Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

Практическое руководство по созданию и поддержке систем эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения



Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

Практическое руководство по созданию и поддержке систем эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения

Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm

ISBN: 978-92-890-5603-8

© Всемирная организация здравоохранения, 2019

Некоторые права защищены. Данная работа распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

По условиям данной лицензии разрешается копирование, распространение и адаптация работы в некоммерческих целях при условии надлежащего цитирования по указанному ниже образцу. В случае какого-либо использования этой работы не должно подразумеваться, что ВОЗ одобряет какую-либо организацию, товар или услугу. Использование эмблемы ВОЗ не разрешается. Результат адаптации работы должен распространяться на условиях такой же или аналогичной лицензии Creative Commons. Переводы настоящего материала на другие языки должны сопровождаться следующим предупреждением и библиографической ссылкой: «Данный перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), и ВОЗ не несет ответственность за его содержание или точность. Аутентичным и подлинным изданием является оригинальное издание на английском языке».

Любое урегулирование споров, возникающих в связи с указанной лицензией, проводится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Пример оформления библиографической ссылки для цитирования: Практическое руководство по созданию и поддержке систем эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO .

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: http://apps.who.int/iris/.

Приобретение, вопросы авторских прав и лицензирование. Для приобретения публикаций ВОЗ перейдите по ссылке: http://apps.who.int/bookorders. Чтобы направить запрос для получения разрешения на коммерческое использование или задать вопрос об авторских правах и лицензировании, перейдите по ссылке: http://www.who.int/about/licensing/.

Материалы третьих лиц. Если вы хотите использовать содержащиеся в данной работе материалы, правообладателем которых является третье лицо, вам надлежит самостоятельно выяснить, требуется ли для этого разрешение правообладателя, и при необходимости получить у него такое разрешение. Риски возникновения претензий вследствие нарушения авторских прав третьих лиц, чьи материалы содержатся в настоящей работе, несет исключительно пользователь.

Общие оговорки об ограничении ответственности. Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения ВОЗ относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции отдельных изготовителей, патентованной или нет, не означает, что ВОЗ поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. ВОЗ ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Содержание

03 **Предисловие**

04 **Выражение признательности**

05 **01 Введение**

05 1.1 Справочная информация

06 1.2 Потребность в руководстве по созданию и поддержке систем эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения

08 1.3 Преимущества систем эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения

10 1.4 Цель настоящего руководства

11 1.5 Целевая аудитория руководства

11 1.6 Содержание руководства

11 1.7 Библиография

13 **02 Разработка и внедрение системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения**

15 2.1 Информирование и вовлечение государственных органов и соответствующих заинтересованных сторон (ЭТАП 1)

16 2.2 Создание системы эпиднадзора (ЭТАП 2)

16 2.2.1 Затраты и потенциальные источники финансирования

17 2.2.2 Назначение ключевых функциональных сотрудников

17 2.2.3 Стандартные операционные процедуры

22 2.3 Этические требования, конфиденциальность и защита данных (ЭТАП 3)

22 2.4 Внедрение (ЭТАП 4)

23 2.4.1 Доработка и уточнение стандартных операционных процедур

23 2.4.2 Разработка формы регистрации данных

24 2.4.3 Кодирование и ввод данных

25 2.4.4 Компилирование данных

26 2.4.5 Корректировка данных

26 2.4.6 Анализ данных

27 2.4.7 Интерпретация данных

30 2.5 Библиография

31 **03 Обучение сотрудников, участвующих в сборе данных**

31 3.1 Определения

32 3.2 Критерии исключения и включения

32 3.2.1 Критерии исключения

33 3.2.2 Критерии включения

35 3.3 Исключить или включить?

41 3.4 Примеры из практики

49 3.5 Библиография

50 **04 Публикация и распространение результатов эпиднадзора**
50 4.1 Ежегодные доклады (ЭТАП 5)
53 4.2 Информационные сводки (ЭТАП 5)
53 4.3 Материалы для рецензируемых журналов (ЭТАП 5)
54 4.4 Данные для разработки стратегий (ЭТАП 5)
54 4.5 Библиография

55 **05 Поддержка и обеспечение долгосрочной устойчивости**
55 5.1 Обеспечение стандартизации и качества сбора данных (ЭТАП 5)
56 5.2 Долгосрочная устойчивость (ЭТАП 5)

57 **06 Терминология**
57 6.1 Введение
57 6.2 Краткая история терминов
61 6.3 Библиография

62 **07 Обзор существующих систем эпиднадзора или проектов, посвященных явлению суицидальных попыток и актов самоповреждения**
62 7.1 Справочная информация
63 7.2 Эпиднадзор в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения в различных странах мира
64 7.2.1 Специализированные реестры для регистрации суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения
65 7.2.2 Многоцентровые проекты
66 7.2.3 Национальная/международная статистика и базы данных
67 7.2.4 Отдельные исследования
67 7.3 Библиография

68 **08 Список тематической литературы**

69 Приложение 1. Пример информационной листовки с описанием системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения
70 Приложение 2. Пример бумажной формы регистрации данных
71 Приложение 3. Примеры методов осуществления эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения

Предисловие

Самоубийство — это сложное явление. Подсчитано, что ежегодно более 800 тыс. человек погибают в результате самоубийств, а множество других совершают суицидальные попытки. Важно понимать, что самоубийства предотвратимы. Своевременные и эффективные научно обоснованные вмешательства играют ключевую роль в предотвращении самоубийств, при этом определить их эффективность прежде всего помогают качественные данные. Именно от участия государства зависит развитие и укрепление эпиднадзора, а также сбор и распространение данных, необходимых для обоснования принимаемых мер.

В своем докладе *Предотвращение самоубийств: глобальный императив* ВОЗ определила ряд направлений деятельности государств независимо от уровня их прогресса в осуществлении мероприятий по предотвращению самоубийств. Одним из таких ключевых направлений является повышение качества данных о самоубийствах и суицидальных попытках. Настоящее руководство посвящено этой приоритетной области и предлагает практические шаги и рекомендации по созданию внутристрановой системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения. Несмотря на предпринимаемые меры по улучшению регистрации случаев самоубийств, более пристальное внимание к регистрации суицидальных попыток и, в частности, актов самоповреждения позволит получить дополнительную ценную информацию для разработки стратегий предотвращения самоубийств, поскольку предыдущие суицидальные попытки являются важным фактором риска совершения таких попыток в будущем и смерти в результате самоубийства. В настоящее руководство включен широкий диапазон вопросов: от привлечения заинтересованных сторон, финансирования и укомплектования штата до сбора, сопоставления и анализа данных.

Это практическое руководство позволит разработчикам политики определить приоритеты и руководить внедрением системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения в своих странах. Пользователям руководства предлагается адаптировать его этапы с учетом реальных обстоятельств, чтобы соответствовать ресурсам, имеющимся в конкретной ситуации, и обеспечить устойчивость. Важно отметить, что улучшение качества данных поможет в управлении оптимальными вмешательствами и расстановке приоритетов для каждой ситуации, а также может способствовать повышению эффективности общей стратегии предотвращения самоубийств.

Д-р Shekhar Saxena

Директор Департамента по вопросам психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами

Всемирная организация здравоохранения

Выражение признательности

ОБЩИЙ НАДЗОР И РУКОВОДСТВО

Shekhar Saxena (ВОЗ)

КООРДИНАЦИЯ ПРОЕКТА И РЕДАКТУРА

Alexandra Fleischmann (ВОЗ), Sutapa Howlader (Австралия)

ТЕХНИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА И ПОДГОТОВКА ТЕКСТА

Ella Arensman, Eileen Williamson, Grace O'Regan, Justina Hurley, and Eve Griffin (все – Национальный фонд исследований в области самоубийств и факультет эпидемиологии и общественного здравоохранения, Университетский колледж г. Корк, Ирландия)

РЕЦЕНЗИРОВАНИЕ

УЧАСТНИКИ СЕМИНАРА

Nor Hayati Ali (Малайзия), Chantale Buerli (Швейцария), Fatma Charfi (Тунис), Eleanor Sonia Davis (Белиз), Diego De Leo (Австралия), Annette Erlangsen (Дания), Richardo Gabriel Goti Valdés (Панама), Suzana A. Guerrero Martinez (Доминиканская Республика), Gopalkrishna Gururaj (Индия), Ahmad Hajebi (Иран), Guo-Xin Jiang (Швеция), Kairi Kõlves (Австралия), Xianyun Li (Китай), Seyed Kazem Malakouti (Иран), Chihiro Matsumato (Япония), Dinah P. Nadera (Филиппины), Lkhagvasuren Nasantsengel (Монголия), Pia Oetiker (Швейцария), Jong-Ik Park (Республика Корея), Michael Schoenbaum (США), Afef Skhiri (Тунис), Marike Solvalu (Фиджи), Tadashi Takeshima (Япония), Rosa Maria Vargas Alvarado (Коста-Рика), Yeshi Wangdi (Бутан)

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ЭКСПЕРТЫ

Annette Beautrais (Новая Зеландия), José Manoel Bertolote (Бразилия), Cindy Claassen (США), Aislinne Freeman (Ирландия), Stephanie Machel (Канада), Edward Mantler (Канада), Lars Mehlum (Норвегия), Mark Olfson (США), Jane Pearson (США), Michael R Phillips (Китай), Beverly Pringle (США), Morton Silverman (США), Gregory Simon (США), Jean-Pierre Soubrier (Франция), Marjolijn van den Berg (Бельгия)

ШТАБ-КВАРТИРА И РЕГИОНАЛЬНЫЕ БЮРО ВОЗ

Elisabet Arribas-Ibar, Kidist Bartolomeos, Dan Chisholm, Khalid Saeed, Xiangdong Wang

СТАЖЕРЫ

Lakshmi Chandrasekaran

01

Введение

Обзор раздела

Предыстория эпиднадзора
Значение системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения.

Источники данных для эпиднадзора
Данные, полученные из документации медицинских учреждений – как правило, отделений скорой помощи или травматологических отделений – в зависимости от структуры учреждений в соответствующей стране.

Цель руководства и преимущества эпиднадзора
Оценка масштаба проблемы госпитализации в связи с суицидальными попытками и актами самоповреждения для использования при разработке стратегий общественного здравоохранения в области предотвращения, вмешательства и лечения.

Для кого предназначено это руководство
Медицинские работники, регистраторы данных, исследователи и статистики, работающие в больницах общего профиля, на факультетах вузов и в научно-исследовательских институтах, министерствах здравоохранения и неправительственных организациях.

