), 195-200.
- Mahon, M. M. (1999). Concept of Death in a Sample of Israeli Kibbutz Children. *Death Studies, 23*(1), 43-59.
- Maier-Lorentz M.M., (2008). Transcultural nursing: its importance in nursing practice, *Journal Cultural Divers, 15*(1), 37 - 43.
- Martinčėková, L., & Klatt, J. (2017). Mothers' Grief, Forgiveness, and Posttraumatic Growth After the Loss of a Child. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 75* (3), 248-265.
- Marzuk, P.M., Tardiff, K., & Hirsch, C.S. (1992). Epidemiology of murder-suicide. *JAMA, 267*, 3179–3183.
- Mayer, R.C., Davis, J.H., & Schoorman, F.D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review, 20*, 709–734.
- Mayring, P. (2000). *Qualitative content analysis*. Forum: Qualitative Social Research 1(2). Retrieved from <http://www.utoronto.ca/~kmacd/IDSC10/Readings/text%20analysis/CA.pdf>
- McEvoy, J., MacHale, R., & Tierney, E. (2012). Concept of death and perceptions of bereavement in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 56*(2), 191–203.
- McEvoy, J., Treacy, B. & Quigley, J. (2017). A matter of life and death: knowledge about the body and concept of death in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 61*(1), 89-98.
- McIntosh, J. L. & Jordan, J. R. (2011). Going forward: A research agenda for suicide survivors. In J.R. Jordan & J.L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 507-522).

NY: Routledge.

McKinnon, J. M., & Chonody, J. (2014). Exploring the Formal Supports Used by People Bereaved Through Suicide: A Qualitative Study. *Social Work Mental Health, 12*, 231–248.

McKnight, D.H., & Norman, L. (2000). Trust and distrust definitions. Springer-Verlag.

McMenamy, J. M., Jordan, J. R., Mitchell, A. M. (2008). What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide Life Threatening Behavior, 38*, 375-389.

Meiklejohn, J., Connor, J., Kypri, K. (2012). The effect of low survey response rates on estimates of alcohol consumption in a general population survey. *PLoS ONE, 7*.
Methodology. Sage Publications, Newbury Park.

Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G., Mortimer, M. K. (2005). Complicated grief and suicidal ideation in adult survivors of suicide. *Suicide Life-Threatening Behavior, 35*, 498–506.

Molina, N., Viola, M., Rogers, M., Ouyang, D., Gang, J., Derry, H., & Prigerson, H. G. (2019). Suicidal ideation in bereavement: a systematic review. *Behavioral Sciences, 9*(5), 53.

Morse, J. M. (1994). “*Emerging from the data*”: *The cognitive processes of analysis in qualitative inquiry*. In J. M. Morse (Ed.), *Critical issues in qualitative research methods* (pp. 23–43). Sage.

Morse, M. J. (2015). “Data were saturated...”. *Qualitative Health Research, 25*(5), 587–588.

Mościcki, E. K. (1994). Gender differences in completed and attempted suicides. *Annals of Epidemiology, 4*(2), 152-158.

Munhall, P. A. (2012). *Nursing research: A qualitative perspective* (5th ed.). Ontario: Jones & Barrlett Learning.

Myung, W., Won, H.H., Fava, M., Mischoulon, D., Yeung, A., Lee, D., Kim, D.K., Jeon, H.J. (2015). Celebrity suicides and their differential influence on suicides in the general population: a national population-based study in Korea. *Psychiatry investigation, 12*(2), 204.

Nadeau, Janice Winchester. (2010). *Meaning making in family bereavement: a family system approach*. In Margaret S. Stroebe, Robert O. Hansson, Wolfgang Stroebe & Henk Schut (Eds.), *Handbook of Bereavement and Research. Consequences, Coping, and Care* (6 ed., pp. 329-347). Washington, DC: American Psychological Association.

Nakajima, S., Ito, M., Shirai, A., Konishi, T. (2012). Complicated grief in those bereaved by violent death: the effects of post-traumatic stress disorder on complicated grief. *Dialogues Clinical Neuroscience*, 14, 210-214.

Narayanan, V. (2009). *Hinduism*. New York: Rosen Classroom.

Nic an Fhailí, M., Flynn, N., & Dowling, S. (2016). Experiences of suicide bereavement: A qualitative study exploring the role of the GP. *British Journal of Genetic Practice*, 66, 92–98.

Niederkröthaler, T., Fu, K.W., Yip, P.S., Fong, D.Y., Stack, S., Cheng, Q., & Pirkis, J. (2012). Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *J epidemiol community health*, 66(11), 1037-1042.

Niederkröthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., Eisenwort, B., Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *The British Journal of Psychiatry*, 197(3), 234-243.

Nock, M. K., Favazza, A. R. (2009). *Nonsuicidal self-injury: Definition and classification*. Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment. Washington, DC: American Psychological Association. p. 9-18.

Nock, M.K., & Marzuk, P.M. (1999). *Murder-suicide: phenomenology and clinical implications*, in *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*. Edited by Jacobs DG. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 188–209. NY: Routledge.

O'Connor, R.C., & Pirkis, J. eds. (2016). *The international handbook of suicide prevention*. John Wiley & Sons.

Oliver, E. (1999). Effects of a child's death on the marital relationship: a review.

Omega Journal of Death and Dying, 39(3), 197-227.

Pattnaik, D. (2006). *Myth = mithya: A handbook of Hindu mythology*. Delhi: Penguin.

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Pirkis, J., John, A., Shin, S., DelPozo-Banos, M., Arya, V., Analuisa-Aguilar, P., & Spittal, M. J. (2021). Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry*, 8(7), 579-588.

Pitman, A. (2018). Addressing suicide risk in partners and relatives bereaved by suicide. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 212(4): 197–198.

Pitman, A. L., Osborn, D. P., Rantell, K., & King, M. B. (2016). The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 87, 22–29.

Pitman, A., Nesse, H., Morant, N., Azorina, V., Stevenson, F., King, M., Osborn, D. (2017). Attitudes to suicide following the suicide of a friend or relative: A qualitative study of the views of 429 young bereaved adults in the UK. *BMC psychiatry*, 17(1), 400.

Pitman, A., Osborn, D., King, M., Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry*, 1, 86–94.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Pompili, M., Shrivastava, A., Serafini, G., Innamorati, M., Milelli, M., Erbuto, D., et al. (2013). Bereavement after the suicide of a significant other. *Indian Journal of Psychiatry*, 55, 256–263.

Prigerson, H.G., Horowitz, M.J., Jacobs, S.C., et al. (2009). Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med*, 6, promoting grief and growth. *Death studies*, 32(1), 40-58.

Rajagopalachari, C. (2010). *Mahabharata*. Delhi: Bharatiya Vidya Bhavan.

- Rando, T. A. (1986) *Parental Loss of a Child*. Champaign, IL: Research Press Co.
- Rapport, F. (2005). *Hermeneutic phenomenology: the science of interpretation of texts*. In: Holloway, I. (ed.), *Qualitative Research in Health Care*, Open University Press, McGraw-Hill Education.
- Resnick, P.J. (1969). Child murder by parents: a psychiatric review of filicide. *American Journal of Psychiatry*, 126, 73–82.
- Riches, G., & Dawson, P. (1996). 'An intimate loneliness': Evaluating the impact of a Rodenburg, M. (1971). Child murder by depressed parents. *Canadian Psychiatry Association Journal*, 16, 41–48.
- Rosenthal, R., & Rosnow, R.L. (1975). *The volunteer subject*, New York, John Willey & Sons.
- Rothenberg, A 2001, 'Bipolar illness, creativity and treatment', *Psychiatric Quarterly*, vol.72, no.2, pp. 131-147.
- Ross, V., Kőlves, K., Kunde, L., De Leo, D. (2018). Parents' experiences of suicide-bereavement: a qualitative study at 6 and 12 months after loss. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 618.
- Ryan-Nicholls, K., & Will, C. (2009). Rigour in qualitative research: Mechanisms for control. *Nurse Researcher*, 16, 70-82.
- Sandelowski, M. (1995). Qualitative analysis: What it is and how to begin. *Research in Nursing and Health*, 18(4), 371-375. doi:10.1002/nur.4770180411.
- Sanders, C. M. (1988). Risk factors in bereavement outcome. *Journal of Social Issues*, 44 (3), 97-111.
- Schaffer, A., Sinyor, M., Kurdyak, P., Vigod, S., Sareen, J., Reis, C., et al. (2016). Population-based analysis of health care contacts among suicide decedents: identifying opportunities for more targeted suicide prevention strategies. *World Psychiatry*, 15(2):135- 45.
- Schneider, B., Grebner, K., Schnabel, A., & Georgi, K. (2011). Is the emotional response of survivors dependent on the consequences of the suicide and the support received? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(4), 186–193.

- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Scocco, P., Castriotta, C., Toffol, E., Preti, A. (2012). Stigma of Suicide Attempt (STOSA) scale and Stigma of Suicide and Suicide Survivor (STOSASS) scale: Two new assessment tools. *Psychiatry Research*, 200, 872–878.
- Seuring, S., Gold, S., (2012). Conducting content-analysis based literature reviews in supply chain management. *Supply Chain Manag.: International Journal*, 17.
- Seuring, S., Müller, M., Westhaus, M., Morana, R. (2005). *Conducting a literature review the example of sustainability in supply chains*. In: Research Methodologies in Supply Chain Management. Physica-Verlag HD, 91-106.
- Shapiro, E. R. (2008). Whose recovery, of what? Relationships and environments promoting grief and growth. *Death studies*, 32(1), 40-58.
- Shear, M.K., Simon, N., Wall, M., et al. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety*, 28, 103-117.
- Shoib, S., Armiya'u, A.Y., Nahidi, M., Arif, N., Saeed, F. (2022). Suicide in Muslim world and way forward. *Health Science Report*, 8, 5(4).
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide & lifethreatening behavior*, 37(3), 248-263.
- Slaughter, V. & Griffiths, M. (2007). Death Understanding and fear of Death in Young Children. *SAGE Publications*, 12(4), 525-535.
- Smilansky, S. (1987). *On death: Helping children understand and cope*. New York, NY, US: Peter Lang Publishing.
- Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research, Sage Publications Ltd.

Song, J., Floyd, F. J., Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., & Hong, J. (2010). Long – Term Effects of Child Death on Parents' Health - Related Quality of Life: A Dyadic Analysis. *Family Relations*, 59 (3), 269-282.

Sousa, D. (2014). Validation in qualitative research: General aspects and specificities of the descriptive phenomenological method. *Qualitative Research in Psychology*, 11(2), 211–227.

Speece, M. W. & Brent, S. B. (1996). *The development of children's understanding of death*. In: Handbook of Childhood Death and Bereavement. C. A. Corr & D.M. Corr (Eds.).

Spinelli, E. (2005). *The interpreted world: an introduction to phenomenological psychology*, 2nd Edition, Sage Publications Ltd.

Spiwak, R., Elias, B., Sareen, J., Chartier, M., Katz, L. Y., & Bolton, J. M. (2020). Spouses bereaved by suicide: A population-based longitudinal cohort comparison of physician-diagnosed mental disorders and hospitalized suicide attempts. *Journal of psychiatric research*, 130, 347-354.

Sque, M. R. (2000). Researching the bereaved: An investigator's experience. *Nursing Ethics*, 7(1), 23-34.

Stancliffe, R. J., Wiese, M. Y., Read, S., Jeltres, G. & Clayton, J. M. (2016). Knowing, planning for and fearing death: do adults with intellectual disability and disability staff differ? *Research in Developmental Disabilities*, 49, 47–59.

Stedman, T.L. (2005). *Medical Dictionary for the Health Professions and Nursing: Illustrated*. Lippincott Williams & Wilkins.

Stene-Larsen, K., & Reneflot, A. (2019). Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(1), 9-17.

Striley, C.W., Lloyd, S., Varma, D., Vaddiparti, K., Cottler, L.B. (2019). Trust in research among older adults. *Journal of Clinical Trans Science*, 3, 98–98.

Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H. & Stroebe, W. (2008). Bereavement research: 21st-century prospects. In M.S. Stroebe, R.O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 577-603). Washington DC: American Psychological Association.

Stroebe, M., Hansson, R., Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Future directions in suicide loss? In J. R. Jordan, & J.L. McIntosh (Eds.). *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for survivors*, NY: Taylor & Francis.

Subramaniam, K. (2012). *Srimad Bhagavatam*. Delhi: Bharatiya Vidya Bhavan.
Suicide & Life-Threatening Behavior, 31(1), 91-102.

Tal Young, I., Iglewicz, A., Glorioso, D., et al.(2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues Clinical Neuroscience*, 14, 177-186.

Tidemalm, D., Beckman, K., Dahlin, M., Vaez, M., Lichtenstein, P., Langstrom, N., et al. (2015). Age-specific suicide mortality following non-fatal self-harm: national cohort study in Sweden. *Psychological Medicine*, 45, 1699-707.

