

О МЕДИКО–СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ САМОУБИЙСТВ

Букин С.И.

*Учреждение здравоохранения «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»,
Гродно, Республика Беларусь*

Реферат. Проблема выявления и оценки медико-социальной эффективности мероприятий со стороны системы здравоохранения по профилактике самоубийств вызывает существенные сложности в связи с межведомственным подходом к ее решению. Предпринята попытка установления опосредованной связи между динамикой суицидов и компетентностью в вопросах профилактики самоубийств медицинского персонала стационарных учреждений здравоохранения.

Введение. В Гродненской области с 2004 г. основной потенциал ресурсов по ранней превенции суицидов перенесен в стационарных учреждениях здравоохранения (СУЗ), где созданы условия, предопределяющие сверхкомпетентность персонала в диагностике риска СУ и позволяющие использовать раннюю превентивную терапию суицидального поведения на додиагностическом этапе [1].

С 2007 г. динамика количества суицидов в области имеет устойчивый отрицательный показатель: с 426 до 289 случаев (снижение порядка 10% ежегодно) [2]. В связи с многочисленными мероприятиями антисуицидальной направленности, проводимыми различными ведомствами самостоятельно, оценить непосредственное влияние организационной модели профилактических мероприятий системы здравоохранения (ЗО) на суицидальную активность методами статистического анализа не представляется возможным. Однако представляют интерес некоторые результаты оценочного социологического исследования медико-социальной эффективности ЗО в вопросе профилактики СУ.

Цель исследования — анализ результатов социологического опроса об осведомленности населения о проблеме самоубийства (СУ) для выявления медико-социальной эффективности организационных мероприятий системы здравоохранения в профилактике суицидального поведения [3].

Материалы и методы. С августа 2014 г. по март 2015 г. опрошено 1012 жителей Гродненской области (в т. ч. 207 сотрудников учреждений здравоохранения (УЗ) и 204 пациента стационарных УЗ) в возрасте от 18 до 70 лет (средний возраст — 37 лет), имеющих широкий круг общения (75%), цель в жизни и стремление к ее реализации (19,2%, ранг n-1), достаточно легко адаптирующихся к изменению жизненных обстоятельств (21%, ранг n), имеющих высокую работоспособность (15,7%, ранг n-2) и внимательно относящихся к своему здоровью (13,6%, ранг n-3, n=15); 75% опрошенных считают себя обычными представителями общества с доходом на одного члена семьи от 1,5 до 4,5 млн белорусских рублей (64%).

Результаты и их обсуждение. Иерархическая кластеризация (ИК) [4] выявляет группу признаков (38,5%), характерных для респондентов: высокое чувство долга и тревожность, раздражительность и бессонница. Отрицательно относятся к СУ 80,7% опрошенных; у 19,2% респондентов возникали суицидальные мысли на протяжении жизни, 3,7% имели опыт суицидальной попытки. При этом у 21,5% есть знакомые из ближайшего окружения, совершавшие СУ либо его попытку. В качестве мотива СУ 50,7% отмечают желание уйти от проблем; привлечение внимания к личным проблемам и призыв о помощи назвали 23%. В качестве причины СУ 57,5% указывают на депрессию, психическое заболевание и тяжелую болезнь; в каждом третьем случае — страх перед будущим, унижения, чувство безысходности и беспомощности, психологическое давление. Несмотря на то, что практика изучения СУ свидетельствует о высокой частоте повешений в состоянии алкогольного опьянения, только 3,3% респондентов отмечают алкоголизацию, а повешение как наиболее простой способ — 9,1% [5]. В то же время ИК выявляет наличие двух кластеров способа суицида: отравление (28,9%) и другие. Вышеизложенные характеристики респондентов имеют высокую степень сродства с диагностическими критериями эмоционально неустойчивого расстройства личности по Международной классификации болезней 10 пересмотра, аутоагрессивное поведение в структуре которого является патогномоничным [6].

Общие тенденции, связанные с отношением к СУ населения области, имеют особенности в группах медицинского персонала непсихиатрических стационарных учреждений здравоохранения (МП) и пациентов (П) стационарных учреждений здравоохранения (СУЗ).