1.1 Справочная информация

Эпиднадзор в области охраны общественного здоровья имеет важнейшее значение для деятельности общественного здравоохранения, руководства профилактической работой, мониторинга мероприятий и оценки их результатов (1). В докладе ВОЗ *Предотвращение самоубийств: глобальный императив* подчеркивается, что эпидемиологическое отслеживание статистики самоубийств и суицидальных попыток является важнейшим компонентом национальных стратегий, направленных на предотвращение самоубийств (2). Этот доклад был составлен после принятия Комплексного плана действий ВОЗ в области психического здоровья на 2013–2020 гг., в котором все государства-члены ВОЗ взяли на себя обязательство работать для достижения глобальной цели сократить к 2020 г. частоту самоубийств в странах на 10% (3).

Что касается практических руководств, ранее ВОЗ уже публиковала другие пособия, такие как Injury surveillance guidelines [«Руководство по эпиднадзору травматизма»] (4), Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence [«Инструкции по проведению опросов общественности в отношении травматизма и случаев насилия»] (5) и Fatal injury surveillance in mortuaries and hospitals: a manual for practitioners [«Эпиднадзор в отношении смертельных травм в моргах и больницах: руководство для практикующих врачей»] (6). Важно отметить, что во всех странах необходимо повысить доступность и качество данных как о смертности в результате самоубийств, так и о суицидальных попытках и что между странами существуют значительные различия в процедурах регистрации самоубийств (7, 2).

Опубликованный в 2014 г. глобальный доклад ВОЗ о предотвращении самоубийств выявил потребность в составлении руководства по эпиднадзору в отношении ицидальных попыток, завершившихся обращением в больницы общего профиля. В настоящее время количество стран, создавших систему эпиднадзора в отношении суицидальных попыток, ограничено, а сопоставлению существующих систем часто

препятствуют различия между ними (2). Настоящее руководство должно стать для стран инструментом создания системы эпиднадзора за состоянием общественного здоровья в связи с суицидальными попытками и актами самоповреждения, завершившимися обращением в больницы общего профиля, на основе медицинской документации.

Улучшение эпиднадзора и мониторинга суицидальных попыток и актов самоповреждения является одним из ключевых элементов модели предотвращения самоубийств в контексте общественного здравоохранения (8, 9, 2).

Когда человек поступает в медицинское учреждение, обычно в неотложной ситуации, врач или медсестра должны иметь возможность отметить в медицинской карте, имело ли место самотравмирование или самоотравление и были ли травма или отравление намеренными или случайными. Тем не менее удостоверить (а значит, и зафиксировать) намерение умереть может быть сложнее, поскольку в определенных случаях даже сам пациент может быть не уверен в своих намерениях. Именно поэтому система эпиднадзора в медицинских учреждениях неизбежно будет включать в себя случаи самоповреждения с различным уровнем суицидальных намерений и различными исходными мотивами, а не только суицидальные попытки, характеризуемые высоким уровнем суицидальных намерений. В целях упрощения терминологии и применительно к системам эпиднадзора термин «суицидальная попытка» в настоящем руководстве является взаимозаменяемым с термином «самоповреждение».

1.2 Потребность в руководстве по созданию и поддержке систем эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения

По имеющимся данным, на каждого погибшего в результате самоубийства приходится свыше 20 человек, совершивших суицидальную попытку (2). Участие в одной или более суицидальной попытке или акте самоповреждения является единственным важнейшим прогнозным параметром смерти в результате самоубийства (10, 11, 12, 13, 14). В связи с этим долгосрочный мониторинг распространенности суицидальных попыток, демографических характеристик и видов совершаемых суицидальных действий и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения является источником важной информации, которая помогает в разработке стратегий предотвращения самоубийств. В сочетании с информацией о самоубийствах они могут использоваться для расчета показателя летальности суицидального поведения, что поможет выявить лиц, входящих в группу высокого риска (12, 2).

Рис. 1.1, составленный на основе международных исследований, предлагает визуальное отображение масштаба суицидального поведения. Доступность информации о случаях суицидального поведения часто сравнивают с айсбергом, у которого видна только вершина (самоубийства, суицидальные попытки и акты самоповреждения с обращением в больницы и учреждения первичной медико-санитарной помощи), а бóльшая часть суицидальных попыток скрыта «под водой» и остается неизвестной службам здравоохранения (15, 16, 17).

Для получения информации о суицидальных попытках существуют два основных способа: самоотчеты о суицидальном поведении, поступающие в рамках опросных обследований репрезентативных выборок населения, и медицинская документация с упорядоченными сведениями о пациентах с суицидальными попытками, обратившихся в учреждения здравоохранения (обычно больницы) (2).

В настоящем руководстве основное внимание уделяется использованию больничной медицинской документации в качестве основы для создания системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения (рис.1.1).

При использовании Международной классификации болезней ВОЗ 10-го пересмотра (МКБ-10) на национальном и международном уровне применяются одни и те же коды, поэтому полученные данные лучше поддаются переносу и использованию при разработке национальных и международных программ эпиднадзора. Классификация само-

убийств и преднамеренных самоповреждений по МКБ-10 обеспечивает единообразие и последовательность зарегистрированной информации на глобальном уровне.

Специализированные больничные системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения варьируются в диапазоне от национальных реестров, например в Ирландии (18, 19), до субнациональных реестров на региональном уровне, например в Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии, где в Дерби, Манчестере и Оксфорде ведется сбор данных о суицидальных попытках и актах самоповреждения с обращением в отделения скорой помощи больниц (20). В большинстве стран с низким и средним уровнем дохода больничные системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток отсутствуют. Тем не менее в последние годы всё больше стран с низким и средним уровнем дохода, например Индия (21) и Ямайка (22), предпринимают первые попытки создать локальные реестры случаев суицидальных попыток с обращением в одно или несколько медицинских учреждений. Данные этих отдельных реестров оказываются весьма информативными и демонстрируют пользу от подобных систем в странах с низким и средним уровнем дохода, где наблюдается высокий уровень суицидальных попыток и актов самоповреждения, а характеристики пациентов, в особенности половозрастные, могут значительно отличаться от стран с высоким уровнем дохода (2).

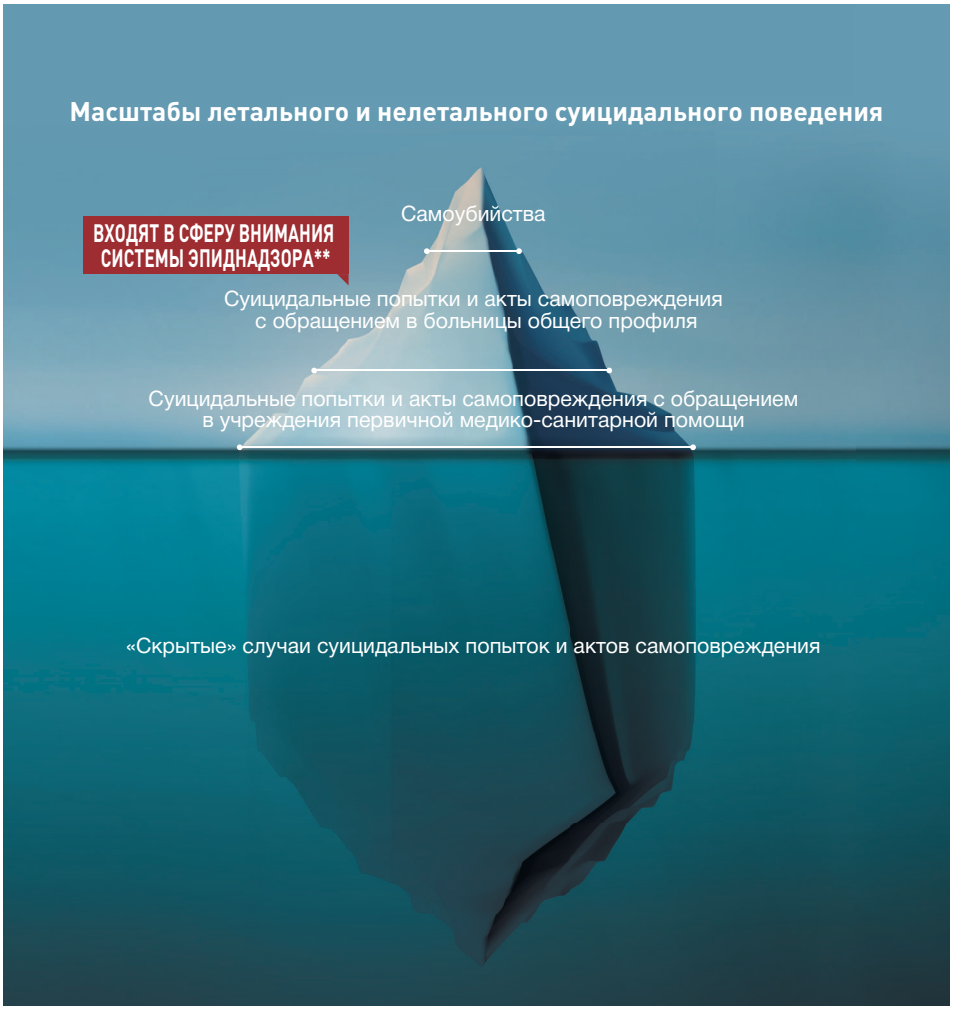
В странах с большой численностью населения, где управление специализированными национальными реестрами может быть затруднено, иногда получить данные о суицидальных попытках и актах самоповреждения можно из национальных информационных систем здравоохранения, основанных на различных подходах к сбору репрезентативных данных. Например, в Соединенных Штатах Америки сбором информации о нелетальном суицидальном поведении занимается интернет-система запросов и отчетности по статистике травматизма (WISQARS), которая использует ряд источников данных, включая Национальную электронную систему эпиднадзора по травматизму – программу «Все травмы» (NEISS-AIP), Национальный банк данных по травматизму (NTDB) Американской коллегии хирургов и Национальную систему данных об отравлениях (NPDS).

Среди других примеров можно привести Канаду, где Национальный реестр по травматизму ведет сбор о преднамеренных травмах, а Реестр по травматизму провинции Онтарио продолжает сбор данных о преднамеренных и непреднамеренных травмах по 11 ведущим медицинским учреждениям (23), а также Австралию, где в штате Виктория создан Государственный реестр по травматизму, который предоставляет информацию о преднамеренных травмах (24).