Tidemalm, D., Runeson, B., Waern, M., Frisell, T., Carlström, E., Lichtenstein, P., & Långström, N. (2011). Familial clustering of suicide risk: a total population study of 11.4 million individuals. *Psychological medicine*, 41(12), 2527-2534.

Turecki, G., & Brent, D.A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024),1227-1239.

U.S. National Cancer Institute (NCI). (2013). Grief, bereavement, and coping with loss. Retrieved February 2, 2020, <http://www.cancer.gov>.

Ueda, M., Mori, K., Matsubayashi, T., & Sawada, Y. (2017). Tweeting celebrity suicides: Users' reaction to prominent suicide deaths on Twitter and subsequent increases in actual suicides. *Social Science & Medicine*, 189, 158-166.

Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 398–405.

von Eckartsberg, R. (1998). *Introducing existential-phenomenological psychology*. In: Valle, R. (ed.) *Phenomenological Inquiry in Psychology: existential and transpersonal dimensions*, Plenum Press.

Wagner, B. M., Aiken, C., Mullaley, P. M., & Tobin, J. J. (2000). Parents' reactions to adolescents' suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39 (4), 429–436.

Wainwright, V., Cordingley, L., Chew-Graham, C. A., Kapur, N., Shaw, J., Smith, S., & McDonnell, S. (2020). Experiences of support from primary care and perceived needs of parents bereaved by suicide: a qualitative study. *British journal of general practice*, 70(691), 102-110.

Walsh, F., & McGoldrick, M. (2004). *Loss and the family: A systemic perspective*. In Froma Walsh & Monica McGoldrick (Eds.), *Living Beyond Loss. Death in the Family*. (pp. 3-26). New York: W. W. Norton & Company.

Webb, F.J., Khubchandani, J., Striley, C.W., Cottler, L.B.(2019). Correction to: Black-White differences in willingness to participate and perceptions about health research: results from the population-based HealthStreet study. *Journal of Immigrant Minor Health*, 21, 306.

Webb, N. B. (Ed.). (2002). *Helping bereaved children: A handbook for practitioners* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Whitley, R., Fink, D.S., Santaella-Tenorio, J., & Keyes, K.M. (2019). Suicide mortality in Canada after the death of Robin Williams, in the context of high-fidelity to suicide reporting guidelines in the Canadian media. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(11), 805-812.

Wilkes, L., Cummings, J., & Haigh, C. (2015). Transcriptionist saturation: Knowing too much about sensitive health and social data. *Journal of advanced nursing*, 71(2), 295-303.

Wojtkowiak, J., Wild, V., Egger, J. (2012). Grief experiences and expectance of suicide. *Suicide Life Threatening Behavior*, 42, 56-66.

Worden, J. W. (1991). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer.

World Health Organization. (2008). *Preventing suicide: A resource for media professionals*.

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization. pp.13

World Health Organization. (2017). International Association for Suicide Prevention. *Preventing suicide: a resource for media professionals*, update. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2019). Suicide worldwide in 2019
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>: WHO. [Accessed 4 Feb 2022].

World Health Organization. (2021). Suicide. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. [Accessed 4 Feb 2022].

Wray, N., Markovic, M., & Manderson, L. (2007). “Researcher saturation”: the impact of data triangulation and intensive-research practices on the researcher and qualitative research process. *Qualitative health research*, 17(10), 1392-1402.

Yang, A.C., Tsai, S.J., Yang, C.H., Shia, B.C., Fuh, J.L., Wang, S.J., Peng, C.K., Huang, N.E. (2013). Suicide and media reporting: a longitudinal and spatial analysis. *Social Psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(3), 427-435.

Young, I.T., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., et al. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues Clin Neuroscience*, 14, 177–186.

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659.

Zhang, Y., & Wildemuth, B. M. (2009). *Qualitative analysis of content*. In B. M. Wildemuth (Ed.), *Applications of social research methods to questions in information and library science* (pp. 308-319). Westport, CT: Libraries Unlimited.

10.2 Ελληνική Βιβλιογραφία

Βίος Παχωμίου, Τρίτος και Τέταρτος, (1987). ΒΕΠΕΣ, τομ. 41, Π. Κ. Χρήστου, Ελληνική Πατρολογία, τομ. Γ', περίοδος Θεολογικής ακμής Δ' και Ε' αιώνες, Θεσσαλονίκη, 131 – 136.

Η Παλαιά Διαθήκη κατά τους Εβδομήκοντα, (1981). Έκδ. Αποστολικής Διακονίας της Εκκλησίας της Ελλάδος, Αθήνα, Έξ. Κ', 15, 121.

Δαμασκηνού Ι. (2004). Έκδοσις ακριβής της Ορθόδοξης πίστεως, Θεσσαλονίκη, 195-201.

Πετρόπουλου Ι. (2006). Αυτόχειρες στην αρχαιότητα, *Αρχαιολογία και τέχνες*, 98, 6.

Κλημεντοπούλου, Α. (2011), *Επίκαιρα θέματα II: Έφηβοι και αυτοτραυματισμοί*, Πρακτικά 44ης Παιδιατρικής Θεραπευτικής Ενημέρωσης, Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα: Νοσοκομείο Παίδων «Αγ. Σοφία», σ. 151-152.

Λεξικολογίας ΕΠΕ.

Λεονταρή, Α. (2006). *Παιδιά και Πένθος*, Επιστημονική Επετηρίδα της Ψυχολογικής εταιρίας Βορείου Ελλάδος. Τόμος 4, 283-299. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Μπαμπινιώτη Γ., (1998). *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*, εκδ. Κέντρο

Θεμιστοκλέους Χ. (2002). *Τα ιερά μνημόσυνα*, Αθήνα, σ. 215.

Φάρος, Φ. (1993). *Το πένθος*. Αθήνα: Ακρίτας.

Δελγιώργη Χ. (2006). Γυναίκες αυτόχειρες στην αρχαιότητα, *Αρχαιολογία και τέχνες*, 98, 72.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΦΟΡΜΑ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΑ

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από σελίδες)

Καλείστε να συμμετάσχετε σε ένα ερευνητικό πρόγραμμα. Πιο κάτω (βλ. «Πληροφορίες για Ασθενείς ή/και Εθελοντές») θα σας δοθούν εξηγήσεις σε απλή γλώσσα σχετικά με το τι θα ζητηθεί από εσάς ή/και τι θα σας συμβεί σε εσάς, εάν συμφωνήσετε να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα. Θα σας περιγραφούν οποιοδήποτε κίνδυνος μπορεί να υπάρξουν ή ταλαιπωρία που τυχόν θα υποστείτε από την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα. Θα σας εξηγηθεί με κάθε λεπτομέρεια τι θα ζητηθεί από εσάς και ποιος ή ποιοι θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες ή/και άλλο υλικό που εθελοντικά θα δώσετε για το πρόγραμμα. Θα σας δοθεί η χρονική περίοδος για την οποία οι υπεύθυνοι του προγράμματος θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες ή/και υλικό που θα δώσετε. Θα σας εξηγηθεί τι ελπίζουμε να μάθουμε από το πρόγραμμα σαν αποτέλεσμα και της δικής σας συμμετοχής. Επίσης, θα σας δοθεί μία εκτίμηση για το όφελος που μπορεί να υπάρξει για τους ερευνητές ή/και χρηματοδότες αυτού του προγράμματος. Δεν πρέπει να συμμετάσχετε, εάν δεν επιθυμείτε ή εάν έχετε οποιοσδήποτε ενδοιασμό που αφορά την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα. Εάν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, πρέπει να αναφέρετε εάν είχατε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο πρόγραμμα έρευνας μέσα στους τελευταίους 12 μήνες. Εάν αποφασίσετε να μην συμμετάσχετε και είστε ασθενής, η θεραπεία σας δεν θα επηρεαστεί από την απόφασή σας. Είστε ελεύθεροι να αποσύρετε οποιαδήποτε στιγμή εσείς επιθυμείτε την συγκατάθεση για την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα. Εάν είστε ασθενής, η απόφασή σας να αποσύρετε την συγκατάθεση σας, δεν θα έχει οποιαδήποτε επιπτώσεις στην θεραπεία σας. Έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε τυχόν παράπονα ή καταγγελίες, που αφορούν το πρόγραμμα στο οποίο συμμετέχετε, προς την Επιτροπή Βιοηθικής που ενέκρινε το πρόγραμμα ή ακόμη και στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου.

Πρέπει όλες οι σελίδες των εντύπων συγκατάθεσης να φέρουν το ονοματεπώνυμο και την υπογραφή σας.

Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΠΟΥ ΕΧΑΣΑΝ ΣΥΓΓΕΝΗ ΠΡΩΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΑΠΟ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Υπεύθυνος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Καρανικλά Μαρία, PhD, MSc, RN- Επικεφαλής Καθηγήτρια Νοστικής Ψυχικής Υγείας

Επώνυμο:

Όνομα:

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ
ΓΝΩΜΟΛΟΓΗΣΗ ΕΘΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ/ΕΠ /2017/03
Αρ. Τηλ.: 22809038 / 22809039
Αρ. Φαξ: 22353878

11 Ιουλίου 2017

Καρανικόλα Μαρία
Επίκουρη Καθηγήτρια
Νοσηλευτικής Υγείας
Βραγαδίνου 15
3041 Λεμεσός

**«Διερεύνηση της βιοηθικής εμπειρίας των μελών οικογενειών που έχασαν
παιχνήκι πρότερο βαθμού από αυτοκτονία.»**

Η Επιτροπή Βιοηθικής Αξιολόγησης Βιοιατρικής και Κλινικής Έρευνας, ενεργώντας με βάση την εκχωρηθείσα σ' αυτήν αρμοδιότητα από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, να αξιολογεί βιοηθικά ερευνητικές προτάσεις που αφορούν την βιοιατρική και κλινική έρευνα στον άνθρωπο, έχει πραγματοποιήσει την βιοηθική αξιολόγηση της πιο πάνω ερευνητικής σας πρότασης, η οποία σας αποστέλλεται συνημμένα.

Με εκτίμηση,

Δρ. Ιωάννης Χριστοδούλου
Πρόεδρος
Επιτροπή Βιοηθικής Αξιολόγησης
Βιοιατρικής και Κλινικής Έρευνας Α΄

ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

ΕΕΒΚ/ΕΠ/2017/03

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ

**ΑΠΟΦΑΣΗ
ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ
ΓΙΑ
ΕΓΚΡΙΣΗ Ή ΑΠΟΡΡΙΨΗ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

Η απόφαση της Επιτροπής Βιοηθικής θα πρέπει να κοινοποιηθεί προς την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου μαζί με όλα τα υπόλοιπα έντυπα που αφορούν το πρόγραμμα για το οποίο λήφθηκε σχετική απόφαση.

Τίτλος Προγράμματος			
Διαρεύνηση της βιομαθητικής εμπειρίας των μελών των οικογενειών που έχουν συγγενή πρώτου βαθμού από αυτοκτονία.			
Αριθμός Πρωτοκόλλου Επιτροπής Βιοηθικής			
EEBK/ΕΠ/2017/03			
Απόφαση της Επιτροπής Βιοηθικής (Εγκρίνεται, Ζητούνται επιπρόσθετα στοιχεία, Απορρίπτεται)			
Εγκρίνεται.			
1. Νοείται ότι την νομική ευθύνη της επιστημονικής εγκυρότητας, αναγκαιότητας, πληρότητας και της συνολικής επιστημονικής αξίας της προτεινόμενης έρευνας έχουν οι επιστημονικοί υπεύθυνοι της έρευνας και ο Φορέας του επιστημονικού υποθέτου. Όλοι οι πιο πάνω έχουν επίσης την νομική ευθύνη της διεξαγωγής της έρευνας με την δόουσα επιστημονική επιμέλεια και φροντίδα. 2. Από 01/8/2012 η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου διενεργεί δογματολογικό έλεγχο σε ερευνητικές προτάσεις που λαμβάνουν έγκριση. Περισσότερες λεπτομέρειες είναι διαθέσιμες στην ιστοσελίδα της Επιτροπής σε σχετική ανακοίνωση. 3. Το παρόν έντυπο απόφασης κοινοποιείται και στον χρηματοδότη της ερευνητικής πρότασης. 4. Οι ερευνητές υποχρεούνται να υποβάλλουν προς την Επιτροπή ανά εξάμηνο από σήμερα έκθεση για την εξέλιξη της έρευνας μέσω του εντύπου EEBK05. 5. Με το πέρας της έρευνας, οι ερευνητές υποχρεούνται όπως υποβάλουν στην Επιτροπή αναφορά μέσω του Εντύπου EEBK06. 6. Τονίζεται στους ερευνητές η υποχρέωσή τους να τηρούν τις εκάστοτε υποχρεώσεις τους με βάση την κείμενη νομοθεσία και κανονισμούς και ιδιαιτέρως η υποχρέωσή τους να ενημερώνουν άμεσα την Επιτροπή για οποιοδήποτε έκτακτο συμβάν ή οποιαδήποτε τροποποίηση στην πρόταση ως εγκρίθηκε, με την υποβολή των προαναμενών εντύπων.			
Μέλη που ήταν παρόντα στην λήψη απόφασης/Αποτέλεσμα Ψηφοφορίας			
Ως αναφέρεται στη σελίδα 5 ανωτέρω και η απόφαση ήταν ομόφωνη.			
Ημερομηνία έκδοσης απόφασης			
Ημέρα:11..... Μήνας:Ιουλίου..... Έτος:2017.....			
Υπογράφει ο Πρόεδρος της Επιτροπής Βιοηθικής και ο Αναπληρωτής Πρόεδρος			
Αξίωμα	Όνομα	Επίθετο	Υπογραφή
Πρόεδρος	Δρ. Ιωάννης	Χριστοδούλου	
Αναπρόεδρος	Δρ. Χρίστος	Ανδρέου	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