В группе МП в 1,2 раза чаще встречается желание уйти от проблем и призыв о помощи в качестве основного мотива суицида, а в группе П — в 1,4 раза чаще наблюдается желание привлечь внимание, самонаказание и протест. В 4,9 раза П чаще допускают возможность СУ. В качестве причины СУ МП в 1,9 раза чаще указывают страх перед будущим и потерю социального статуса, в то время как П в 1,6 раза чаще называют потерю близких и одиночество. СУ в 1,2 раза чаще (45 и 38,5%) П рассматривают как признак слабости характера. У МП в 6 раз выше готовность бескорыстного труда, а у П в 19 раз выше занятие экстремальными видами спорта. П в 1,2 раза чаще считают себя обычными людьми, а МП в 1,5 раза чаще — успешными в работе. Считают, что самоубийство можно предотвратить без участия сотрудников ЗО 13,2% П и 11,6% МП. При возникновении суицидальных мыслей готовы обратиться к сотрудникам ЗО 62% П и 69% МП. В 2 раза реже МП рассматривают суицид как вариант разрешения проблем и в 1,5 раза чаще свидетельствуют, что самоубийство в настоящее время можно предотвратить. В половине случаев и П, и МП констатируют, что основная причина самоубийства — страх перед будущим; но МП в три раза чаще выбирают в качестве причины самоубийства депрессию и в два раза реже — сумасшествие. Значимым в оценке результатов является более низкое материальное положение МП (отношение удельного веса общего дохода на одного члена семьи МП/П: менее 1,5 млн — 3/1, более 3 млн — 1/4), высокое чувство долга МП (МП/П = 2,4/1), аддиктивное поведение МП (М/П = 3,4/1) и трудоголизм П (МП/П = 1/1,7).

Заключение. На основе полученных данных можно сделать следующие выводы:

1. Общее снижение суицидальной активности в области происходит на фоне востребованности ресурсов ЗО в вопросах профилактики самоубийств. Отношение к СУ у МП отличается большей социальной зрелостью и отождествляется с образом жизни, в то время как у П отношение к СУ персонифицировано и преимущественно носит личностный характер.

2. Отрицательная динамика частоты СУ в области происходит на фоне более высокой компетентности МП, выступающего в качестве субъекта в формировании общественного мнения в понимании СУ как социального явления.

3. Внедрение на нормативном уровне порядка выявления и профилактики самоубийств во всех СУЗ области предопределяет обязательное наличие соответствующих знаний и практических навыков у МП, обуславливает высокий уровень толерантности МП к суицидальному поведению и, как следствие, медико-социальную эффективность профилактических мер.

Литература

1. О профилактике самоубийств и суицидального поведения: приказ Упр. здравоохран. Гродн. обл. исполнит. комитета от 28.05.2010 № 322. — Гродно, 2010.
2. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 2010–2014 гг. / Гроднен. обл. клинич. больница.
3. Гаранло, В.Д. Факторы риска, образ жизни населения и профилактика в системе охраны его здоровья: системный анализ понятий и их связи / В.Д. Гаранло; Чернов, гос. мед. ин-т. — Черновцы, 1996.
4. Крыштановский, А.О. Анализ социологических данных с помощью пакета SPSS: учеб. пособие для вузов / А.О. Крыштановский; Гос. ун-т – Высш. шк. экономики. — М. Изд. дом ГУ ВШЭ, 2006.
5. О мерах по совершенствованию работы по профилактике суицидов: указание № 1 Упр. здравоохран. Гродн. обл. исполнит. комитета и Прокуратуры Гродн. обл. от 09.09.2010 № 1. — Гродно, 2010.
6. Чумак, С.А. Сравнительные характеристики некоторых показателей лиц с первичными и повторными аутоагрессивными действиями / С.А. Чумак, Г.Я. Пилягина // Арх. психіатрії. — 2005. — Т. 11, № 2 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper244.htm> — Дата доступа: 09.06.2015