Отсутствие стандартизованных на международном уровне методов сбора данных о суицидальных попытках и актах самоповреждения привело к методологическим различиям в осуществлении сбора данных и эпиднадзора. Более единообразный подход к эпиднадзору в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения будет способствовать сопоставимости и пониманию глобальной картины суицидальных попыток и актов самоповреждения.

Еще одним фактором, требующим анализа, является правовой статус самоубийства и его влияние на отчетность о случаях самоубийств и суицидальных попытках. Если самоубийство считается в стране преступлением, суицидальные попытки часто скрывают, а о смертях в результате самоубийств иногда не сообщают, что приводит к формированию неполной картины (2). Аналогичным образом созданию полной картины может мешать политика страховых компаний, которые не покрывают случаи самоубийств и суицидальных попыток и поэтому не сообщают о них.

Рисунок 1.1
Масштабы суицидального поведения



* Показанные на диаграмме пропорции приведены на основе результатов международных исследований; тем не менее они могут отличаться для разных стран и регионов.

** Несмотря на то, что повышение точности и единообразия информации необходимо на всех уровнях, основной темой настоящего руководства являются суицидальные попытки и акты самоповреждения с обращением в больницы общего профиля.

1.3 Преимущества систем эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения

Информация, предоставляемая на основе данных эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения, способствует устранению пробелов в ключевых областях знаний и повышению качества услуг для лиц, обращающихся в медицинские учреждения после суицидальных попыток и актов самоповреждения (рисунок 1.2). Создание устойчивых и долгосрочных систем эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения позволяет выявлять пациентов, которые повторно обращаются в медицинские учреждения по тем же поводам и подвержены факторам риска, связанным с повторением таких попыток или актов (25, 26, 19). Доступ к данным общенационального эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения позволит получить информацию о конкретных возможностях обслуживания и потребностях в лечении (27).

Конкретные примеры преимуществ систем эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения включают в себя следующие.

- Доступ к данным в режиме реального времени может использоваться при назначении специализированных медицинских сестер в отделения скорой помощи, а также в присвоении приоритетного статуса конкретным медицинским учреждениям или центрам скорой помощи на основе количества суицидальных попыток и актов самоповреждения (18).

- Данные эпиднадзора о тенденциях в области суицидальных попыток и актов самоповреждения, а также о демографических и клинических группах риска имеет фундаментальное значение для разработки, реализации и оценки национальных программ предотвращения самоубийств (9, 28).

- Данные эпиднадзора о методах, используемых при суицидальных попытках, используются для создания целевых групп, решающих вопросы применения конкретных лекарств на основе наблюдаемых тенденций умышленной передозировки лекарственных препаратов (18).

- Данные о масштабе повторных суицидальных попыток и актов самоповреждения по отдельным медицинским учреждениям и географическим регионам могут использоваться при планировании и осуществлении программ лечения. Например, в Ирландии применялась диалектическая поведенческая терапия для пациентов с тенденцией к частому повторению суицидальных попыток и актов самоповреждения с использованием поэтапного подхода на основе количества повторных суицидальных попыток в различных медицинских учреждениях (18).

Долгосрочная устойчивость является важнейшим условием достижения основных целей системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток с обращением в медицинские учреждения (29). Например, для выявления пациентов с риском повторения суицидальной попытки в долгосрочной перспективе и связанных с ними характеристик необходимо получение данных о последовательных случаях суицидальных попыток с обращением в медицинские учреждения за несколько лет (19). Поскольку суицидальные попытки и акты самоповреждения связаны с высоким уровнем заболеваемости, а также смертности в результате самоубийств и других причин преждевременной смерти, поддержка непрерывности эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения в качестве составной части информационной системы здравоохранения должна стать первоочередной задачей, которая получает одобрение и финансовую поддержку со стороны национальных правительств и министерств здравоохранения.

Рисунок 1.2
Преимущества систем эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения

Системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения



- Использование для:
  - оказания услуг, распределения ресурсов и руководства контролем за совершением суицидальных попыток и актов самоповреждения;
  - проведения оценки и вмешательств в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения;
  - стратегий и политики клинического контроля за совершением суицидальных попыток и актов самоповреждения.
- Предоставление: данных в реальном времени по всем госпитализациям.
- Оценка: руководств, лечения и вмешательств.
- Измерение: региональных и демографических отклонений.

1.4 Цель настоящего руководства

Цель настоящего руководства заключается в укреплении внутренней и международной стандартизации в области создания и поддержки системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения. Национальный и международный доступ к точным данным о суицидальных попытках и актах самоповреждения будет способствовать углублению понимания факторов, влияющих на суицидальное поведение в каждой стране или районе внутри страны, и улучшит фактическое обоснование стратегий общественного здравоохранения в отношении вмешательств и лечения, а также национальных стратегий предотвращения самоубийств (18).

1.5 Целевая аудитория руководства

Настоящее руководство предназначено для медицинских работников, регистраторов данных, исследователей и статистиков, работающих в больницах общего профиля, на факультетах вузов или в научно-исследовательских институтах, а также для лиц, участвующих в извлечении данных о суицидальных попытках и актах самоповреждения из больничной документации. Руководство также может представлять интерес для других заинтересованных сторон, таких как сотрудники министерств здравоохранения, лица, принимающие решения, и неправительственные организации.

1.6 Содержание руководства

Руководство предлагает практические шаги по разработке и применению систем эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения на основе больничной документации. Эти практические шаги также включают в себя составление и распространение отчетов и докладов о результатах эпиднадзора, поддержку и обеспечение долгосрочной устойчивости системы. Отдельный раздел руководства посвящен обучению. В нем рассматриваются критерии включения и исключения с примерами из выборки и рассказывается об имевших место ситуациях. Кроме того, в руководстве обсуждается терминология, поскольку для учета последовательной информации об эпиднадзоре на уровне международного диалога системам эпиднадзора необходимо располагать согласованными терминами, определениями и классификациями. Единообразие терминологии и определений упростит сопоставление результатов систем эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения на глобальном уровне с учетом тенденций, групп риска и характера последующей помощи. Наконец, в руководство включен обзор существующих систем или проектов систем эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения, поскольку в последние годы эпиднадзор в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения становится всё более приоритетной задачей на национальном и международном уровнях. Использованные в руководстве данные были получены из специализированных реестров, многоцентровых проектов, национальной/международной статистики и баз данных, а также отдельных исследований.

1.7 Библиография

1. Hall IH, Correa A, Yoon P, Braden C. Lexicon, definitions and conceptual framework for public health surveillance. MMWR. 2012:10–4.
2. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014.
3. Mental Health Action Plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
4. Holder Y, Peden M, Krug E, Lund J, Gururaj G, Kobusingye O. Injury surveillance guidelines. Geneva: World Health Organization; 2001.
5. Sethi D, McGee K, Peden M, Habibula S. Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence. Inj Control Saf Promot. 2004;11:303–6.
6. Bartolomeos K, Kipsaina C, Grills N, Ozanne-Smith J, Peden M, editors. Fatal injury surveillance in mortuaries and hospitals: a manual for practitioners. Geneva: World Health Organization; 2012.
7. Värnik P. Suicide in the world. Int J Environ Res Public Health. 2012;9:760–71.
8. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention: 2014 (www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html, по состоянию на 1 февраля 2019 г.).
9. Crosby A, Ortega L, Melanson C. Self-directed violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.
10. Bergen H, Hawton K, Waters K, Ness J, Cooper J, Steeg S, et al. How do methods of non-fatal self-harm relate to eventual suicide? J Affect Disord. 2012;136:526–33.

11. Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital management of self-harm patients and risk of repetition: systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2014;168:476–83.

12. 1Gunnell D, Bennewith O, Peters TJ, House A, Hawton K. The epidemiology and management of self-harm amongst adults in England. J Public Health Oxf Engl. 2005;27:67–73.

13. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. Br J Psychiatry J Ment Sci. 2003;182:537–42.

14. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. Br J Psychiatry J Ment Sci. 2002;181:193–9.

15. Arensman E, Kerkhof AJ, Hengeveld MW, Mulder JD. Medically treated suicide attempts: a four year monitoring study of the epidemiology in the Netherlands. J Epidemiol Community Health. 1995;49:285–9.

16. McMahon E, Keeley H, Cannon M, Arensman E, Perry IJ, Clarke M, et al. The iceberg of suicide and self-harm in Irish adolescents: a population-based study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2014;49:1929–35.

17. Ystgaard M, Arensman E, Hawton K, Madge N, van Heeringen K, Hewitt A, et al. Deliberate self-harm in adolescents: comparison between those who receive help following self-harm and those who do not. J Adolesc. 2009;32:875–91.

18. Griffin E, Arensman E, Corcoran P, Dillon C, Williamson E, Perry IJ. National Self-Harm Registry Ireland. Annual Report 2014. Cork: National Registry of Deliberate Self-Harm; 2015.

19. Perry IJ, Corcoran P, Fitzgerald AP, Keeley HS, Reulbach U, Arensman E. The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self-harm: findings from the world's first national registry. PloS One. 2007;7:e31663.

20. Bergen H, Hawton K, Waters K, Cooper J, Kapur N. Epidemiology and trends in non-fatal self-harm in three centres in England: 2000–2007. Br J Psychiatry. 2007;197:493–8.

21. Rajendra R, Krishna M, Majgi S, Heggere N, Robinson C, Poole R. A feasibility study to establish a Deliberate Self-harm Register in a state hospital in southern India. Br J Med Pract. 2015;8:807.

22. Ward E, McCartney T, Arscott-Mills S, Gordon N, Grant A, McDonald AH, et al. The Jamaica Injury Surveillance System: a profile of the intentional and unintentional injuries in Jamaican hospitals. West Indian Med J. 2010;59:7–13.

23. CIHI data access. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; 2015 (https://www.cihi.ca/en/data-and-standards/access-data, по состоянию на 1 февраля 2019 г.).

24. Victorian State Trauma System and Registry: 1 July 2013 to 30 June 2014 summary report. Melbourne: Department of Health and Human Services of the Government of Victoria; 2015.

25. Griffin E, Arensman E, Wall A, Corcoran P, Perry IJ. National Registry of Deliberate Self-Harm Annual Report 2012. Cork: National Registry of Deliberate Self-Harm; 2013.

26. Lilley R, Owens D, Horrocks J, House A, Noble R, Bergen H, et al. Hospital care and repetition following self-harm: multicentre comparison of self-poisoning and self-injury. Br J Psychiatry J Ment Sci. 2008;192:440–5.