Chairmanship of Cyprus
Council of Europe
November 2016 - May 2017

Présidence de Chypre
Conseil de l'Europe
novembre 2016 - mai 2017



ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Αρ. Φακ.: 3.28.467
Αρ. Τηλ.: 22818303

13 Φεβρουαρίου 2017

Κυρία Ραφαηλία Ζαβρού
Επτανήσου 12
8028 Πάφος

Γνωστοποίηση Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου Έναρξης Επεξεργασίας που αφορά έρευνα της κ. Ραφαηλίας Ζαβρού, νοσηλεύτριας ψυχικής υγείας, διδακτορικής φοιτήτριας στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, και της κ. Μαρίας Καρανικόλα, Επίκουρης Καθηγήτριας ΤΕΠΑΚ, με τίτλο: «Διερεύνηση της βιωματικής εμπειρίας των μελών οικογενειών που έχασαν συγγενή πρώτου βαθμού από αυτοκτονία», με εθελοντική συμμετοχή με απαντήσεις ανώνυμα σε ερωτήσεις σε συνεντεύξεις

Αναφέρομαι στο έντυπο Γνωστοποίησης Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου Έναρξης Επεξεργασίας που υποβάλατε στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με ημερομηνία 10.2.2017, σχετικό με το πιο πάνω θέμα, μαζί με το σχετικό έντυπο ενημέρωσης και λήψης συγκατάθεσης των υποκειμένων των δεδομένων, και έχω οδηγίες να σας πληροφορήσω τα εξής:

- 2.1. Αφού ελήφθη υπόψη η ιδιότητα σας ως νοσηλεύτριας ψυχικής υγείας, η οποία δεσμεύεται με καθήκον εχεμύθειας από τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, η οποία αντιλαμβάνεται την υποχρέωση τήρησης απορρήτου,
- 2.2. ότι η έρευνα σας είναι διδακτορικού επιπέδου (επιστημονική) στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, και ότι η επεξεργασία των δεδομένων θα γίνει αποκλειστικά για τους σκοπούς της εν λόγω έρευνας και δεν θα γίνει μεταγενέστερη επεξεργασία τους για άλλο σκοπό,
- 2.3. ότι η συμμετοχή στην έρευνα θα είναι εθελοντική και τα υποκείμενα των δεδομένων θα ενημερώνονται και θα λαμβάνετε τη συγκατάθεση τους για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων τους,
- 2.4. ότι τα ερωτήματα θα απαντηθούν ανώνυμα,
- 2.5. ότι τα έντυπα συγκατάθεσης θα λαμβάνονται και θα τηρούνται ξεχωριστά από τις απαντήσεις στις συνεντεύξεις,
- 2.6. ότι τα προσωπικά δεδομένα θα διαγραφούν/καταστραφούν στο τέλος μηνός Δεκεμβρίου του έτους 2018,

2.7. και αφού στο σημείο «Η» έχετε περιλάβει μέτρα ασφάλειας και προστασίας των δεδομένων,

3.1. έχω οδηγίες να σας πληροφορήσω ότι η Γνωστοποίηση φαίνεται να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις του άρθρου 7(1)(2) των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 μέχρι 2012 (Ν. 138(Ι)/2001 όπως τροποποιήθηκε με τους Ν. 37(Ι)/2003 και Ν. 105(Ι)/2012), στο εξής «ο Νόμος», και, ως εκ τούτου, έχει καταχωριστεί στο Μητρώο Αρχαίων και Επεξεργασιών που τηρεί ο Επίτροπος δυνάμει των διατάξεων των άρθρων 7(4), 23(1)(γ) και 24(1)(α) του Νόμου.

3.2. Να σημειωθεί ότι η καταχώρηση στο εν λόγω μητρώο σε καμία περίπτωση δεν ισοδυναμεί με άδεια επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων, ούτε απαλλάσσει τον εκάστοτε υπεύθυνο επεξεργασίας από ενδεχόμενη ευθύνη του σε σχέση με τα στοιχεία τα οποία έχουν δηλωθεί στο οικείο έντυπο (Γνωστοποίηση) ή σε σχέση με την εν γένει επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων, ιδίως σε περίπτωση που υποβληθούν στο Γραφείο της Επιτρόπου αιτήσεις νομιμότητας, παράπονα, καταγγελίες ή ακόμη και σε περιπτώσεις αυτεπάγγελτης εξέτασης. Σε κάθε περίπτωση καταχώρηση της Γνωστοποίησης στο εν λόγω Μητρώο δεν ισοδυναμεί με νομιμότητα της σχετικής επεξεργασίας.

4. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το άρθρο 24(2) του Νόμου.

Μάριας Παπαχριστοδούλου
για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων
Προσωπικού Χαρακτήρα

Mham

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ



ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ



ΘΕΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ: Διερεύνηση της βιωματικής εμπειρίας ατόμων που έχαναν συγγενή πρώτου βαθμού λόγω αυτοκτονίας.

ΦΟΡΕΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΣΚΟΠΟΣ: Διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο τα μέλη της οικογένειας α) ερμηνεύουν και νοσηματοδοτούν την απώλεια πρώτου βαθμού συγγενή τους, και β) βιώνουν τις επιπτώσεις λόγω του γεγονότος αυτού.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ:

(α) Ηλικίας 18 και άνω

(β) Δυνατότητα πλήρους κατανόησης των σκοπών και των στόχων της μελέτης

(δ) Δυνατότητα γραπτής συναίνεσης μετά από πλήρη πληροφόρηση για συμμετοχή στη μελέτη

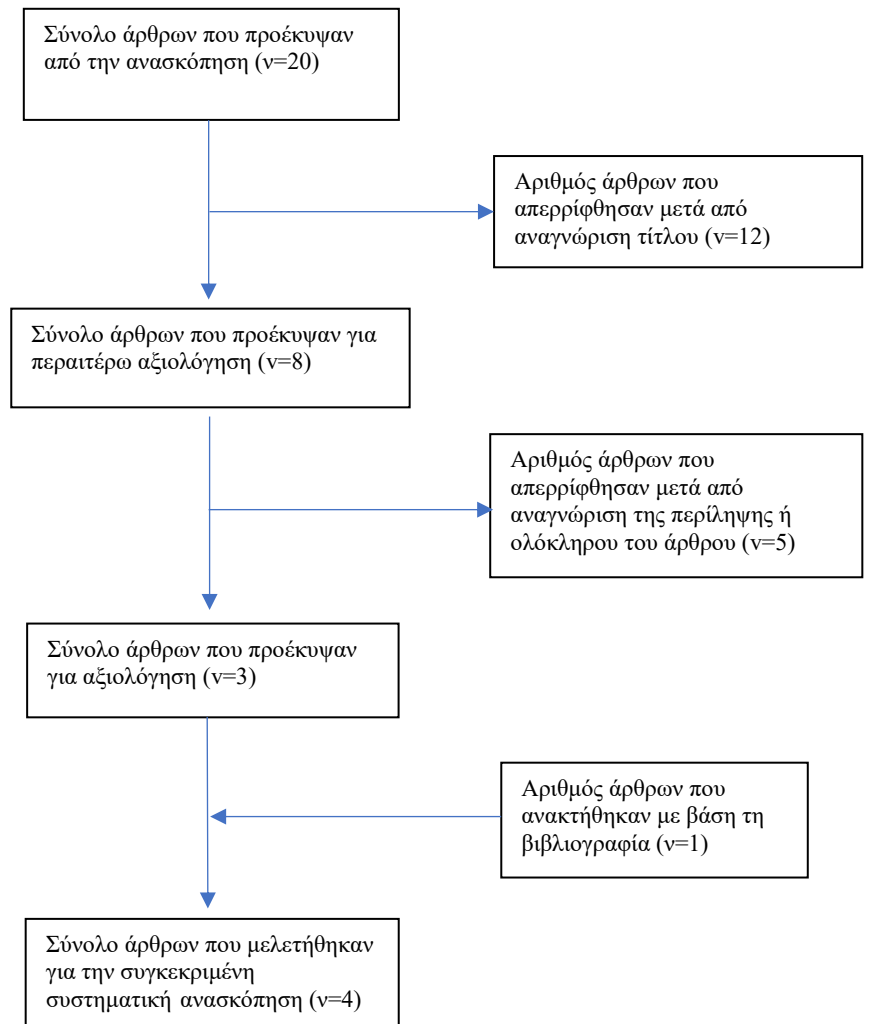
(ε) Εμπειρία απώλειας συγγενή πρώτου βαθμού λόγω αυτοκτονίας (γιός/κόρη, αδερφός/αδερφή, μάνα/πατέρας),.

- ✓ Η συμμετοχή είναι εθελοντική
- ✓ Διατήρηση της ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας ως προς τα συλλεχθέντα δεδομένα

Για περισσότερες πληροφορίες επικοινωνήστε με τη κ. Ραφαηλία Ζαβρού(κύρια ερευνήτρια) στο 99792222, rafailiaz@gmail.com ή με τη Δρ. Μαρία Καρανικόλα (επιστημονικώς υπεύθυνη μελέτης)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΡΟΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΜΕΛΕΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΜΕ ΤΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ CASP

Μελέτες	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Αξιολόγηση μελετών
Lindqvist et al. (2008)	Y	Y	Y	Y	Y	N	C	C	Y	Y	Μέτρια
Tzeng et al. (2010)	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Υψηλή
Begley&Quayle, (2007)	Y	Y	C	Y	Y	N	Y	Y	Y	C	Μέτρια
Barnes, (2006)	Y	Y	Y	Y	Y	C	N	C	Y	Y	Μέτρια
1. Υπήρχε σαφής δήλωση των στόχων της έρευνας; 2. Είναι κατάλληλη η ποιοτική μεθοδολογία; 3. Ήταν ο ερευνητικός σχεδιασμός κατάλληλος για την αντιμετώπιση των στόχων της έρευνας; 4. Ήταν η στρατηγική προσέλευσης κατάλληλη για την επίτευξη των στόχων της έρευνας; 5. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τρόπο που να ανταποκρίνεται στους στόχους της έρευνας; 6. Εξετάστηκε επαρκώς η σχέση μεταξύ ερευνητή και των συμμετεχόντων; 7. Ελήφθησαν υπόψη τα ζητήματα δεοντολογίας; 8. Η ανάλυση των δεδομένων ήταν επαρκώς αυστηρή; 9. Υπάρχει σαφής δήλωση των συμπερασμάτων; 10. Πόσο πολύτιμη είναι η έρευνα; Y=Ναι, N=Όχι, C= Δεν Μπορεί Να Απαντηθεί.											

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VII

Πίνακας 2: Κύρια χαρακτηριστικά μελετών συστηματικής ανασκόπησης				
A/A	ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ, ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ & ΧΩΡΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
1.	Per Lindqvist et al. • 2008 • Βόρεια Σουηδία	Διερεύνηση της εμπειρίας των απωλειών ατόμων οικογενειών που μέλος τους εφηβικής ηλικίας αυτοκτόνησε.	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ: Θεμελιωμένη θεωρία (Glaser & Strauss, 1967). ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΜΕΛΕΤΗΣ: Οικείες συμμετεχόντων. ΔΕΙΓΜΑ Μεγεθος: 10 οικογένειες, συμμετέχοντες: βιολογικοί γονείς, πατριός, μητριά, αδέρφια. Προέλευση δείγματος: Αρχεία τμήματος ιατροδικαστικής υπηρεσίας Umea.	<u>A) Ερμηνεία</u> • Το γεγονός ως «τραύμα» στους επιζώντες της οικογένειας. Συνεχής προσπάθεια ερμηνείας και παρατεταμένη ένταση λόγω αναπάντητων ερωτημάτων. • Η απουσία εμφανών πρόδρομων συμπτωμάτων στους οικείους φαίνεται να δυσχεραίνει τη νοσηματοδότηση του γεγονότος. <u>B) Επιπτώσεις</u>

			ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ: -Ημι-δομημένες, ατομικές συνεντεύξεις με ανοικτές ερωτήσεις. - 15έως 25 μέρες μετά την αυτοκτονία του μέλους της οικογένειας.	• Μακροπρόθεσμες & βαθείς επιπτώσεις. • Προσπάθεια επιστροφής σε μια φαινομενικά φυσιολογική ζωή. <u>Γ)Υποστήριξη</u> • Φιλικό περιβάλλον. • Εκκλησία. • Επαγγελματίες συμβούλους.
2.	Wen-ChiiTzeng et al. 2010 • Ταιβάν, Κίνα.	Διερεύνηση της βιωματικής εμπειρίας των ατόμων οικογενειών, μέλος των οποίων αυτοκτόνησε	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ: Φαινομενολογική μεθοδολογία. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΜΕΛΕΤΗΣ: Αίθουσα σεμιναρίων ιατρικού κέντρου. ΔΕΙΓΜΑ Μέγεθος: 13 άτομα(3 άνδρες και 10 γυναίκες) με ένα ή περισσότερα μέλη	<u>Α) Ερμηνεία</u> • Τα μέλη της οικογένειας κατηγορούν: α) τους εαυτούς τους για την αυτοκτονία του συγγενή τους , β) άλλους, και γ) την ίδια την οικογένεια. <u>Β) Επιπτώσεις</u>

		και του τρόπου που η απώλεια αυτή επηρεάζει τις οικογενειακές σχέσεις.	της οικογένειας τους που αυτοκτόνησαν εντός των προηγούμενων 2 μηνών έως 40 χρόνων. ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ: Ατομικές ηχογραφημένες συνεντεύξεις.	Διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις/ αποξένωση. Επιστροφή στον προ της αυτοκτονίας ρυθμό ζωής μετά το συμβάν. Ισχυρή πολιτισμική πίεση προς τις οικογένειες αυτές. <u>Γ)Υποστήριξη</u> • Δεν αναφέρθηκε οποιαδήποτε μορφή στήριξης των ατόμων.
3.	Begley & Quayle 2007 • Ιρλανδία	Διερεύνηση της εμπειρίας ατόμων οικογενειακών μελών των οποίων μέλος	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ: Φαινομενολογική μεθοδολογία. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΜΕΛΕΤΗΣ: Οικείες των συμμετεχόντων. ΔΕΙΓΜΑ	<u>Α) Ερμηνεία</u> Συνεχής προσπάθεια για νοηματοδότηση της αυτοκτονίας. • Επαναπροσδιορισμός του νοήματος της ζωής και της

		τους αυτοκτόνησε.	Μεγεθος: 8 άτομα (3 άνδρες & 5 γυναίκες). Προέλευση δείγματος: Εθελοντικά υποστηρικτικά προγράμματα. ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΩΝ: Μαγνητοφωνημένες ατομικές και ομαδικές συνεντεύξεις (4 ατομικές, 1 με τους γονείς & 1 με το πατέρα και τις 2 του κόρες).	κοσμοθεωρίας κατόπιν του γεγονότος. <u>B) Επιπτώσεις</u> • Άμεσες: έντονος πόνος, αγωνία, Φόβος & αναταραχή, τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και την οικογένεια ως σύνολο. • Περιορισμός των κοινωνικών σχέσεων για να αποφευχθούν οι συζητήσεις περι του θέματος.
4.	Barned 2006 • Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	Διερεύνηση των επιπτώσεων αυτοκτονίας μέλους	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ: Εθνογραφική μελέτη. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΜΕΛΕΤΗΣ: Δεν αναφέρεται. ΔΕΙΓΜΑ	<u>A) Ερμηνεία</u> • Απουσία επιθυμίας ερμηνείας & νοηματοδότησης του γεγονότος. <u>B) Επιπτώσεις</u> Κοινωνικός στιγματισμός.

		αφρικανο-αμερικάνικων οικογενειών.	Μεγεθος: 19 συμμετέχοντες (12 μητέρες, 3 αδέρφια, 2 σύζυγοι, 2 παιδιά που έχασαν τη μητέρα). Προέλευση δείγματος: Υποστηρικτικά προγράμματα ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΩΝ: Ηχογραφημένες ατομικές, και τηλεφωνικές συνεντεύξεις .	<u>Γ)Υποστήριξη</u> Απουσία πολιτισμικής ευαισθησίας & πολιτισμικής επάρκειας δομών στήριξης, συμπεριλαμβανομένης της εκκλησίας. Στήριξη απο φιλικό περιβάλλον • Υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.
--	--	------------------------------------	--	--

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VIII

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ENTREQ

Όχι	Στοιχείο	Οδηγός και περιγραφή	Αναφέρεται στη σελίδα #
1.	Στόχος	Αναφέρετε το ερευνητικό ερώτημα που εξετάζει η σύνθεση.	4
2.	Μεθοδολογία σύνθεσης	Προσδιορίστε τη μεθοδολογία σύνθεσης ή το θεωρητικό πλαίσιο που στηρίζει τη σύνθεση και περιγράψτε το σκεπτικό για την επιλογή της μεθοδολογίας (π.χ. μετα-εθνογραφία, θεματική σύνθεση, κριτική ερμηνευτική σύνθεση, σύνθεση βασισμένης θεωρίας, ρεαλιστική σύνθεση, μετα-σύνθεση, μετα-μελέτη, σύνθεση πλαισίου).	7
3.	Προσέγγιση της αναζήτησης	Αναφέρετε αν η αναζήτηση ήταν προσχεδιασμένη (ολοκληρωμένες στρατηγικές αναζήτησης για την αναζήτηση όλων των διαθέσιμων μελετών) ή επαναληπτική (αναζήτηση όλων των διαθέσιμων εννοιών μέχρι να επιτευχθεί θεωρητικός κορεσμός).	5
4.	Κριτήρια ένταξης	Καθορίστε τα κριτήρια συμπερίληψης/αποκλεισμού (π.χ. όσον αφορά τον πληθυσμό, τη γλώσσα, τα όρια του έτους, τον τύπο της δημοσίευσης, τον τύπο της μελέτης).	5
5.	Πηγές δεδομένων	Περιγράψτε τις πηγές πληροφόρησης που χρησιμοποιήθηκαν (π.χ. ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (MEDLINE, EMBASE, CINAHL, psychINFO, Econlit), βάσεις δεδομένων γκρίζας βιβλιογραφίας (ψηφιακές διατριβές, εκθέσεις πολιτικής), σχετικούς οργανωτικούς δικτυακούς τόπους, εμπειρογνώμονες, ειδικούς σε θέματα πληροφόρησης, γενικές διαδικτυακές αναζητήσεις (Google Scholar), αναζήτηση με το χέρι, καταλόγους αναφοράς) και πότε πραγματοποιήθηκαν οι αναζητήσεις.	5

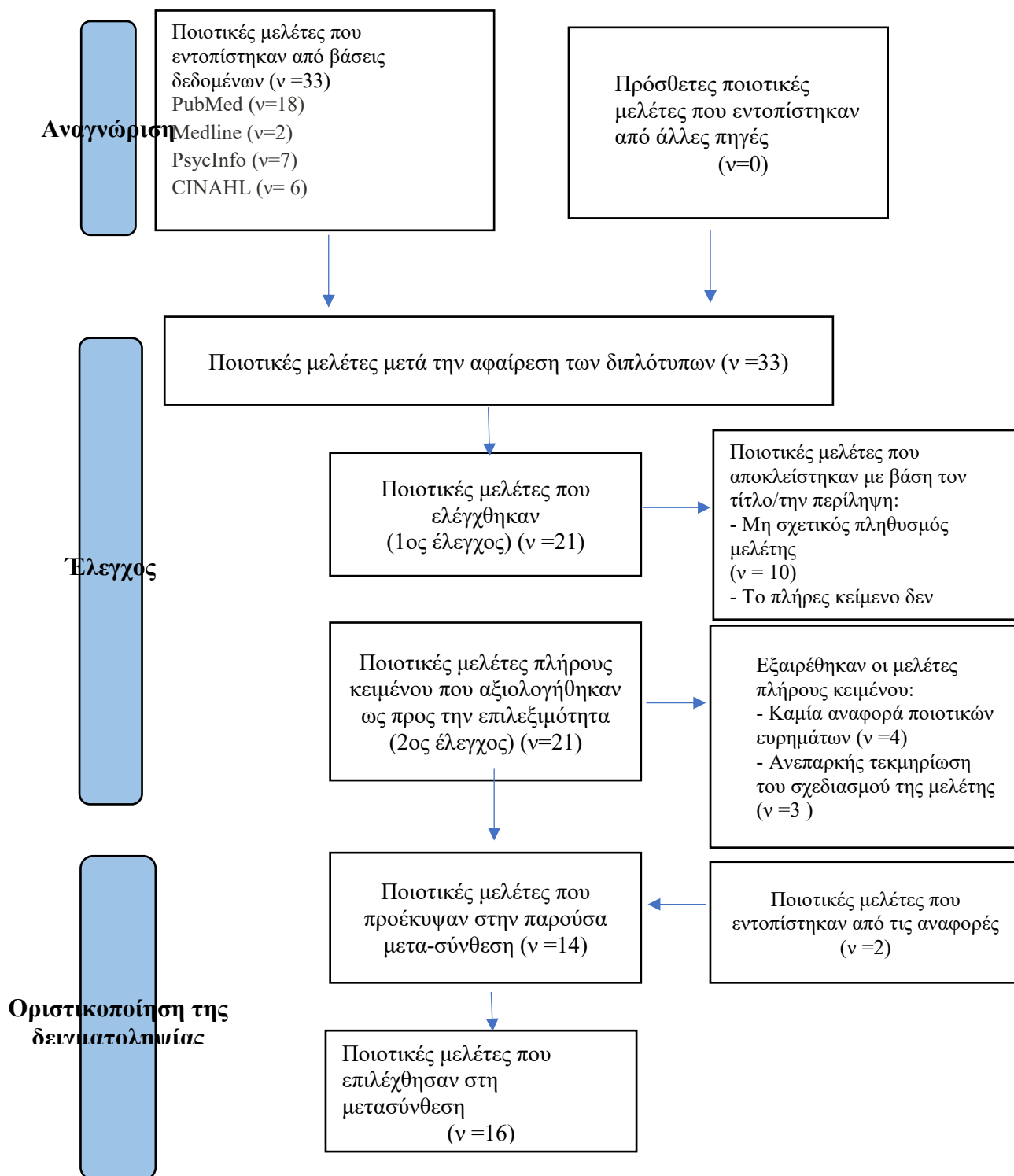
		αναφέρετε το σκεπτικό για τη χρήση των πηγών δεδομένων.	
6.	Στρατηγική ηλεκτρονικής αναζήτησης	Περιγράψτε τη βιβλιογραφική αναζήτηση (π.χ. παρέχετε στρατηγικές ηλεκτρονικής αναζήτησης με όρους για τον πληθυσμό, κλινικούς όρους ή όρους για θέματα υγείας, όρους που σχετίζονται με βιωματικά ή κοινωνικά φαινόμενα, φίλτρα για ποιοτική έρευνα και όρια αναζήτησης).	5 & Εικόνα 1
7.	Μέθοδοι διαλογής της μελέτης	Περιγράψτε τη διαδικασία ελέγχου και διαλογής των μελετών (π.χ. έλεγχος τίτλου, περίληψης και πλήρους κειμένου, αριθμός ανεξάρτητων κριτών που εξέτασαν τις μελέτες).	5 & Εικόνα 2
8.	Χαρακτηριστικά της μελέτης	Παρουσιάστε τα χαρακτηριστικά των περιληφθέντων μελετών (π.χ. έτος δημοσίευσης, χώρα, πληθυσμός, αριθμός συμμετεχόντων, συλλογή δεδομένων, μεθοδολογία, ανάλυση, ερευνητικά ερωτήματα).	5 & Πίνακας 1
9.	Αποτελέσματα επιλογής μελέτης	Προσδιορίστε τον αριθμό των μελετών που ελέγχθηκαν και αναφέρετε τους λόγους αποκλεισμού των μελετών (π.χ. για ολοκληρωμένη αναζήτηση, αναφέρετε τον αριθμό των μελετών που ελέγχθηκαν και τους λόγους αποκλεισμού σε σχήμα/διάγραμμα ροής- για επαναληπτική αναζήτηση περιγράψτε τους λόγους αποκλεισμού και συμπερίληψης των μελετών με βάση τις τροποποιήσεις του ερευνητικού ερωτήματος ή/και τη	5 & Εικόνα 2