27. Griffin E, Arensman E, Corcoran P, Wall A, Williamson E, Perry IJ. National Registry of Deliberate Self-Harm Annual Report 2013. Cork: National Registry of Deliberate Self-Harm; 2014.

28. Health Service Executive. National Office for Suicide Prevention. Connecting for life: Ireland's national strategy to reduce suicide 2015–2020. Dublin: Department of Health; 2015.

29. Hawton K, Bale L, Casey D, Shepherd A, Simkin S, Harriss L. Monitoring deliberate self-harm presentations to general hospitals. Crisis. 2006;27:157–63.

02

Разработка и внедрение системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения

Обзор раздела

Внедрение системы эпиднадзора
Обзор требований и этапов при планировании и подготовке системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток или актов самоповреждения, завершившихся обращением в медицинские учреждения.

Сбор данных и подтверждение случаев
Обзор способов информирования заинтересованных сторон, необходимых элементов данных и процедурных аспектов кодирования данных.

Этика и защита данных
Доступ к больничным данным о суицидальных попытках и актах самоповреждения и связанных с ними характеристиках пациентов, соблюдение этических руководств и процедур защиты данных, обеспечение конфиденциальности.

Процедура управления данными:
- сбор данных, включая регистрационные формы и ввод данных;
- компилирование данных;
- корректировка данных;
- анализ данных;
- интерпретация данных.

Долгосрочный эпиднадзор
Преимущества долгосрочного эпиднадзора с точки зрения доступа к ежегодным данным и их использования при решении соответствующих вопросов в сфере эпидемиологии, клинической медицины и общественного здравоохранения, включая руководство по проведению и интерпретации статистических анализов.

На рисунке 2.1 приводится обзор пяти включенных в руководство этапов создания, внедрения, анализа и оценки системы эпиднадзора.

Рисунок 2.1. Поэтапный подход к разработке и внедрению системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения

ЭТАП 1 Информирование и вовлечение

- Информирование и вовлечение государственных органов / органов местного самоуправления / соответствующих заинтересованных сторон
- Создание консультативного комитета (при возможности)
- Назначение времени для регулярных встреч всех вовлеченных сторон

ЭТАП 2 Создание системы эпиднадзора

- Подготовка реалистичного бюджета
- Рассмотрение основных и дополнительных возможностей финансирования с учетом устойчивости системы эпиднадзора
- Рассмотрение возможности поэтапного внедрения, включая пилотный этап и расширение масштаба до общенационального уровня
- Назначение ключевых функциональных сотрудников
- Разработка стандартных операционных процедур

ЭТАП 3 Этика и защита данных

- Получение одобрения комитета по этике и официального письменного разрешения на сбор данных от руководства медицинского учреждения
- Проверка соблюдения требований национального законодательства в области защиты данных

ЭТАП 4 Внедрение

- Доработка и уточнение стандартных операционных процедур
- Обучение сбору данных (см. раздел 3)
- Разработка формы регистрации данных
- Встреча с руководством медицинского учреждения и сотрудниками, которые будут предоставлять данные (например, сотрудниками отделения скорой помощи и медицинскими регистраторами); полное введение их в курс дела
- Кодирование и ввод данных
- Компилирование и корректировка данных
- Анализ и интерпретация данных
- Обеспечение надлежащего обучения всех ключевых сотрудников

ЭТАП 5 Анализ и оценка

- Ежегодные доклады и другие официальные обзоры
- Анализ всех аспектов внедрения системы эпиднадзора с участием всех соответствующих сторон
- Внесение необходимых изменений в процессы управления или стандартные операционные процедуры системы эпиднадзора на основе проведенного анализа
- В соответствующих случаях распространение системы на новые регионы / медицинские учреждения
- Обеспечение поддержки и долгосрочной устойчивости системы эпиднадзора

2.1 Информирование и вовлечение государственных органов и соответствующих заинтересованных сторон

ЭТАП 1

Независимо от национального или субнационального характера системы эпиднадзора предлагается привлекать к ее подготовке и осуществлению представителей Министерства здравоохранения и других соответствующих министерств. Хотя желательно с самого начала стремиться к внедрению общенациональной системы эпиднадзора, примеры существующих национальных или субнациональных реестров суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения (например, в Ирландии, Северной Ирландии и Фландрии (Бельгия)) показывают, что полнота охвата достигается за счет расширения масштабов внедрения системы от единичного географического района на другие районы. При разработке системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения страны могут руководствоваться поэтапным подходом, описанным на рисунке 2.1.

В соответствии с докладом ВОЗ *Предотвращение самоубийств: глобальный императив* национальный эпиднадзор в отношении самоубийств и суицидальных попыток является важнейшим компонентом национальных стратегий, направленных на предотвращение самоубийств. Таким образом в странах, где в настоящее время ведется разработка национальных стратегий предотвращения самоубийств, этот период может стать своевременной возможностью предложить одновременную разработку и внедрение национальной системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения (как в Бутане, Монголии или Тунисе, где в настоящий момент ведется разработка и внедрение таких систем).

При наличии возможностей и доступных ресурсов страны могут рассмотреть создание следующих групп.

1. Руководящий комитет, состоящий из соответствующих правительственных чиновников и других лиц, для общего руководства и поддержки системы эпиднадзора и необходимых ресурсов.
2. Техническая консультативная группа для обеспечения руководства и технического вклада в планирование, внедрение и оценку системы.
3. Группа руководства эпиднадзором (в составе сборщика данных и руководителя системы в соответствии с доступными ресурсами) для разработки, внедрения и анализа системы эпиднадзора.

Руководящий комитет, который будет руководить действиями технической консультативной группы и группы руководства эпиднадзором, должен состоять из представителей Министерства здравоохранения, а также отраслей медицины, скорой помощи, общественного здравоохранения, психиатрии, сестринского дела, предотвращения самоубийств, психологии, информационных систем здравоохранения и медико-санитарной статистики. На начальном этапе разработки и внедрения системы эпиднадзора может оказаться полезным включение в состав руководящего комитета стороннего консультанта, например специалиста с большим опытом разработки и внедрения систем эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения. Техническая консультативная группа может представлять собой сравнительно небольшую группу, которая состоит из представителей соответствующих дисциплин, действует на местном уровне и нацелена на внедрение системы эпиднадзора в конкретном географическом регионе. График встреч необходимо определить в соответствии с конкретными характеристиками системы эпиднадзора (такими как географический охват и численность населения).

Во многих странах создание трех вышеописанных отдельных групп будет нецелесообразным. В этом случае при планировании групп экспертов или других специалистов необходимо рассмотреть вариант, наилучшим образом соответствующий ситуации и имеющимся ресурсам.

2.2 Создание системы эпиднадзора

ЭТАП 2

2.2.1 Затраты и потенциальные источники финансирования

Создание и поддержка системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения требуют значительных ресурсов. Основной задачей планирования является подготовка реалистичного бюджета и распределение финансирования. В разных странах размер бюджета будет варьироваться в зависимости от масштаба системы эпиднадзора – общенационального или субнационального (регионального).

В таблице 2.1 показаны основные компоненты, которые должны быть включены в бюджет системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения.

Таблица 2.1. Пример бюджета системы эпиднадзора

Компонент	
1. Персонал	• Руководитель (полная или частичная занятость) • Сборщик (сборщики) данных (полная или частичная занятость) • Аналитик/статистик (полная или частичная занятость)
2. Поездки	• Для целей сбора данных • Для посещения учебных семинаров
3. Обучение	• Учебно-практические семинары
4. Мониторинг и оценка	• Проверка качества
5. Накладные расходы	• Служебное помещение и связанные с ним расходы • Оборудование, компьютеры, серверы, программное обеспечение и т. д. • Информационно-техническая поддержка
6. Распространение	• Верстка и печать ежегодных докладов, бюллетеней, информационных сообщений и т. д. • Издательские расходы

Стоимость разработки, внедрения и поддержки системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения будет варьироваться в разных странах в связи с разницей операционных затрат, таких как заработная плата сотрудников или стоимость служебных помещений. Чтобы определить реалистичность бюджета, при его составлении рекомендуется по возможности получить информацию об уже существующих в других местах системах эпиднадзора и исследованиях.

Опираясь на опыт существующих систем эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения, предлагается изучить возможности государственного финансирования в качестве основного источника финансирования системы эпиднадзора. В странах с существующей национальной стратегией предотвращения самоубийств (действующей или в процессе разработки), которая, как правило, финансируется Министерством здравоохранения и софинансируется другими государственными учреждениями, вероятность выделения средств на систему эпиднадзора велика. В процессе переговоров с представителями государства важно подчеркнуть преимущества эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения, а также выгоды, которые влечет за собой лечение и предотвращение суицидальных попыток, актов самоповреждения и самоубийств.

Необходимо включить бюджет в состав подробного предложения по разработке и внедрению системы, которое будет охватывать стратегию ее долгосрочной поддержки с разъяснениями долгосрочных выгод и экономической эффективности системы. При обеспечении основного финансирования со стороны государства предлагается изучить варианты софинансирования из других источников (например, национальных или региональных программ финансирования исследований в области здравоохранения / охраны общественного здоровья) для поддержки дополнительных функций, инноваций и исследований, связанных с системой эпиднадзора. При этом необходимо учитывать, что краткосрочное и единовременное финансирование будет недостаточным для создания и поддержки системы эпиднадзора.

2.2.2 Назначение ключевых функциональных сотрудников

Назначение членов группы руководства эпиднадзором (на общенациональном или региональном уровне в зависимости от возможностей страны) является одной из важнейших задач. Размер группы будет зависеть от размера страны или района. Необходимо назначить как минимум одного ведущего специалиста, который будет выполнять следующие обязанности в качестве руководителя системы:

- общее руководство группой эпиднадзора;
- формирование взаимосвязей с больницами общего профиля и министерствами, участвующими в процессе эпиднадзора;
- ежедневное руководство системой эпиднадзора, включая обучение и супервизию сотрудников, участвующих в сборе данных в медицинских учреждениях;
- управление данными и их анализ.

При необходимости группа должна иметь возможность консультироваться по статистическим вопросам, включая проведение надлежащего статистического анализа, со статистиком / медико-санитарным статистиком.