		συμβολή στην ανάπτυξη της θεωρίας).	
10.	Αξιολόγηση της αξιολόγησης	Περιγράψτε το σκεπτικό και την προσέγγιση που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση των ενταγμένων μελετών ή των επιλεγμένων ευρημάτων (π.χ. αξιολόγηση της διεξαγωγής (εγκυρότητα και αξιοπιστία), αξιολόγηση της αναφοράς (διαφάνεια), αξιολόγηση του περιεχομένου και της χρησιμότητας των ευρημάτων).	θ
11.	Στοιχεία αξιολόγησης	Αναφέρετε τα εργαλεία, τα πλαίσια και τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση των μελετών ή των επιλεγμένων ευρημάτων (π.χ. Υπάρχοντα εργαλεία: Περιγράψτε τους τομείς που αξιολογήθηκαν: ερευνητική ομάδα, σχεδιασμός μελέτης, ανάλυση δεδομένων και ερμηνείες, υποβολή εκθέσεων).	θ
12.	Διαδικασία αξιολόγησης	Αναφέρετε αν η αξιολόγηση διεξήχθη ανεξάρτητα από περισσότερους του ενός κριτές και αν απαιτήθηκε συναίνεση.	θ
13.	Αποτελέσματα αξιολόγησης	Παρουσιάστε τα αποτελέσματα της αξιολόγησης της ποιότητας και αναφέρετε ποια άρθρα, εάν υπάρχουν, σταθμίστηκαν/αποκλείστηκαν με βάση την αξιολόγηση και αιτιολογήστε τα.	θ & Πίνακας 2
14.	Εξαγωγή δεδομένων	Αναφέρετε ποια τμήματα των πρωτογενών μελετών αναλύθηκαν και πώς εξήχθησαν τα δεδομένα από τις πρωτογενείς μελέτες. (π.χ. όλο το κείμενο κάτω από τους τίτλους "αποτελέσματα/συμπεράσματα" εξήχθη ηλεκτρονικά και εισήχθη σε ένα λογισμικό υπολογιστή).	θ & Πίνακας 3

15.	Λογισμικό	Αναφέρατε το λογισμικό υπολογιστή που χρησιμοποιήθηκε, εάν υπάρχει.	Δεν ισχύει
16.	Αριθμός κριτών	Προσδιορίστε ποιος συμμετείχε στην κωδικοποίηση και την ανάλυση.	7
17.	Κωδικοποίηση	Περιγράψτε τη διαδικασία κωδικοποίησης των δεδομένων (π.χ. κωδικοποίηση ανά γραμμή για την αναζήτηση εννοιών).	8
18.	Σύγκριση μελέτης	Περιγράψτε πώς έγιναν οι συγκρίσεις εντός και μεταξύ των μελετών (π.χ. οι επόμενες μελέτες κωδικοποιήθηκαν σε προϋπάρχουσες έννοιες και δημιουργήθηκαν νέες έννοιες όταν κρίθηκε απαραίτητο).	8
19.	Παραγωγή θεμάτων	Εξηγήστε αν η διαδικασία εξαγωγής των θεμάτων ή των κατασκευών ήταν επαγωγική ή επαγωγική.	8
20.	Αποσπάσματα	Παρέχετε αποσπάσματα από τις πρωτογενείς μελέτες για την απεικόνιση των θεμάτων/δομών και προσδιορίστε αν τα αποσπάσματα ήταν αποσπάσματα συμμετεχόντων ή ερμηνεία του συγγραφέα.	10-22 (Πολλά αποσπάσματα περιλαμβάνονται σε αυτές τις σελίδες)
21.	Έξοδος σύνθεσης	Παρουσίαση πλούσιων, συναρπαστικών και χρήσιμων αποτελεσμάτων που υπερβαίνουν την περίληψη των πρωτογενών μελετών (π.χ. νέα ερμηνεία, μοντέλα αποδείξεων, εννοιολογικά μοντέλα, αναλυτικό πλαίσιο, ανάπτυξη νέας θεωρίας ή κατασκευής).	9-21 & Πίνακας 5

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IX

Διάγραμμα: Διαδικασία επιλογής των μελετών για την μετασύνθεση



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Χ

Πίνακας 3. Σύνθεση των δεδομένων στην ανάλυση πρώτης, δεύτερης και τρίτης τάξης.			
ΠΡΩΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΝΑΛΥΣΗΣ		ΔΕΥΤΕΡΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΝΑΛΥΣΗΣ	ΤΡΙΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΝΑΛΥΣΗΣ
Ερμηνεία της εμπειρίας της απώλειας από την αυτοκτονία ενός μέλους της οικογένειας	Ατελείωτη αναζήτηση απαντήσεων Ερμηνεία της αιτιολογίας	Προσπάθεια εντοπισμού κάποιου ή κάτι να κατηγορήσουν	Προσπαθώντας να πετύχουν μια ισορροπία μεταξύ της διατήρησης μιας μη τραυματικής μνήμης του αποθανόντος, ενώ παράλληλα αποστιγματίζονται και απελευθερώνονται από την αυτοκατηγορία, την αυτοκριτική και τις ενοχές, έχοντας τη δυνατότητα να μετατρέψουν αυτή την εμπειρία σε υποστήριξη προς άλλους που έχουν ανάγκη.
Αντιμετώπιση & αντιλήψεις σχετικά με την υποστήριξη που έλαβαν	Εφαρμοσμένες στρατηγικές αντιμετώπισης (γνωστικές, πνευματικές, νοητικές & συμπεριφορικές διαδικασίες)	Διατήρηση της μνήμης του αυτόχειρα	
	Υποστηρικτικά συστήματα (εξωτερικά προς το άτομο) Ερμηνεία της υποστήριξης που λαμβάνεται από την οικογένεια/ομάδες (Βοηθητική/μη βοηθητική) Συνέπειες της μη λήψης υποστήριξης	Η ανακούφιση από τον πόνο και η απελευθέρωση από το αυτοστίγμα, το κοινωνικό στίγμα.	

Επιπτώσεις της αυτοκτονίας στα μέλη της οικογένειας	Ψυχολογική κατάσταση	Μια υπαρξιακή περιπλάνηση	
	Καθημερινότητα	Διαρκής προσπάθεια για την ανάκτηση της κανονικότητας Αλλαγή κοσμοθεωρίας	
	Κοινωνικές αλληλεπιδράσεις	Υποστηρίζοντας άλλα άτομα Απώλεια κοινωνικών δραστηριοτήτων λόγω του κοινωνικού στιγματισμού	
	Οικογενειακές αλληλεπιδράσεις	Ανάγκη προστασίας των υπόλοιπων μελών της οικογένειας Δυσλειτουργική επικοινωνία	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XI

Πίνακας. Κριτήρια του εργαλείου COREQ όπως εφαρμόστηκαν στις μελέτες της παρούσας μετασύνθεσης.																
	Barnes , 2006	Begley & Quayle, 2007	Lindqvist et al., 2008	Maple et al., 2010	Tzeng et al., 2010	Sugrue et al., 2014	Kawash ima & Kawano , 2017	Lee et al., 2017	Dutra et al., 2018	Ross et al., 2018	Spillane et al., 2018	Lee et al., 2019	Shields et al., 2019	Hybholt et al., 2020	Wainwri ght et al., 2020	Entilli et al., 2021
1. Συνεντευκτής	V	NR	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
2. Πιστοποιητικά ερευνητή	NR	V	V	V	NR	V	NR	V	V	V	V	NR	V	V	NR	V
3.Επάγγελμα ερευνητών	V	NR	V	V	NR	V	V	V	V	V	V	V	V	V	NR	V
4.Φύλο ερευνητών	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	NR	V
5.Εμπειρία και εκπαίδευση	V	NR	V	V	NR	NR	NR	NR	NR	V	NR	NR	NR	NR	V	V
6.Θεσμοθετημένη σχέση	V	NR	V	V	NR	NR	V	NR	V	V	NR	V	V	V	V	NR
7. Γνώση των συμμετεχόντων για τον συνεντευκτή	V	NR	V	V	V	NR	V	V	NR	V	NR	V	V	V	V	V
8.Χαρακτηριστικά συνεντευκτή	NR	NR	V	V	V	NR	V	V	NR	V	V	V	NR	V	NR	NR
9. Μεθοδολογικός προσανατολισμός και θεωρία	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
10.Δειγματοληψία	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V

11. Μέθοδος προσέγγισης	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
12.Μέγεθος δείγματος	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
13. Μη συμμετοχή στην έρευνα	NV	NV	V	NV	NV	NV	NV	NV	V	V	NR	NV	NR	NR	NV	NV
14.Χώρος συλλογής δεδομένων	V	NR	V	V	V	V	NR	V	V	V	V	V	V	V	V	NR
15.Παρουσία στο χώρο μη συμμετεχόντων	NR	NR	V	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	V
16.Περιγραφή του δείγματος	V	V	V	V	V	V	V	V	NR	V	V	V	V	V	V	V
17.Οδηγός συνεντεύξεων	NV	V	V	V	V	V	V	V	NR	V	NV	V	V	V	NV	NV
18.Επαναλαμβανόμενες συνεντεύξεις	V	V	NR	NR	NR	NR	NR	V	NR	V	NV	V	NR	NR	V	V
19. Ηχητική/οπτική καταγραφή	V	V	NV	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
20. Σημειώσεις πεδίου	NR	V	V	NR	V	V	V	NR	NR	V	V	V	V	V	NR	NR
21.Διάρκεια	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	NR	V

22. Θεματικός κορσεςμός	NR	NR	NR	NR	V	NR	NR	NR	V	V	NR	NR	NR	NR	V	V
23. Επιστροφή μεταγραφών	NR	NR	NR	NR	V	V	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	V
24. Αριθμός κωδικοποιημένων δεδομένων	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
25. Περιγραφή του δέντρου κωδικοποίησης	V	V	NV	NR	NV	NV	V	NV	V	NV	NV	NV	NR	NV	NV	V
26. Εξαγωγή θεμάτων	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
27. Χρήση λογισμικού	NV	NV	NV	NV	NV	NV	NV	NV	V	V	V	NV	NV	NV	NV	V
28. Ανατροφοδότηση των αποτελεσμάτων	NV	NV	NV	NV	NV	NV	NV	NV	NV	NV	V	NV	NV	NV	NV	NV
29. Παρουσία αποσπασμάτων	V	V	V	NV	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
30. Δεδομένα και συμπεράσματα συνεπής	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
31. Σαφήνεια των κύριων θεμάτων	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
32. Σαφήνεια των δευτερευόντων θεμάτων	V	V	V	V	V	NV	V	V	V	V	V	V	V	V	NV	V
Σύνολο	23V	19 V	25V	22V	22V	20V	22V	22V	22V	28V	22V	23V	22V	23V	18V	25V
V= Ισχύει, NV= Δεν Ισχύει, NR= Δεν αναφέρεται																

Η ποιότητα κάθε μελέτης καθορίστηκε από το άθροισμα των έγκυρων στοιχείων, ως εξής: καλή ποιότητα ≥ 25 στοιχεία, μέτρια ποιότητα: 17 έως 24 στοιχεία, κακή ποιότητα: 9 έως 16 στοιχεία, πολύ κακή ποιότητα ≤ 8 στοιχεία. Μόνο μελέτες καλής ποιότητας συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα μετασύνθεση

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΧΙΙ

Δημογραφικές μεταβλητές των συμμετεχόντων και του αυτόχειρα

Πίνακας. Δημογραφικές μεταβλητές των συμμετεχόντων και του αυτόχειρα.										
Α. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του αυτόχειρα.							Β. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων			
Συμμετέχον	Φύλο	Ηλικία (έτη)	Μέθοδος αυτοκτονίας	Τόπος αυτοκτονίας	Αριθμός αδερφών		Φύλο	Ηλικία (έτη)	Οικογενειακή κατάσταση	Χρόνια μακριά α την αυτοκτονία
Σ1	Άρρεν	34	Απαγχονισμός	Σπίτι	Κανένα		Θήλυ	63	Χήρα	15 χρόνια
Σ2	Άρρεν	22	Απαγχονισμός	Σπίτι	Κανένα		Θήλυ	45	Διαζευγμένη	4 χρόνια
Σ3	Θήλυ	16	Κατάποση φαρμάκων	Σπίτι	Ένα		Θήλυ	62	Παντρεμένη	19 χρόνια
Σ4	Άρρεν	23	Πτώση στο κενό	Κοντά στο σπίτι	Ένα		Θήλυ	59	Παντρεμένη	5 χρόνια
Σ5	Άρρεν	23	Αυτοπυροβολισμός	Σπίτι	Δύο		Θήλυ	54	Διαζευγμένη	3 χρόνια
Σ6	Άρρεν	23	Πτώση στο κενό	Κοντά στο σπίτι	Ένα		Άρρεν	62	Παντρεμένος	5 χρόνια
Σ7	Άρρεν	30	Κατάποση φαρμάκων	Σπίτι	Ένα		Θήλυ	59	Διαζευγμένη	12 χρόνια
Σ8	Άρρεν	28	Πτώση στο κενό	Κοντά στο σπίτι	Δύο		Θήλυ	60	Χήρα	5 χρόνια
Σ9	Άρρεν	40	Δηλητηρίαση	Σπίτι	Δύο		Θήλυ	63	Χήρα	16 χρόνια

Σ10	Άρρεν	28	Αυτοπυροβολισμός	Κοντά στο σπίτι	Ένα		Θήλυ	56	Παντρεμένη	7 χρόνια
Σ11	Άρρεν	23	Απαγχονισμός	Σπίτι	Δύο		Θήλυ	55	Παντρεμένη	8 χρόνια
Σ12	Άρρεν	23	Απαγχονισμός	Σπίτι	Δύο		Male	59	Παντρεμένος	8 χρόνια

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΧΙΠ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΜΕ ΤΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ COREQ

Θέμα	Αριθ.	Ερωτήσεις/Περιγραφή οδηγού	Αναφέρεται στη σελίδα αριθ.
Πεδίο1: Ερευνητική ομάδα και αντανakλαστικότητα			
<i>Προσωπικά χαρακτηριστικά</i>			
Συνεντευκτής	1	Ποιος/οι συγγραφέας/ες διεξήγαγε/αν τη συνέντευξη ή την ομάδα εστίασης;	62
Προσόντα	2	Ποια είναι τα προσόντα του ερευνητή; Π.χ. PhD, MD	62
Επάγγελμα	3	Ποιο ήταν το επάγγελμά τους κατά τη διάρκεια της μελέτης;	62
Φύλο	4	Ο ερευνητής είναι άνδρας ή γυναίκα	Σελίδα τίτλου
Εμπειρία και εκπαίδευση	5	Ποια εμπειρία ή εκπαίδευση είχε ο ερευνητής;	62
<i>Σχέση με τους συμμετέχοντες</i>			
Εδραίωση σχέσης	6	Είχε δημιουργηθεί σχέση πριν από την έναρξη της μελέτης;	62,63
Γνώση συμμετεχόντων για των συνεντευκτή	7	Τι γνώριζαν οι συμμετέχοντες για τον ερευνητή; π.χ. προσωπικοί στόχοι, λόγοι διεξαγωγής της έρευνας	63
Χαρακτηριστικά συνεντευκτή	8	Ποια χαρακτηριστικά αναφέρθηκαν για τον συνεντευκτή; π.χ. μεροληψία, υποθέσεις, λόγοι και ενδιαφέροντα για το θέμα της έρευνας	62
Πεδίο 2: Σχεδιασμός μελέτης			
<i>Θεωρητικό υπόβαθρο</i>			
Μεθοδολογικός προσανατολισμός και θεωρία	9	Ποιος μεθοδολογικός προσανατολισμός χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη; π.χ. θεμελιωμένη θεωρία, ανάλυση λόγου, εθνογραφία, φαινομενολογία, ανάλυση περιεχομένου.	59
<i>Επιλογή συμμετεχόντων</i>			
Δειγματοληψία	10	Πώς επιλέχθηκαν οι συμμετέχοντες; π.χ. σκόπιμη επιλογή, ευκολία, διαδοχική επιλογή, χιονοστιβάδα.	61
Μέθοδος προσέγγισης	11	Πώς προσεγγίστηκαν οι συμμετέχοντες; π.χ. πρόσωπο με πρόσωπο, τηλέφωνο, ταχυδρομείο, ηλεκτρονικό ταχυδρομείο	61
Μέγεθος δείγματος	12	Πόσοι συμμετέχοντες συμμετείχαν στη μελέτη;	61 & Παραρτημα XI
Μη συμμετοχή	13	Πόσοι αρνήθηκαν να συμμετάσχουν ή εγκατέλειψαν τη συμμετοχή τους; Λόγοι;	64
<i>Ρύθμιση</i>			
Συλλογή δεδομένων	14	Πού συλλέχθηκαν τα δεδομένα; π.χ. σπίτι, κλινική, χώρος εργασίας	64

Παρουσία μη συμμετεχόντων	15	Υπήρχε κάποιος άλλος παρών εκτός από τους συμμετέχοντες και τους ερευνητές;	64
Περιγραφή του δείγματος	16	Ποια είναι τα σημαντικά χαρακτηριστικά του δείγματος; π.χ. δημογραφικά στοιχεία	Παράρτημα XII
<i>Συλλογή δεδομένων</i>			
Οδηγός συνέντευξης	17	Υπήρξε κάποιος οδηγός συνεντεύξεων;	67
Επαναλαμβανόμενες συνεντεύξεις	18	Πραγματοποιήθηκαν επαναληπτικές συνεντεύξεις; Εάν ναι, πόσες;	63
Ηχητική/οπτική καταγραφή	19	Χρησιμοποίησε η έρευνα ηχητική ή οπτική καταγραφή για τη συλλογή των δεδομένων;	64
Σημειώσεις πεδίου	20	Έγιναν σημειώσεις πεδίου κατά τη διάρκεια και/ή μετά τη διάρκεια της διά ζώσης ή της ομάδας εστίασης;	93
Διάρκεια	21	Ποια ήταν η διάρκεια των συνεντεύξεων ή των ομάδων εστίασης;	63
Θεματικός κορεσμός	22	Συζητήθηκε ο κορεσμός των δεδομένων;	62
Επιστροφή απομνητοφωνήσεων	23	Επιστράφηκαν τα πρακτικά στους συμμετέχοντες για σχόλια;	70
Τομέας 3: ανάλυση και συμπεράσματα			
Ανάλυση δεδομένων			
Αριθμός κωδικοποιητών δεδομένων	24	Πόσοι κώδικες εντοπίστηκαν;	72 & Παράρτημα XIII, XV
Περιγραφή του δέντρου κωδικοποίησης	25	Οι συγγραφείς παρείχαν περιγραφή του δέντρου κωδικοποίησης;	Παράρτημα XIII, XV
Εξαγωγή θεμάτων	26	Τα θέματα προσδιορίστηκαν εκ των προτέρων ή προέκυψαν από τα δεδομένα;	68
Χρήση λογισμικού	27	Ποιο λογισμικό, κατά περίπτωση, χρησιμοποιήθηκε για τη διαχείριση των δεδομένων;	Δεν ισχύει
Έλεγχος συμμετεχόντων	28	Οι συμμετέχοντες παρείχαν ανατροφοδότηση σχετικά με τα ευρήματα;	70
Αναφορά			
Παρουσία αποσπασμάτων	29	Παρουσιάστηκαν αποσπάσματα των συμμετεχόντων για την απεικόνιση των θεμάτων/ευρημάτων; Αναγνωρίστηκε κάθε απόσπασμα; π.χ. αριθμός συμμετέχοντος	74-95
Συνέπεια δεδομένων με ευρήματα	30	Υπήρχε συνέπεια μεταξύ των δεδομένων που παρουσιάστηκαν και των ευρημάτων;	Παράρτημα XIII
Σαφήνεια των κύριων θεμάτων	31	Παρουσιάστηκαν με σαφήνεια τα κύρια θέματα στα ευρήματα;	73 & Παράρτημα XIII
Σαφήνεια των δευτερευόντων θεμάτων	32	Υπάρχει συζήτηση δευτερευόντων θεμάτων;	95-103

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XIV

ΠΙΝΑΚΑΣ .Παρουσίαση των κωδικών ομαδοποιημένων σε κατηγορίες και θέματα.				
<i>Ερευνητικές ερωτήσεις</i>	<i>Κωδικοί</i>	<i>Κατηγορίες</i>	<i>Θέματα</i>	<i>Πορηνικό θέμα</i>
Νοηματοδότηση της αυτοκτονίας	1. Το τραυματικό γεγονός. 2. Αναζήτηση απαντήσεων για το γεγονός. 3. Αιώνια αισθήματα ενοχής. 4. Η διαρκής αναζήτηση ευθύνης	1. Δίνοντας νόημα στο παράλογο 2. Μια μοναδική & προσωπική εμπειρία	1. Δημιουργία νοήματος του παραλόγου	Η ανάγκη να επιτύχουν μια κατάσταση ζεστασιάς και ηρεμίας, με πνευματική, ψυχολογική και σωματική γαλήνη, απαλλαγμένοι από την κρίση των άλλων ή του ίδιου του εαυτού τους και από τις οδυνηρές υπενθυμίσεις της αυτοκτονίας του παιδιού τους.
Μεταγενέστερες επιπτώσεις της αυτοκτονίας (θετικές και αρνητικές)	1. Ψυχολογική, συναισθηματική και σωματική δυσφορία 2. Μετασχηματισμός κοσμοθεωρίας 3. Ενδυνάμωση μέσω υποστήριξης και της προστασίας των ευάλωτων μελών της οικογένειας	Προσωπικό επίπεδο 3. Συγκλονισμένοι απο τις τραυματικές εμπειρίες 4. Προσωπική ανάπτυξη	2. Συγκλονισμένοι απο την τραυματική εμπειρία ή την προσωπική ανάπτυξη	
	1. Μειωμένη ποιότητα επικοινωνίας (α) στο ζευγάρι, (β) μεταξύ των γονέων και των υπόλοιπων μελών της οικογένειας	Οικογενειακό επίπεδο 5. Μετασχηματισμός της οικογενειακής δομής και των στάσεων		

	2. Κατηγορίες μεταξύ μελών της οικογένειας 3. Χωρισμός ζευγαριών ή δύναμη της σχέσης τους 4. Δυσφορία στα αδέρφια			
	1. Δυσκολία συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες 2. Δυσκολία στη διατήρηση των κοινωνικών σχέσεων <i>Παράγοντες που σχετίζονται με διαπροσωπικές / κοινωνικές συνέπειες</i> 1. Κοινωνικό στίγμα 2. Έλλειψη ενσυναίσθησης 3. Εσωτερική ανάγκη για απόσυρσης	<i>Διαπροσωπικό / κοινωνικό επίπεδο</i> 6. Μετασχηματισμός των κοινωνικών στάσεων	3. Συνεχής ανάγκη για προστασία	
Αναδιώμενες ανάγκες	1. Ανάγκη για εξωτερίκευση συναισθημάτων 2. Ανάγκη για κατανόηση/ενσυναίσθηση	<i>Προσωπικό επίπεδο</i>		

	3. Ανάγκη για αυτενέργεια/αυτοδυναμία 4. Ανάγκη απενοχοποίησης 5. Ανάγκη για διέξοδο 1. Ανάγκη προστασίας των άλλων μέλων της οικογένειας(σύζυγο, παιδιά) 2. Ανάγκη να παραμείνει η συνοχή της οικογένειας 3. Ανάγκη προστασίας της μνήμης του αυτόχειρα	7.Ανάγκη προστασίας εαυτού Οικογενειακό επίπεδο 8.Ανάγκη διασφάλισης ενός ασφαλούς πειβάλλοντος για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. 9. Ανάγκη απενοχοποίησης του παιδιού τους απο τη πράξη της αυτοχειρίας.		
Στρατηγικές αντιμετώπισης και υποστήριξης	1. Ερμηνεύοντας προ την αποδοχή	Γνωστικές στρατηγικές 10. Το μυαλό ως αποτελεσματικό θεραπευτικό μέσο	4. Προσπάθεια διαφυγής απο τις επαναλαμβανόμενες βασανιστικές σκέψεις / εικόνες για την αυτοκτονία του παιδιού τους	
	1. Σωματική ενασχόλησης / εξάντληση. 2. Λήψη φαρμάκων	Συμπεριφορικές στρατηγικές 11. Ενεργοποίηση εσωτερικών πηγών δύναμης και αυτο-υποστήριξης		

	3. Η επαφή με τη φύση (κηπουρική, κολύμπι, περπάτημα στο δάσος) 4. Η απομάκρυνση απο οικεία μέρη (σπίτι, χώρα) 5. Παρακολουθώντας παιχνίδια μυαλού 6. Επίσκεψη στο νεκροταφείο 7. Στήριξη ευάλωτων μελών της οικογένειας (σύζυγος, αδέρφια, εγγόνια) 8. Υποστήριξη άλλων ατόμων που έχουν ανάγκη / φιλανθρωπία / σύσταση ιδρύματος 9. Αυτοέλεγχος	12. Προσπάθεια για αυτοπαρακίνηση 13. Η θεραπευτική επίδραση της υποστήριξης των άλλων		
	1. Μέλη της βασικής οικογένειας 2. Κοινωνικό δίκτυο (συνάδελφοι, γείτονες) 3. Εκκλησία	14. εξωτερικές υποστηρικτικές πηγές		

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XV

Η αυτοκτονία στη μυθολογία

Στην ελληνική αρχαιότητα οι αυτοκτονίες θεωρούσαν ότι ανέτρεπαν τη φυσική ισορροπία που είχαν θεσπίσει οι θεοί. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ο τραγικός κύκλος του Οιδίποδα: Η Ιοκάστη, όπως προφήτευσε το μαντείο των Δελφών, παντρεύτηκε τον γιο της και από το γάμο αυτό απέκτησαν τέσσερα παιδιά, παραβιάζοντας τους φυσικούς, πολιτικούς και θρησκευτικούς νόμους. Στιγματισμένη από ανθρώπους και θεούς αυτοκτονεί για να καθαρθεί από τα αμαρτήματα της (Δεληγιώργη, 2006).