Необходимо назначить сборщика данных. В идеальной ситуации при наличии ресурсов эту функцию не должен выполнять сотрудник медицинского учреждения. При отсутствии ресурсов на начальных этапах внедрения системы возможен сбор данных сотрудниками медицинских учреждений, прошедшими соответствующее обучение и имеющими опыт работы с информационными системами здравоохранения. В различных странах имеются примеры систем эпиднадзора и исследований суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения, в которых сотрудники медицинского учреждения участвуют в сборе данных (1, 2, 3, 4). При этом оценка показывает, что совмещение клинических обязанностей с другими задачами, такими как систематический сбор данных, сопряжено с трудностями (3). Для обеспечения высокого уровня стандартизации при сборе данных сборщики данных (как сотрудники медицинских учреждений, так и сторонние лица) должны пройти обучение сбору данных на основе медицинской документации. Вопросы обучения рассматриваются более подробно в разделе 3 ниже.

2.2.3 Стандартные операционные процедуры

В каждой стране должны быть разработаны отвечающие местной или региональной специфике стандартные операционные процедуры, которые будут управлять сбором данных, подтверждением случаев, элементами данных и процессами анализа в системе эпиднадзора. Они позволят обеспечить единообразие системы эпиднадзора в региональном контексте.

2.2.3.1 Сбор данных

Сборщики данных несут ответственность за сбор информации обо всех актах самоповреждения, включая суицидальные попытки, с обращением в отделения скорой помощи больниц. При наличии возможности каждый сборщик данных работает с несколькими медицинскими учреждениями (государственными и частными), осуществляя сбор и сопоставление собранной информации. Сборщик данных несет ответственность за выявление в больничной документации актов самоповреждения и суицидальных попыток, извлечение из этой документации соответствующей информации и систематизированную регистрацию этих данных в обезличенной форме.

Основные обязанности сборщика данных (или эквивалентного сотрудника) включают в себя:

- систематизированное выявление в доступной больничной документации данных о суицидальных попытках и актах самоповреждения (даже при наличии краткой или базовой информации) в конкретном районе охвата с использованием предварительно утвержденных критериев включения и исключения (раздел 3);
- безопасную передачу этих данных руководителю системы эпиднадзора через утвержденные интервалы времени (например, один раз в месяц);
- проверку кодов и проведение соответствующих мероприятий по контролю качества в случае необходимости.

Сборщик данных должен соблюдать национальные нормы в области защиты данных и подписать с группой руководства эпиднадзором соглашение о конфиденциальности.

Если сборщик данных является сторонним лицом, перед первым посещением медицинского учреждения необходимо выполнить следующие шаги.

- Представители группы руководства эпиднадзором должны встретиться с руководством медицинского учреждения и в полной мере проинформировать их о системе эпиднадзора.
- Главный врач или управляющий медицинского учреждения должен выдать официальное письменное разрешение на сбор данных.
- Необходимо проинформировать о системе эпиднадзора соответствующих сотрудников отделения скорой помощи и медицинских регистраторов.

Первое посещение медицинского учреждения сборщиком данных должно быть согласовано заранее. В идеальной ситуации главный врач лично представляет сборщика данных соответствующим сотрудникам (например, сотрудникам отделения скорой помощи и медицинским регистраторам).

Посещения медицинских учреждений должны осуществляться регулярно (раз в неделю, раз в две недели или раз в месяц в зависимости от количества пациентов с суицидальными попытками, поступающих в отделение скорой помощи). При наличии возможности желательно заранее сообщать по телефону о посещении медицинского учреждения для сбора данных. Полезно поддерживать контакт с сотрудником, который регулярно находится на рабочем месте (например, с администратором). В крупных медицинских учреждениях, где необходимы еженедельные посещения, возможно организовать их в одно и то же время, удобное сотрудникам.

Процедуры для сборщиков данных

- Сборщики данных должны сообщать сотрудникам медицинского учреждения о каждом своем посещении. Они должны постоянно иметь при себе удостоверение сборщика данных системы эпиднадзора и (или) разрешение, выданное медицинским учреждением.

- Необходимо строго соблюдать внутренние правила в области безопасности и конфиденциальности. Медицинскую документацию не разрешается выносить из помещения, отведенного для сборщиков данных, без специального разрешения (уведомления) сотрудников медицинского учреждения.

- Сборщики данных должны постоянно быть в курсе происходящего в отделении скорой помощи и готовы покинуть его при необходимости.

- Все письменные материалы, относящиеся к системе эпиднадзора, должны постоянно находиться у сборщика данных.

- Обсуждение информации личного характера, связанной со случаями, не разрешается.

- Любые запросы на получение информации должны быть перенаправлены в управление национальной или региональной системы эпиднадзора.

- Необходимо игнорировать любые материалы, не имеющие отношения к системе эпиднадзора.

- Не разрешается обсуждать по телефону сведения о пациентах, позволяющие идентифицировать их личность.

- Сборщики данных должны вести себя корректным образом и использовать соответствующую лексику.

2.2.3.2 Подтверждение случаев

В целях обеспечения последовательного и единообразного подхода к подтверждению случаев все сборщики данных должны придерживаться одинаковых процедур.

Сборщики данных должны проверять все записи в медицинской документации, журнале учета несчастных случаев или соответствующем компьютерном файле, в котором фиксируется каждое обращение в медицинское учреждение. Большинство пациентов поступает в больницу через отделение скорой помощи, однако необходимо предусмотреть системы проверки записей обо всех обращениях в учреждение. Если медицинское учреждение не разрешает сборщику данных доступ к компьютерной системе, он должен получить распечатку с информацией обо всех обращениях. Если медицинское учреждение предоставляет такую распечатку только по отдельным видам обращений в отделение скорой помощи, необходимо убедиться, что в ней представлен достаточно широкий перечень категорий, включающий максимально возможное количество случаев преднамеренного самоповреждения (в соответствии с критериями включения и исключения, приведенными в разделе 3). Рекомендации, касающиеся обучения распознаванию случаев, представлены в разделе 3.

При наличии указания (например, пометки в медицинской карте) на то, что пациент возражает против передачи его данных третьей стороне, желание пациента должно быть удовлетворено. В подобном случае сборщик данных не должен регистрировать никакую информацию об этом пациенте.

Необходимо выявить все случаи обращения в медицинское учреждение по поводу

преднамеренного самоповреждения. В регистрационной форме или электронной системе ввода данных необходимо указать номер медицинского учреждения, дату и время посещения и другую релевантную информацию. В целом необходимо сократить время работы сборщика данных с журналом учета несчастных случаев или компьютером медицинского учреждения до минимума. Чтобы убедиться, что обращение соответствует критериям определения случаев в системе эпиднадзора (раздел 3), необходимо обратиться к медицинской документации или карте стационарного больного.

На практике, если сборщик данных не уверен в том, является ли обращение в медицинское учреждение случаем, подлежащим включению, ему необходимо связаться с руководителем системы, который должен обеспечить дальнейшее техническое руководство и консультирование.

2.2.3.3 Элементы данных

В идеальной ситуации в регистрационную форму системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения должны быть включены основные элементы данных. Эти основные элементы должны соответствовать элементам крупнейших существующих систем эпиднадзора на международном уровне. Помимо них, предлагается перечень дополнительных элементов данных, которые актуальны для получения дополнительной подробной информации о социально-демографических, психосоциальных и психиатрических характеристиках лиц, обратившихся в медицинское учреждение после суицидальной попытки или акта самоповреждения.

Основные элементы данных в регистрационной форме

- Сборщик данных (ФИО или идентификационный номер конкретного лица, осуществляющего сбор данных)
- Дата регистрации
- Номер медицинского учреждения (должен быть присвоен каждому учреждению на этапе создания системы эпиднадзора)
- Уникальный номер события (каждому акту самоповреждения должен быть присвоен уникальный номер)
- Уникальный идентификационный номер лица (каждому лицу должен быть присвоен уникальный идентификационный номер)
- Пол
- Дата рождения
- Возраст
- Почтовый индекс/телефонный код
- Дата обращения
- Время обращения
- Способ доставки/прибытия в медицинское учреждение
- Каким специалистом принят при поступлении
- Дата совершения акта самоповреждения
- День недели, в который был совершен акт самоповреждения
- Время совершения акта самоповреждения
- Место совершения акта самоповреждения

- Метод (методы) в соответствии с кодами МКБ-10 (см. табл. 3.1). При использовании нескольких методов самоповреждения необходимо указать все методы; для преднамеренного самоотравления (X60–X69) необходимо указать название и количество вещества
- Степень тяжести самоповреждения (включает в себя следующие варианты: лечение в специализированном отделении, включая реанимационное, ожоговое отделение или барокамеру; хирургическое вмешательство с применением анестезии; интенсивная терапия, включая использование антидотов при передозировке лекарств или отравлении ядохимикатами, контроль жизненных показателей, неоднократные анализы или исследования; объективные признаки измененного состояния сознания или бессознательное состояние до или во время обращения)
- Заявление о желании умереть (как правило, данная информация о суицидальных намерениях недоступна или недостоверна). При ответе «да» приведите описание заявления
- История самоповреждений (предыдущих актов самоповреждения)
- Психологическое/психиатрическое освидетельствование в медицинском учреждении
- Диагноз (любой диагноз, связанный с данным лицом)
- Госпитализация
- Выписка (день и час выписки из медицинского учреждения)

Дополнительные элементы данных

- Гражданство
- Страна происхождения
- Этническая принадлежность
- Вероисповедание
- Семейное положение
- Занятость
- Социально-экономический статус
- Сексуальная ориентация
- Материальное положение / тип жилья
- Направление на лечение
- Последующее наблюдение
- Предыдущая госпитализация по поводу самоповреждения
- Психические расстройства / история наблюдения у психиатра
- Употребление алкоголя или наркотиков
- Хроническая боль и (или) соматическое заболевание
- История лечения соматических заболеваний или психических расстройств
- Острое эмоциональное расстройство (например, разрыв отношений, уход или потеря члена семьи, потеря работы, проблемы с финансами, жильем, законом, проблемы в школе или на работе, насилие со стороны интимного партнера, пережитое преступление, травма или жестокое обращение, издевательства, дискриминация)
- Самоубийства или суицидальные попытки в семье
- Информация о самоубийствах или суицидальных попытках из интернета или других СМИ

2.3 Этические требования, конфиденциальность и защита данных

ЭТАП 3

Конфиденциальные данные – это любая персональная информация о человеке, которая позволяет прямо или косвенно идентифицировать его посредством ссылки на идентификационный номер либо один или несколько факторов, конкретно указывающих на его физическую, физиологическую, психическую, экономическую, культурную или социальную идентификацию.

Данные в статистической форме, которые по своему характеру уже не позволяют обоснованно указать на соответствующее лицо, не считаются конфиденциальными, поскольку в их отношении были приложены все усилия для обеспечения анонимности.

Конфиденциальность при использовании персональных данных в медицинских исследованиях регулируется как этическими принципами медицинской профессии, так и законодательством о защите данных в каждой стране. Принципы конфиденциальности должны применяться не только внутри системы эпиднадзора, но и в отношении любых раскрытых ею данных, предоставленных широкой общественности или отдельным исследователям. В качестве меры предосторожности все сотрудники системы эпиднадзора должны в момент принятия на работу подписывать соглашение о конфиденциальности в дополнение к форме соглашения о конфиденциальности, которую они подписывают, если являются сотрудниками медицинского учреждения.

Соблюдение конфиденциальности – не только обязанность, но и важнейшее условие для сохранения доверия со стороны людей, обеспечивающих систему эпиднадзора информацией. Персонал медицинского учреждения должен быть уверен в том, что благополучие пациентов находится под защитой и что сотрудники системы эпиднадзора соблюдают те же строгие правила конфиденциальности, что и существующие в учреждении. Сотрудники системы эпиднадзора также несут правовые и моральные обязательства избегать действий, которые могут вызвать страдания или негативные переживания у любых лиц.

При выполнении своих обязанностей сотрудники системы эпиднадзора должны придерживаться следующих правил.

- Необходимо получить разрешение на доступ к медицинской документации в комитете по этике каждого отдельного медицинского учреждения.
- В каждом медицинском учреждении, участвующем в системе, на видном месте должна быть размещена информационная листовка с описанием системы эпиднадзора (см. пример в приложении 1).
- Деятельность системы эпиднадзора не должна причинять вред людям, вызывать у них негативные переживания или ставить их в неблагоприятное положение.
- Необходимы гарантии сохранения конфиденциальности информации, попавшей в распоряжение системы эпиднадзора.
- Отчеты и доклады системы эпиднадзора не должны содержать информацию, способную раскрыть личность какого-либо человека.

2.4 Внедрение

ЭТАП 4

В дополнение к нижеследующим пунктам, относящимся к внедрению системы, крайне важно, чтобы сотрудники прошли необходимую подготовку, которая позволит им понять свои функции, данные, подлежащие сбору, и свое место в рамках общего процесса (см. раздел 3). В связи с этим сотрудников необходимо информировать о любых новых процессах или достижениях и демонстрировать им ценность их работы.

2.4.1 Доработка и уточнение стандартных операционных процедур

Чтобы обеспечить своевременный и правильный сбор всех данных, которые должны быть включены в систему эпиднадзора, необходимо выполнить следующие действия.

- Разработать стандартные операционные процедуры (СОП) с учетом конкретной ситуации и ежегодно обновлять их.
- Обеспечить проведение вводного инструктажа для всех сборщиков данных.
- Проводить регулярные встречи, позволяющие убедиться в том, что сбор данных ведется в соответствии с операционными критериями подтверждения случаев самоповреждения и суицидальных попыток и что критерии включения и исключения соблюдаются.
- Проводить семинары для сборщиков данных (если их несколько), в ходе которых они смогут обменяться опытом и усвоенными уроками, а также обсудить сложные случаи и ситуации, особенно в отделениях скорой помощи.
- Обеспечить ознакомление сборщиков данных с отчетами, докладами, публикациями и информацией об изменениях условий работы, связанных с системой эпиднадзора (например, о назначении специализированных медицинских работников для оценки актов самоповреждения в отделениях скорой помощи).

2.4.2 Разработка формы регистрации данных

Информация о каждом случае самоповреждения должна быть либо зафиксирована в бумажной форме регистрации данных, либо введена напрямую в электронную базу данных. Регистрационные формы и электронные системы ввода данных должны включать в себя все основные элементы и максимально возможное количество дополнительных элементов данных (основные и дополнительные элементы данных перечислены в разделе 2.2.3.3).

В целях повышения эффективности элементы данных должны быть по возможности сгруппированы в выпадающие меню. Например:

- для элементов данных, указывающих на метод преднамеренного самоповреждения, необходимо перечислить коды МКБ-10 (X60–X84) и добавить категорию «другое» для описания иных методов.

При необходимости, как и в случае с методами самоповреждения, должна быть предусмотрена возможность выбора нескольких ответов.

Пример бумажной формы регистрации данных приведен в приложении 2. Примером электронной системы ввода данных является Национальный реестр самоповреждений Ирландии[1].

[1] *См.: http://nsrf.ie/our-research/our-systems/national-registry-of-deliberate-self-harm, по состоянию на 13 февраля 2019 г.*

2.4.3 Кодирование и ввод данных

По возможности ввод данных должен осуществляться напрямую в электронную базу данных, поскольку она обеспечивает наиболее эффективный способ сопоставления данных. При отсутствии такой возможности допускается предварительное использование бумажных форм регистрации данных, информация из которых в дальнейшем вводится в компьютерную систему. Элементы данных должны быть закодированы (например, код 1 – женский пол, код 2 – мужской).

В целях отслеживания повторных суицидальных попыток и актов самоповреждения в системе эпиднадзора должны регистрироваться данные не только по отдельным лицам, но и по событиям, госпитализациям или эпизодам. Чтобы правильно подсчитать количество людей, обратившихся в медицинское учреждение после суицидальной попытки или акта самоповреждения, необходимы уникальные идентификационные номера для отдельных лиц. Для подсчета общего количества обращений за определенный период времени необходимы уникальные номера отдельных событий (поскольку одно и то же лицо может обратиться в учреждение несколько раз). При повторном обращении ему должен быть присвоен новый номер события с сохранением того же самого уникального идентификационного номера лица.

2.4.3.1 Уникальный номер события

Электронная система ввода данных может быть запрограммирована на автоматическое создание уникального номера события при сохранении каждой новой записи. При использовании бумажных форм регистрации данных уникальный номер события должен быть присвоен каждому заполненному экземпляру формы.

2.4.3.2 Уникальный идентификационный номер лица

При вводе данных в электронную базу данных или заполнении бумажной формы регистрации данных информация, которая дает возможность прямо или косвенно идентифицировать человека (например, полное имя, номер полиса медицинского страхования или адрес проживания), должна быть закодирована в соответствии с законами страны о защите данных. Это позволяет гарантировать, что собранная информация не будет связана с личностью конкретного человека.

Например, для создания уникального идентификационного номера лица может использоваться описанный ниже принцип кодирования.

- Используя следующие элементы, создайте стандартизованную систему комбинирования их в уникальный код, который будет использоваться в качестве уникального идентификационного номера лица.
  - Имя и фамилия: например, используйте инициалы, первые две буквы имени и последние две буквы фамилии или часть имени.
  - Возраст: используйте возраст или возрастную группу (например, обозначайте любой возраст от 30 до 39 лет кодом 30).
  - Дата рождения: например, используйте год рождения.
  - Адрес: используйте почтовый индекс или его часть (например, первые две цифры).

При использовании такой стандартизованной системы коды будут иметь вид наподобие SH367810. Необходимо избегать ситуаций с повторным использованием уникаль-

ного кода, поэтому желательно, чтобы электронная система ввода данных автоматически осуществляла кодирование и выдавала предупреждение при повторном создании уникального кода. При использовании бумажных форм регистрации данных для создания уникальных идентификационных номеров лица может использоваться сгенерированный заранее список случайных кодов. Список, устанавливающий взаимосвязь между уникальным идентификационным номером лица и его медицинской картой, должен храниться в сейфе или регистрационном файле, находящемся под контролем медицинского учреждения. Необходимо обеспечить постоянную безопасность этого сейфа или файла; при использовании электронного формата файл должен быть защищен двойным паролем и зашифрован.

Стандартизованная система создания кодов должна быть конфиденциальной и известной только лицам, осуществляющим контроль над электронной базой данных. Аналогичная защита необходима для списка, устанавливающего взаимосвязь между личностью человека и случайно сгенерированным кодом при использовании бумажной системы.

Конфиденциальность при использовании персональных данных в медицинской документации регулируется как этическими принципами медицинской профессии, так и законодательством о защите данных в каждой стране. В связи с этим при определении метода кодирования должно использоваться законодательство конкретной страны в области защиты данных. В том случае, если закон о защите данных запрещает запись персональных данных без согласия человека, возможно согласование в местном или национальном управлении защиты данных альтернативной процедуры анонимного кодирования для обращений в медицинское учреждение по поводу самоповреждения.

2.4.4 Компилирование данных

Компилирование данных является первым этапом контроля их качества. Компилирование данных должно осуществляться руководителем системы эпиднадзора в сотрудничестве со сборщиками данных. Оно представляет собой важный этап процесса, поскольку позволяет руководителю системы контролировать ход сбора данных и оценивать их актуальность.

Для обеспечения систематического компилирования всех данных системы эпиднадзора необходимо следующее.

- Руководитель системы должен осуществлять контроль и поддержку сборщиков данных, обеспечивая четкое понимание ими своих функций и обязанностей.
- Руководитель системы должен обеспечить своевременный прием и компилирование данных из различных источников.
- Руководитель системы должен обеспечить проведение регулярных проверок / перекрестных проверок данных с участием всех сборщиков данных (например, два раза в год).
- В некоторых странах с ограниченными ресурсами функции сборщика данных и руководителя может выполнять один и тот же человек, хотя это не лучший вариант.

2.4.5 Корректировка данных

Корректировка данных должна осуществляться руководителем системы в сотрудничестве со сборщиком данных. Этот этап может проводиться одновременно с компилированием данных. На этом этапе у сборщика данных можно уточнить любые недостающие значения или переменные, чтобы обеспечить занесение в систему всей возможной информации. Для этого от сборщика данных может потребоваться повторное обращение к некоторым материалам для проверки недостающей информации. В результате корректировка данных может считаться оконченной лишь в конце года, после завершения обработки всех данных для ежегодного доклада.

При необходимости полезным участником этого процесса может стать статистик, который проверит наличие всех данных для проведения статистического анализа. На этом этапе руководитель системы и статистик должны работать в тесном контакте.

Важные моменты

- Необходимо регистрировать для будущего обращения все обсуждения и решения, принятые на этом этапе (например, необходимо документировать все случаи, исключенные на этом этапе). Несмотря на трудоемкость этого процесса, он крайне важен для обеспечения общей надежности данных.
- Основные уроки, извлеченные в ходе этой процедуры, должны быть зафиксированы в стандартных операционных процедурах и донесены до сборщиков данных в рамках процесса непрерывного повышения квалификации.
- Иногда на более позднем этапе может потребоваться повторная проверка данных. Для этой цели чрезвычайно важно сохранять исходные файлы с данными.