Άλλη περίπτωση που αναφέρεται στην αρχαία λογοτεχνία, είναι η αυτοκτονία του Αίαντα. Ο Αίαντας είναι το αρχέτυπο παράδειγμα ανθρώπου που αυτοκτόνησε νομίζοντας πως με αυτό τον τρόπο θα αποκατασταθεί η χαμένη του τιμή. Θιγμένος επειδή δεν του αποδόθηκε η πανοπλία του νεκρού Αχιλλέα, θέλησε να εκδικηθεί σκοτώνοντας τον Οδυσσέα και τον Αγαμέμνονα. Όμως η Αθηνά παρενέβη εξαπατώντας τον και τον οδήγησε να σκοτώσει ένα κοπάδι προβατών. Όταν συνήλθε και είδε τι έκανε και σε τι ντροπιαστική κατάσταση είχε περιπέσει, αυτοκτόνησε για ν' αποκαταστήσει με αυτόν τον τρόπο την τιμή του (Πετρόπουλου, 2006).

Χαρακτηριστική είναι η αναφορά του Graves Robert το 1990, ο οποίος στο βιβλίο του “The Greek Myths”, συμπεριλαμβάνει ως αυτόχειρες τους μυθικούς χαρακτήρες, που προκάλεσαν άμεσο θάνατο στον εαυτό τους.

Άγραυλος- έρση- πάνδροσος. Έγινε σύζυγος του Κέκροπα και απέκτησε μαζί του τέσσερα παιδιά, ένα γιο, τον Ερυσίχθονα, και τρεις κόρες, την Άγραυλο, την Έρση και την Πάνδροσο. Ο μύθος τις θέλει να πέφτουν από την Ακρόπολη για να σωθούν από το μικρό Εριχθόνιο, ο οποίος από τη μέση και κάτω ήταν φίδι.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XVI

Θάνατος

Οι Έλληνες στην αρχαιότητα, έπαιρναν στα σοβαρά την αντιπαράσταση του ανθρώπου με το θάνατο. Η σκέψη του πεπερασμένου της ανθρώπινης ύπαρξης εν αποδίδει τη σκοτεινή σκιά της σε ένα μεγάλο μέρος της ελληνικής λογοτεχνίας. Μια απ' τις τρεις Θεές του πεπρωμένου είναι αυτή που καθορίζει τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου, αμέσως μετά τη γέννησή του. Αυτές οι θεές που καθόριζαν το πεπρωμένο, ονομάζονταν «Μοίρες» (μοίρα, από το μείρομαι = παίρνω το μερίδιο που μου ανήκει, πεπρωμένο). Οι Μοίρες στη μυθολογία παριστάνονται συνήθως ως τρεις γυναικείες μορφές που γνέθουν. Το νήμα που κρατούν στα χέρια τους, είχε σύμβολο την ανθρώπινη ζωή, συμβολίζοντας το πόσο μικρή και αδύναμη μπορεί να είναι και καθόριζαν τη χρονική περίοδο που είχε η ζωή. Οι θεότητες αυτές είχαν δύναμη αξεπέραστη και σύμφωνα με την παράδοση, ούτε ο Δίας μπορούσε να τροποποιήσει τις τελικές τους αποφάσεις. Τη διάρκεια της ζωής δεν μπορούσε κατά την αντίληψη των Ελλήνων, να τη μεταβάλει ο άνθρωπος. Ανήκε στους όρους της ζωής που δίνονταν κατά τη γέννηση απ' τις Μοίρες.

Στη γέννηση η παρουσία της μοίρας σήμαινε ταυτόχρονα και την παρουσία στο θάνατο (θεά του πεπρωμένου που προσδιορίζει το θάνατο. Το γεγονός ότι ο θνητός ήξερε πως υπήρχε πεπρωμένο και θάνατος, συνειδητοποιούσε το δικό του πεπρωμένο. Έτσι ο καθένας σκεφτόταν ότι η ζωή του ήταν εναρμονισμένη με το πεπρωμένο του.

«Ο θάνατος είναι η μη αναστρέψιμη διακοπή της ζωής» (Rana & Upton, 2010). Αυτό σήμαινε την αλλαγή της υπόστασης μιας ζωντανής οντότητας, όπου εκδηλώνεται με τον θάνατο, αφού προηγείται ο θάνατος των οργάνων, κυττάρων. Ειδικότερα, ο θάνατος συμβαίνει όταν τα ζωτικά όργανα σταματήσουν την λειτουργία τους (Rana & Upton, 2010).

Ο θάνατος ως έννοια είναι περίπλοκος και έχει απασχολήσει πολύ τους ερευνητές. Για πολλούς ερευνητές (Chow et al., 2017; McEvoy, Treacy & Quigley, 2017; Stancliffe et al., 2016; McEvoy, MacHale & Tierney, 2012; Slaughter & Griffiths, 2007; Mahon, 1999; Speece & Brent, 1996; Smilansky, 1987) ο θάνατος γίνεται κατανοητός μέσα από πέντε

έννοιες: το αναπόφευκτο, την καθολικότητα, την οριστικότητα ή μη αναστρεψιμότητα, την παύση ή μη λειτουργικότητα και την αιτιότητα.

Το αναπόφευκτο θεωρείται ως η συνειδητοποίηση, ότι όλοι οι ζωντανοί οργανισμοί θα οδηγηθούν στο θάνατο. Συγκεκριμένα, αφορά το πως ο θάνατος δεν μπορεί να προβλεφθεί ή να αποφευχθεί βάσει ενός σχεδίου ή έξυπνου χειρισμού (Spence & Brent, 1996). Η καθολικότητα ορίζεται ως «η κατανόηση», ο θάνατος θα πρέπει να γίνει σε όλους τους ζωντανούς οργανισμούς και αφορά ανεξαιρέτως όλα τα έμβια όντα.

Οριστική ή μη αναστρέψιμη θεωρείται η αναγνώριση, ότι ο νεκρός δεν υπάρχει πιθανότητα να επιστρέψει στη ζωή. Η παύση ή μη λειτουργικότητα αφορά τη συνειδητοποίηση, ότι ο θάνατος χαρακτηρίζεται από παύση της λειτουργίας όλων των σωματικών διεργασιών. Τέλος, η αιτιότητα νοείται ως κατανόηση, ότι ο θάνατος έχει πάντα μια εσωτερική ή εξωτερική αιτία και προήλθε από κάποια βλάβη ή διακοπή των σωματικών διαδικασιών (Slaughter & Griffiths, 2007).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XVII

Εντοπίζοντας τον εαυτό μου ως ερευνητή

Στο πανεπιστήμιο σπούδασα νοσηλευτική με μεγάλη αγάπη στο τομέα ψυχικής υγείας όπου αργότερα προχώρησα με μεταπτυχιακές σπουδές. Ανέπτυξα ενδιαφέρον για τη ψυχολογία της αυτοκτονίας, τα θεωρητικά μοντέλα και την πρόληψη των αυτοκτονιών. Η θεωρία και τα μοντέλα που συνάντησα έμοιαζαν πάντα χωρισμένα από την πραγματικότητα. Έτσι, θέλησα να εμβαθύνω τις γνώσεις μου προς αυτό το θέμα, όπου επικεντρώθηκαν στο να εξηγήσουν γιατί ένα άτομο αφαιρεί τη ζωή του, τους παράγοντες κινδύνου, τις μεταβλητές και τις οδούς της αυτοκτονίας, αλλά απέτυχαν να συλλάβουν την ουσιαστική εμπειρία της αυτοκτονίας και αυτή των πενθούντων.

Η έρευνα και η επαγγελματική κλινική εμπειρία υποδηλώνουν ότι το φύλο, οι αναπτυξιακές διαφορές, η φύση της σχέσης (η εγγύτητα με τον αποθανόντα), τα κοινωνικά και πολιτιστικά πλαίσια μαζί με πολλούς άλλους παράγοντες, επηρεάζουν τη διαδικασία του πένθους και της προσαρμογής στην απώλεια. Αυτό που έχω παρατηρήσει από τη κλινική μου εργασία ήταν ότι πολύ λίγοι επιζώντες αναζήτησαν βοήθεια για τη θλίψη τους, υπήρχε μια γενική απροθυμία. Αυτή η παρατήρηση υποστηρίχθηκε και από τους συναδέλφους όπου επισημάναν ότι τα άτομα που θρηνούσαν απλό την αυτοκτονία κάποιου συγγενικού τους προσώπου, κυρίως οι γονείς, παρέμειναν σιωπηλοί και αόρατοι.

Αυτή η ποιοτική μελέτη και διαδικασία επέτρεψε στους γονείς να μοιραστούν τη προσωπική τους εμπειρία από το πένθος αυτοκτονίας. Επομένως αυτή η κατανόηση της εμπειρίας θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την ανάπτυξη ανταπόκρισης, υποστήριξης, φροντίδας, για μελλοντική έρευνα. Αυτή η μελέτη συνέβαλε σε ένα κενό σε αυτόν τον τομέα. Οι φωνές των γονέων λείπουν από την έρευνα για το πένθος από αυτοκτονία. Χωρίς σαφή περιγραφή και κατανόηση της εμπειρίας τους, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα συνεχίσουν να αγωνίζονται για να κατανοήσουν τις ανάγκες τους και να παρέχουν τις σχετικές

αποτελεσματικές παρεμβάσεις. Η σιωπή που έρχεται μετά από την αυτοκτονία, δεν σημαίνει ότι οι πενθούντες γονείς δεν έχουν τίποτα να μας πουν. Πρέπει να γνωρίζουμε και να ακούμε προσεκτικά τη σιωπή τους για να μετατραπεί από αόρατη σε ορατή.

Αυτή η ερευνητική μελέτη ξεκίνησε με αναζήτηση βιβλιογραφίας σε βάσεις δεδομένων που κάλυπταν τους τομείς της υγείας, της νοσηλευτικής, της ψυχολογίας, της ψυχιατρικής καθώς και των συναφών κλάδων. Η έρευνα των επιζώντων αυτοκτονίας εκτείνεται σε πολλούς κλάδους και τομείς συμπεριλαμβανομένων: υγείας, ψυχιατρικής, ψυχολογίας, κοινωνιολογίας, παροχής συμβουλών, και επικεντρώνεται κυρίως στις επιπτώσεις της αυτοκτονίας (μεταβλητή της έρευνας) και στην έρευνα σχετικά με την εμπειρία του ατόμου για απώλεια αυτοκτονίας, πένθος ή επιβίωση). Η ανάγνωση και η αναθεώρηση σχετικής βιβλιογραφίας είναι μέρος της έρευνας, της γραφής και διύλιση / αναθεώρηση μιας διατριβής (Kwan, 2008). Η κριτική μου για τη βιβλιογραφία συνεχίστηκε καθ' όλη τη διάρκεια της διατριβής. Ξεκίνησα όταν άρχισα να εξερευνώ το θέμα και γράφτηκε η ερευνητική πρόταση. Διάβασα επιπλέον υλικό καθ' όλη τη διάρκεια του διδακτορικού όταν χρειάστηκε να ενισχύσω την κατανόησή μου για τις θεωρητικές έννοιες, εξηγήσω τη μεθοδολογία και τις μεθόδους, κατά την επικύρωση των ευρημάτων, και όταν χρειάστηκε να συζητήσουμε τις επιπτώσεις των ευρημάτων (Kwan, 2008).

Ο εντοπισμός βιβλιογραφίας για γονείς που έχουν βιώσει πένθος αυτοκτονίας του παιδιού τους είναι πρόκληση. Ένας περίπλοκος παράγοντας είναι ότι δεν υπάρχει τυποποιημένη ή ευρέως υιοθετημένη ονοματολογία όσο αφορά τα άτομα που πεθαίνουν από αυτοκτονία (επιζώντες-αυτοκτονίες, επιζώντες, θρηνογόνοι, αυτοκτονίες) και υπάρχει μεγάλη παραλλαγή στον τρόπο με τον οποίο αναφέρεται το φαινόμενο (πένθος αυτοκτονίας, έκθεση αυτοκτονίας, θλίψη μετά από αυτοκτονία, απώλεια αυτοκτονίας).

Αναζητήθηκαν βάσεις δεδομένων για τον εντοπισμό ερευνητικών άρθρων, βιβλιογραφικών ανασκοπήσεων σχετικά με το γονεϊκό πένθος μετά την αυτοκτονία του παιδιού τους. Η έρευνα αποκάλυψε την έλλειψη έρευνας για τις εμπειρίες πένθους μετά από αυτοκτονία και ειδικότερα εμπειριών των γονέων.