2.4.6 Анализ данных

Анализ данных и ведение центральной базы данных должны осуществляться параллельно. Обработка и анализ данных должны проводиться ежеквартально. Каждый раз после обработки данных за квартал их объединяют с данными предыдущих кварталов, пока не будет сформирован файл данных за полный год.

Ежеквартальный анализ данных позволяет формировать и распространять краткие сводки, а также проводить проверку качества и согласованности данных. Ведение главного архива данных и баз данных является важнейшим условием для проведения любого ретроспективного и перспективного анализа.

Рекомендации для данного этапа заключаются в следующем.

- Руководитель системы должен обеспечить ведение и надежное хранение базы данных и главного рабочего архива в двух экземплярах.
- В конце каждого квартала необходимо создавать на внешнем жестком диске резервную копию базы данных и главного архива. Внешний жесткий диск должен быть зашифрован и храниться в запертом сейфе в то время, когда он не используется.

2.4.7 Интерпретация данных

В этом разделе приведена информация о базовых и более сложных видах статистического анализа, которые обычно используются для анализа данных эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения.

Интерпретация и составление отчетности являются завершающими этапами процесса сбора данных. Доклад, представляющий собой итоговый результат работы системы эпиднадзора, должен быть составлен с соблюдением следующих условий.

- Необходимо описать существующие случаи и тенденции, провести соответствующие сравнения и выделить важнейшие направления для обсуждения и анализа.
- Необходимо стимулировать публикацию доклада в рецензируемых и научных журналах, а также отметить возможности для активного участия в написании статей, которое должно быть доступно всем соответствующим сотрудникам.
- Необходимо ознакомить с докладом органы здравоохранения и социальной защиты, а также другие соответствующие учреждения (например, правоохранительные органы, места лишения свободы, местные сообщества).
- Необходимо использовать доклады для повышения осведомленности о самоубийствах среди максимально широкой аудитории.

2.4.7.1 Базовые виды статистического анализа

Расчет показателей на 100 тыс. человек населения

Расчет количества случаев на 100 тыс. человек населения в год должен проводиться для населения в целом, для лиц мужского и женского пола по отдельности, а также по половозрастным группам на основе количества людей, обратившихся в медицинское учреждение после суицидальной попытки или акта самоповреждения в каждом календарном году.

Общие и стандартизованные по возрасту показатели количества случаев самоповреждения (включая суицидальные попытки) рассчитываются путем деления количества человек, совершивших акт самоповреждения (n), на размер соответствующей группы населения (p) и умножения результата на 100 000 – т. е. (n/p)×100 000. Расчет показателей должен производиться на основе количества постоянных жителей района, совершивших акт самоповреждения, вне зависимости от того, проходили ли они лечение в этом же или другом районе.

Рекомендуется ввести поправки на возрастной состав изучаемой группы населения, так как это позволит гарантировать, что наблюдаемые различия между полами или районами проживания будут обусловлены разной распространенностью случаев самоповреждения, а не различиями в составе группы. Например, европейские стандартизованные по возрасту показатели (ЕСВП) представляют собой показатели распространенности явления, которые наблюдались бы в случае, если изучаемая группа населения имела бы тот же возрастной состав, что и теоретическая группа европейского населения. ЕСВП рассчитывается следующим образом: в каждой пятилетней возрастной группе количество человек, совершивших акты самоповреждения, необходимо разделить на количество человек в группе риска и умножить на показатель для стандартной европейской группы населения (5). ЕСВП представляет собой сумму результатов по отдельным возрастным группам. Подобный метод может применяться как для различных регионов, так и на глобальном уровне.

Необходимо учитывать следующие факторы.

- Показатели, рассчитанные на основе менее чем 20 событий, могут неточно отражать истинную картину.

- Если одно и то же лицо обращается в медицинское учреждение более одного раза в течение календарного дня, необходимо уточнить, была ли совершена повторная суицидальная попытка или акт самоповреждения либо же повторное обращение вызвано тем, что пациент ушел, а затем вернулся или был переведен в другое медицинское учреждение. В случае если повторная суицидальная попытка или акт самоповреждения отсутствовали, это событие должно быть зарегистрировано как единичная суицидальная попытка или акт самоповреждения.

Доверительные интервалы

Доверительный интервал представляет собой погрешность, которую может иметь истинный показатель на основе наблюдаемых данных. При расчете доверительного интервала предполагается, что вероятность события (показатель n/p) мала, а события не связаны друг с другом. 95%-ный доверительный интервал для количества событий (n) составляет $n +/- 2\sqrt{n}$.

- Например, если в каком-либо регионе в течение года было зафиксировано 25 актов самоповреждения (включая суицидальные попытки), то 95%-ный доверительный интервал составит $25 +/- 2\sqrt{25}$, или от 15 до 35. Таким образом 95%-ный доверительный интервал для какого-либо показателя охватывает значения от $(n-2\sqrt{n})/p$ до $(n+2\sqrt{n})/p$, где p – группа риска. Если показатель приводится в расчете на 100 тыс. человек населения, эти значения необходимо умножить на 100 000.

- Можно рассчитать 95%-ный доверительный интервал, чтобы определить разницу в статистической значимости двух показателей. Для этого сначала необходимо вычислить разницу между двумя показателями. 95%-ный доверительный интервал для этой разницы показателей (rd) охватывает значения от $rd-2\sqrt{(n1/p12+n2/p22)}$ до $rd+2\sqrt{(n1/p12+n2/p22)}$. Если показатели приведены в расчете на 100 тыс. человек населения, то значение $2\sqrt{(n1/p12+n2/p22)}$ необходимо умножить на 100 000, а затем прибавить его к разнице показателей или вычесть из нее. Если в 95%-ный доверительный интервал не входит ноль, разница показателей имеет статистическую значимость.

Анализ повторных событий

Регистрация уникального идентификационного номера лица позволяет проанализировать повторные суицидальные попытки и акты самоповреждения. Под повторной суицидальной попыткой или актом самоповреждения понимается повторное обращение в любое медицинское учреждение по поводу новой суицидальной попытки или акта самоповреждения, предпринятого после ухода из медицинского учреждения, в которое человек обращался по поводу предшествующей суицидальной попытки или акта самоповреждения. Примером анализа повторных событий является анализ множеств для оценки условных рисков.

2.4.7.2 Сложные виды статистического анализа

Временные ряды данных и изучение влияния экономической рецессии на суицидальные попытки и акты самоповреждения

В качестве примера значений временных рядов данных можно привести углубленный анализ, в который вошли данные Национального реестра самоповреждений Ирландии. Он показал, что в период 2008–2012 гг. экономическая рецессия оказала негативное воздействие на национальные показатели числа самоубийств и актов самоповреждения (включая суицидальные попытки) в Ирландии (6). Для количественной оценки воздействия этого изменения в исследовании сравнивались наблюдаемые показатели числа самоубийств и актов самоповреждения с показателями, которые можно было бы наблюдать, если бы тенденция к снижению показателей самоубийств продолжалась (т. е. если бы показатели числа самоубийств и актов самоповреждения продолжали снижаться в том же темпе, что и ранее). Чтобы проверить, оказывает ли рецессия влияние на уровни и тенденции в отношении числа самоубийств и актов самоповреждения, был проведен анализ прерванных временны́х рядов (7). За период начала рецессии был принят первый временной период 2008 г. Для оценки чувствительности результатов анализ был проведен дважды с использованием двух различных моментов начала рецессии (III квартал/июль 2007 г. и III квартал/июль 2008 г.).

Результаты анализа показали, что пятилетняя экономическая рецессия и меры жесткой экономии в Ирландии оказали значительное негативное воздействие на показатели числа самоубийств у мужчин и числа актов самоповреждения у обоих полов. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости коррекции мер государственного реагирования на экономические рецессии с учетом проблемы суицидального поведения и других показателей здоровья населения.

Временные ряды данных и изучение риска повторных случаев самоповреждения и самоубийств

Данные, собранные в рамках Многоцентрового исследования случаев самоповреждения в Англии, охватывали все обращения в медицинские учреждения по поводу самоповреждения, совершенные лицами в возрасте 10–18 лет в период с 2000 по 2007 гг., а также национальные данные о смерти этих лиц в период до конца 2010 г. (8). Для выявления независимых и многовариантных предикторов повторных актов самоповреждения (включая суицидальные попытки) и самоубийств использовалась пропорциональная модель регрессии Кокса.

Так, исследователи сообщили, что нанесение себе порезов как метод самоповреждения у детей и подростков несет в себе больший риск самоубийства и повторения акта самоповреждения, чем самоотравление, хотя обычно для самоубийства используются другие методы. Эти выводы подчеркивают необходимость проведения психосоциального обследования при всех случаях обращения в больницу общего профиля по поводу самоповреждения.

Временные ряды данных и изучение тенденций в отношении суицидальных попыток и изменений факторов риска

Данные Национального опроса об оказании амбулаторной медицинской помощи в медицинских учреждениях США включали в себя все обращения по поводу суицидальных попыток и нанесенных себе повреждений (коды E950 – E959) за период с 1993 по 2008 г. (9). Анализ тенденций проводился с использованием методики nptrend (непараметрического критерия тенденций, который представляет

собой развитие критерия знаковых рангов Уилкоксона) и регрессионного анализа. Двусторонний критерий P<0,05 был признан статистически значимым.

Исследование показало, что за последние два десятилетия во всех основных демографических группах возросло число обращений в отделения скорой помощи по поводу суицидальных попыток и нанесенных себе повреждений. Понимание этих долгосрочных трендов будет способствовать усилиям по расширению исследований в области предотвращения самоубийств. Помимо этого, подобная информация может использоваться в существующих вмешательствах и программах лечения служб скорой помощи, имеющих отношение к самоубийствам и самоповреждениям.