Βιβλία, δημοσιευμένες και μη δημοσιευμένες διατριβές, διατριβές και κυβερνητικοί ιστότοποι, επίσης χρησιμοποιήθηκαν για τον εντοπισμό σχετικής βιβλιογραφίας, των τελευταίων στατιστικών αυτοκτονιών. Λόγω της έλλειψης έρευνας σχετικά με τις εμπειρίες των γονέων από πένθος αυτοκτονίας, το 2016 έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για

διερεύνηση του συγκεκριμένου θέματος και το 2022 δημοσιεύτηκε η μετασύνθεση σχετικά με τη βιωμένη εμπειρία μελών της οικογένειας που έχασαν ένα μέλος τους από αυτοκτονία (Zavrou et al., 2022, 2016).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XVIII

Διαχείριση κινδύνων για τον ερευνητή

Η διεξαγωγή έρευνας που έχει στόχο να μελετήσει δεδομένα σχετικά με το πένθος είναι δυνητικά δύσκολη για τους ερευνητές και τα μέλη της ερευνητικής ομάδας (Sque, 2000). Ποιοτικοί ερευνητές μπορούν να βιώσουν την αγωνία από τις εντατικές ερευνητικές πρακτικές κατά τη συλλογή δεδομένων, μεταγραφή και ανάλυση, επειδή ξαναζούν τα δύσκολα αυτά γεγονότα (Wray, Markovic & Manderson, 2007). Για παράδειγμα, Cowles (1988), δήλωσε: *"παρατηρώντας συχνές έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις των άλλων, [και] πιο πολύ τις προσωπικές του δραστηριότητες ή βίαιες συμπεριφορές μπορεί να είναι ψυχολογικά και συναισθηματικά επώδυνη διαδικασία για τους ερευνητές, ανεξάρτητα από το πόσο έμπειρος είναι, κατά τη διεξαγωγή της έρευνας"* (σελ. 173).

Υπάρχει μια αυξανόμενη ευαισθητοποίηση και ανησυχία για το πώς οι ποιοτικοί ερευνητές μπορεί να επηρεαστούν συναισθηματικά κατά τη διαδικασία της έρευνας τους. Dickson-Swift et al. (2009) ζητούν από τους ερευνητές όχι μόνο να προβληματιστούν και να γράψουν για τον αντίκτυπο που έχει σε αυτούς η διεργασία της έρευνας, καθώς και να υπάρχει συνεχείς εποπτεία. Οι ποιοτικοί ερευνητές αναφέρουν συχνά ότι πρέπει να αντιμετωπίσουν πολλά ζητήματα που σχετίζονται με την διαχείριση ευαίσθητων δεδομένων όπως συμβαίνει σε περιπτώσεις αυτό-αποκάλυψης, εξωτερίκευσης ενοχής και ευαλωτότητας, ή κατά την ακρόαση ανείπωτων ιστοριών. Αυτά έχουν ως αποτέλεσμα την πνευματική και ψυχική καταπόνηση του ποιοτικού ερευνητή (Dickson-Swift et al., 2007).

Επίσης, ποιοτικοί ερευνητές έχουν επισημάνει την ανάγκη προστασίας των ερευνητών από αρνητικές συναισθηματικές και σωματικές επιπτώσεις κατά τη διαδικασία της μεταγραφής του ευαίσθητου υλικού των συνεντεύξεων. Ανέφεραν ότι στους μελετητές προσφέρθηκε ενημέρωση και υποστήριξη για το χειρισμό ευαίσθητου υλικού, αλλά ο κάθε ένας είχε αναπτύξει τις δικές τους στρατηγικές (Wilkes, Cummings, Haigh, 2015).

Για το λόγο αυτό, χρησιμοποίησα διάφορες στρατηγικές (Dickson-Swift, James, Kippen & Liamputtong, 2008) έτσι ώστε να ελαχιστοποιήσω τόσο τον σωματικό όσο και τον συναισθηματικό κίνδυνο για τον εαυτό μου και να αποτρέψω τα ζητήματα να θέσουν σε κίνδυνο την ερευνητική διαδικασία και την εγκυρότητα των δεδομένων. Αυτές οι στρατηγικές περιλάμβαναν (i) μελέτη και κατανόηση διεξαγωγής προηγούμενων ερευνών με το συναφή θέμα, (ii) διατήρηση επαγγελματικών ορίων και (iii) χρήση εποπτείας και

συνεδρίες απολογισμού με εποπτεία (κυρίως από την επιβλέπουσα καθηγήτρια) μετά από ιδιαίτερα δύσκολες συνεντεύξεις.

Οι Sanders et al. (2014) αναφέρουν ότι σε ορισμένους τύπους έρευνας και συγκεκριμένα στις ποιοτικές, οι ποιοτικοί ερευνητές αντιμετωπίζουν την πρόκληση να διαχειριστούν τις αντιδράσεις των συμμετεχόντων, την κάθαρση, την απελπισία και το δικό τους κίνητρο, καθώς και τον συναισθηματικό αντίκτυπο που μπορεί να έχει η έρευνα σε αυτούς. Οι Sanders et al. (2014) προτείνουν στους ερευνητές να αποδεχθούν αυτές τις προκλήσεις ως μέρος της διεξαγωγής συναισθηματικά ευαίσθητων ερευνών και ότι υπάρχει αναλυτική αξία στο να σκεφτούμε αυτές τις εμπειρίες.

Ανέπτυξα σαφείς οδηγίες για τον χειρισμό των αποκαλύψεων, τερματίζοντας τις ερευνητικές σχέσεις με τους συμμετέχοντες και εφαρμόσα μια σειρά στρατηγικών αυτοεξυπηρέτησης για την πρόληψη της εξάντλησης (για παράδειγμα, τη διατήρηση μιας τακτικής ρουτίνας σωματικής άσκησης, κάνοντας χρόνο να γράψω και να προβληματιστώ, χρησιμοποιώντας μουσική και άλλες μορφές έκφρασης). Αυτές οι στρατηγικές και ένας συνδυασμός αντανakλαστικής πρακτικής, επαρκής χρόνος μεταξύ μεμονωμένων συνεντεύξεων, εποπτείας και ενημέρωσης, βοήθησαν στην ελαχιστοποίηση τυχόν δυνητικών κινδύνων για τον εαυτό μου κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, της ανάλυσης δεδομένων και της σύνταξης της έρευνας.

Επίσης, οι Dickson-Swift et al. (2008) υποστηρίζουν ότι είναι σημαντικό για τους ερευνητές που αισθάνονται αβοήθητοι ή απελπισμένοι μετά από τις συνεντεύξεις να έχουν πρόσβαση σε θεραπευτική ή κλινική επίβλεψη καθώς και να παρέχεται συμβουλευτική υποστήριξη στους συμμετέχοντες που βρίσκονται συναισθηματικά φορτισμένοι.

Σε οποιοδήποτε μελέτη και αν συμμετέχει ένα άτομο, η επικοινωνία είναι πολύ σημαντική. Στη συγκεκριμένη, έγιναν εβδομαδιαίες ομαδικές συναντήσεις όπου όλοι οι ερευνητές συγκεντρώνονταν για να μοιραστούν τις εμπειρίες, τις γνώσεις, να συζητήσουν αυτά που έχουν εργαστεί, να κάνουν ερωτήσεις και εάν χρειαζόταν να δινόταν καθοδήγηση. Αυτές οι συναντήσεις ήταν πολύ ωφέλιμες για να ζητήσεις βοήθεια, κάτι που μπορεί να είναι πολύ σημαντικό, ειδικά όταν αρχίζεις την έρευνα και είναι μια διαδικασία όπου πρώτη φορά ακολουθήσεις. Έχοντας τη καθοδήγηση της επιβλέπουσας, η οποία ήταν πάντα πρόθυμη και ικανή να καθίσει μαζί μου και να περπατήσει στα δύσκολα βήματα της διαδικασίας.

Επίσης, είχα την τύχη να δουλέψω μαζί με άλλους ερευνητές και ακαδημαϊκούς, όπου είχα τη δυνατότητα να μάθω και να αναπτυχθώ ως νέα ερευνήτρια. Δεν παρατηρήθηκαν περιπτώσεις όπου να υπήρχαν αντιπαραθέσεις, ρήξεις ή διαφωνίες μεταξύ των ερευνητών σε όλα τα στάδια της έρευνας.

Η κλινική και ακαδημαϊκή επίβλεψη αποδείχθηκαν πολύ χρήσιμες μετά από μια εβδομάδα όπου έκανα τρεις έντονες συνεντεύξεις. Ήταν κατά τη διάρκεια της περιόδου που διάβαζα και ανέλυα τα δεδομένα, παραμένοντας ανοιχτή στις εμπειρίες τους. Συνειδητοποίησα τον πόνο που είχαν βιώσει και πώς είχαν παραμείνει στη σιωπή από τον ίδιο τους τον εαυτό και τους γύρω τους. Έκανα μερικές σημειώσεις σχετικά με την εμπειρία στο ανακλαστικό ημερολόγιό μου και συζήτησα το ζήτημα με την ακαδημαϊκό επόπτριά μου καθώς και με τον σύντροφό μου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Χ

Κατάλογος παρουσιάσεων της μελέτης σε επιστημονικά συνέδρια

«Διερεύνηση της εμπειρίας μελών οικογένειας μετά από αυτοχειρία μέλους τους».2016.43^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο

«Συστηματική Ανασκόπηση των ποιοτικών μελετών διερεύνησης της βιωματικής εμπειρίας ατόμων που θρηνούν λόγω αυτοκτονίας μέλους της οικογένειας τους». 2016. 23 Ο Παγκύπριο Συνέδριο Νοσηλευτών και Μαιών.

«Διερεύνηση της εμπειρίας μελών οικογένειας μετά από αυτοχειρία μέλους τους». Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση». 2016. Ερευνητική Ημερίδα Διδακτορικού Προγράμματος ΤΕΠΑΚ.

«Το δικαίωμα στην ύπαρξη- Νομικό πλαίσιο, ανθρώπινα δικαιώματα ψυχικά πασχόντων, ηθικά διλήμματα νοσηλευτών», 12/12/17. Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.

27th European Congress of Psychiatry-European Psychiatric Association (EPA): R. Zavrou, A. Koutrouba, E. Papastavrou, A. Charalambous, M. Karanikola (2019). Poster with Presentation.

26ο Παγκύπριο Νοσηλευτικό Συνέδριο-Παγκύπριος Σύνδεσμος Νοσηλευτών και Μαιών (ΠΑΣΥΝΜ): Ραφαηλία Ζαβρού, Ευρυδίκη Παπασταύρου, Ανδρέας Χαραλάμπους, Άννα Κουτρούμπα, Μαρία Καρανικόλα (2019). Προκαταρκτικά αποτελέσματα ποιοτικής διερεύνησης της εμπειρίας πένθους γονέων μετά την αυτοκτονία του παιδιού τους. Ελεύθερη Ανακοίνωση.

Ημερίδα «Πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας», Τομέας Ψυχικής Υγείας (ΠΑΣΥΝΜ): Ραφαηλία Ζαβρού (2022). Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας σε άτομο με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Ελεύθερη Ανακοίνωση.

29^ο Παγκύπριο Νοσηλευτικό Συνέδριο-Παγκύπριος Σύνδεσμος Νοσηλευτών και Μαιών (ΠΑΣΥΝΜ): Ραφαηλία Ζαβρού, Ευρυδίκη Παπασταύρου, Ανδρέας Χαραλάμπους, Άννα Κουτρούμπα, Μαρία Καρανικόλα (2022). Διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας γονέων που έχασαν παιδί απο αυτοκτονία. Ελεύθερη ανακοίνωση.

Κατάλογος δημοσιεύσεων σε επιστημονικά περιοδικά

Zavrou R, Karanikola M, Papastavrou E. (2016) Exploration of the lived experience of individuals following suicide of a family member. Hellenic Journal of Nursing (Nosileftiki),55(4), 347-358.

Karanikola M, Zavrou R, Hatzioannou A.(2018). School bullying victimization: A public health issue.Hellenic Journal of Nursing, 2018, vol. 57, no. 2, pp. 138-146.

Karanikola, M. N., Zartaloudi, A., Nystazaki, M., Zavrou, R., & Papathanassoglou, E. D. (2020). Is there any association among depressive symptoms, job satisfaction and self-assessed empathy? A correlational study in Greek Psychiatric/Mental Health Nurses. *Archives of psychiatric nursing*, 34(4), 230-236.

Evripidou M, Merkouris A, Charalambous A, Karanikola M, Zavrou R, Papastavrou E. Missed Nursing Care Among Patients With Dementia During Hospitalization: An Observation Study. *Res Gerontol Nurs*. 2021 May-Jun;14(3):150-159. doi: 10.3928/19404921-20210326-01.

Zavrou R, Charalambous A, Papastavrou E, Koutrouba A, Karanikola M. Trying to keep alive a non-traumatizing memory of the deceased: A meta-synthesis on the interpretation of loss in suicide-bereaved family members, their coping strategies and the effects on them. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2023 Apr;30(2):182-207. doi: 10.1111/jpm.12866.

Zavrou R, Charalambous A, Papastavrou E, Koutrouba A, Karanikola M. Qualitative inquiry into the experience of suicide loss, aftereffects and coping strategies of suicide-bereaved Greek-speaking parents in Cyprus. *International Journal of Qualitative Studies in Health & Well-being*, 2023 (in process)