2.5 Библиография

1. Caldera T, Herrera A, Renberg ES, Kullgren G. Parasuicide in a low-income country: results from three-year hospital surveillance in Nicaragua. Scand J Public Health. 2004;32:349–55.
2. Griffin E, Arensman E, Corcoran P, Dillon C, Williamson E, Perry IJ. National Self-Harm Registry Ireland, Annual Report 2014. Cork: National Registry of Deliberate Self-Harm; 2015.
3. Hawton K, Bale L, Casey D, Shepherd A, Simkin S, Harriss L. Monitoring deliberate self-harm presentations to general hospitals. Crisis. 2006;27:157–63.
4. Rajendra R, Krishna M, Majgi S, Heggere N, Robinson C, Poole R. A feasibility study to establish a Deliberate Self-harm Register in a state hospital in southern India. Br J Med Pract. 2015;8:807.
5. Revision of the European Standard Population: Report of Eurostat's task force. Luxembourg: European Union; 2013 (http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN. PDF/e713fa79-1add-44e8-b23d-5e8fa09b3f8f, по состоянию на 13 февраля 2019 г.).
6. Corcoran P, Griffin E, Arensman E, Fitzgerald AP, Perry IJ. Impact of the economic recession and subsequent austerity on suicide and self-harm in Ireland: an interrupted time series analysis. Int J Epidemiol. 2015;44:969 –77.
7. Wagner AK, Soumerai SB, Zhang F, Ross-Degnan D. Segmented regression analysis of interrupted time series studies in medication use research. J Clin Pharm Ther.2002;27:299 –309.
8. Hawton K, Bergen H, Kapur N, Cooper J, Steeg S, Ness J, Waters K. Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. J Child Psychol Psychiatry. 2012;53:1212–9.
9. Ting SA, Sullivan AF, Boudreaux ED, Miller I, Camargo CA. Trends in US emergency depart- ment visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1993–2008. Gen Hosp Psychiatry. 2012;34:557–65.

03

Обучение сотрудников, участвующих в сборе данных

Обзор раздела

Определения
Обсуждение важности использования единых определений в различных системах эпиднадзора и сложностей, связанных с введением общих определений.

Критерии включения и исключения
Помощь сборщикам данных в определении случаев, являющихся и не являющихся суицидальными попытками и актами самоповреждения.

Примеры из практики
Применение критериев включения и исключения с использованием практических примеров и решений, а также описание аргументации, используемой при подтверждении случаев.

Ситуации в контексте
Распознавание культурных факторов, влияющих на выбор метода.

3.1 Определения

На протяжении многих лет для описания разных видов преднамеренного самоповреждения использовался широкий спектр различных терминов. Одно из наиболее распространенных определений, которое было изначально разработано в 1990-е гг. для использования в Европейском региональном многоцентровом исследовании нелетального суицидального поведения ВОЗ, а затем использовалось в различных системах эпиднадзора и исследованиях в разных странах, гласит:

«Действие с нелетальным исходом, при котором лицо преднамеренно демонстрирует непривычное для себя поведение, приводящее в отсутствие вмешательства со стороны к самоповреждению, либо преднамеренно принимает какое-либо вещество в дозе, превышающей предписанную, целью чего служит осуществление желаемых данным лицом перемен посредством фактических или ожидаемых физических последствий» (1).

De Leo et al. (2) упрощают это определение следующим образом:

«Непривычное действие с нелетальным исходом, задуманное и осуществленное лицом, предполагающим или рискующим умереть или причинить себе физический вред, в целях осуществления желаемых перемен» (2).

Для целей доклада ВОЗ Предотвращение самоубийств: глобальный императив термин «суицидальная попытка» используется для обозначения «любого вида изначально нелетального суицидального поведения» и относится к «намеренному самоотравлению, нанесенной самому себе травме или иному самоповреждению, которые могут иметь или не иметь летального намерения или исхода» (3).

Использование операционных критериев облегчает анализ и классификацию суицидальных попыток и случаев преднамеренного самоповреждения. Поскольку в определении Platt et al. (1) содержатся соответствующие описания понятий «поведение», «намерение» и «мотив», оно используется для стандартизации операционных критериев.

В соответствии с этим определением критерии включения относятся к случаям еднамеренного самоповреждения с различным уровнем суицидальных намерений и различными исходными мотивами, а также к суицидальным попыткам, характеризуемым высоким уровнем суицидальных намерений.

3.2 Критерии исключения и включения

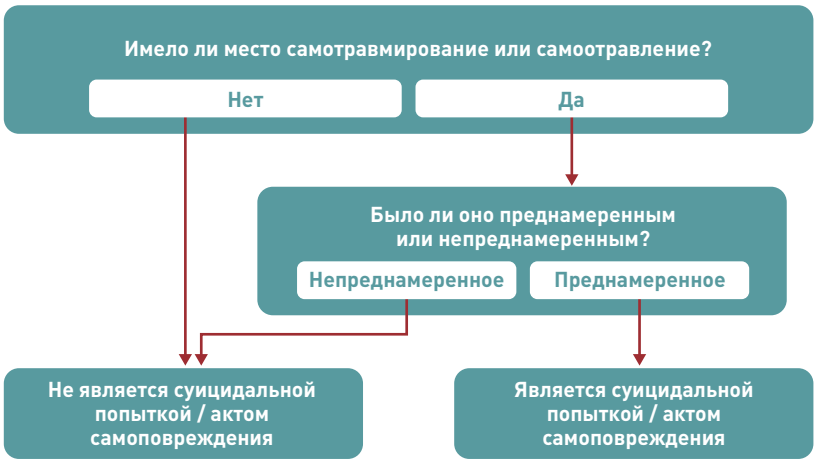
Исходя из данного определения, необходимо в первую очередь описать действия лица, не предпринимая на начальном или не связанном с диагностикой этапе попыток атрибутировать или связать мотивы или намерения лица с произошедшими событиями.

На наиболее базовом уровне при обращении в медицинское учреждение необходимо задать человеку следующие вопросы:

- Имело ли место самотравмирование или самоотравление?
- Если да, то было ли оно преднамеренным или непреднамеренным?

Если на основе критериев исключения и включения (см. рис. 3.1) травма или отравление идентифицированы как преднамеренно нанесенные самому себе, данное лицо нуждается в психологическом и (или) психиатрическом освидетельствовании. Лишь на этом этапе можно приступать к анализу мотивов и намерений, связанных с самотравмированием или самоотравлением.

Рисунок 3.1. Принятие решений об исключении и включении



3.2.1 Критерии исключения

На основе приведенного выше определения к критериям исключения (т. е. критериям, обусловленные которыми случаи не рассматриваются как факты преднамеренного самоповреждения или суицидальные попытки) относятся следующие.

- **Непреднамеренная передозировка алкоголя:** лицо, употребляющее алкоголь в чрезмерном количестве, что привело к необходимости обращения в медицинское учреждение, но без намерения причинить себе вред и без сочетания алкоголя с другими методами самоповреждения.

- **Непреднамеренная передозировка запрещенных наркотиков:** лицо, регулярно употребляющее запрещенные наркотики (например, кокаин, героин, экстази) без намерения причинить себе вред.

- **Непреднамеренная передозировка рецептурных или безрецептурных лекарственных препаратов:** лицо, которое неправильно выполняет предписания врача по приему лекарств, принимает повышенные дозы лекарства в случае болезни или принимает чрезмерное количество безрецептурных препаратов без намерения причинить себе вред.

- **Лицо, скончавшееся до поступления в медицинское учреждение.**

3.2.2 Критерии включения

На основе приведенного выше определения к критериям включения (т. е. критериям, обусловленные которыми случаи рассматриваются как факты преднамеренного самоповреждения или суицидальные попытки) относятся следующие.

- Все методы преднамеренного самоповреждения (см. коды МКБ-10 в табл. 3.1) (например, передозировка алкоголя, передозировка запрещенных наркотиков, отравление ядохимикатами, нанесение ран, попытка утопления, попытка повешения, огнестрельное ранение), если преднамеренный характер самоповреждения очевиден.

- Все лица, находящиеся в живых при обращении или направлении в медицинское учреждение после акта преднамеренного самоповреждения или суицидальной попытки.

Некоторые лица могут использовать сочетание нескольких методов, например передозировку лекарственных препаратов и нанесение себе порезов. При использовании лицом к моменту обращения нескольких методов преднамеренного самоповреждения необходимо указать все методы.

Примеры исключений (не относятся к актам самоповреждения или суицидальным попыткам)

- Удар ногой по двери в приступе гнева.
- Прием больших количеств алкоголя и лекарств (например, попытка облегчить состояние при отказе от героина за счет сочетания алкоголя с лекарствами).
- Повторный прием лекарства по ошибке или для облегчения хронической боли в спине.
- Инциденты, связанные с бессонницей, когда прием лекарств обусловлен облегчением засыпания.
- Прием лекарственных препаратов, вызывающих аборт, в целях прерывания беременности.
- Алкогольная кома в результате приема чрезмерного количества алкоголя молодым человеком, экспериментирующим с алкоголем.
- Алкогольная кома в результате приема чрезмерного количества алкоголя человеком, страдающим от алкогольной зависимости.
- Мысли о прыжке с моста с целью утопления при отсутствии реальных действий.
- Ощущение неспособности справиться с суицидальными мыслями.

Таблица 3.1. Коды МКБ-10 для преднамеренного самоповреждения (X60–X84)

X60 Преднамеренное самоотравление и воздействие неопиоидными анальгетиками, жаропонижающими и противоревматическими средствами
X61 Преднамеренное самоотравление и воздействие противосудорожными, седативными, снотворными, противопаркинсоническими и психотропными средствами, не классифицированные в других рубриках
X62 Преднамеренное самоотравление и воздействие наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами], не классифицированные в других рубриках
X63 Преднамеренное самоотравление и воздействие другими лекарственными средствами, действующими на вегетативную нервную систему
X64 Преднамеренное самоотравление и воздействие другими и неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами
X65 Преднамеренное самоотравление и воздействие алкоголем
X66 Преднамеренное самоотравление и воздействие органическими растворителями, галогенсодержащими углеводородами и их парами
X67 Преднамеренное самоотравление и воздействие другими газами и парообразными веществами
X68 Преднамеренное самоотравление и воздействие пестицидами
X69 Преднамеренное самоотравление и воздействие другими и неуточненными химическими и ядовитыми веществами
X70 Преднамеренное самоповреждение путем повешения, удавления и удушения
X71 Преднамеренное самоповреждение путем погружения в воду и утопления
X72 Преднамеренное самоповреждение путем выстрела из ручного огнестрельного оружия
X73 Преднамеренное самоповреждение путем выстрела из винтовки, дробового ружья и крупнокалиберного огнестрельного оружия
X74 Преднамеренное самоповреждение путем выстрела из другого и неуточненного огнестрельного оружия
X75 Преднамеренное самоповреждение путем использования взрывчатых веществ
X76 Преднамеренное самоповреждение дымом, огнем и пламенем
X77 Преднамеренное самоповреждение паром, горячими испарениями и горячими предметами
X78 Преднамеренное самоповреждение острым предметом
X79 Преднамеренное самоповреждение тупым предметом
X80 Преднамеренное самоповреждение путем прыжка с высоты
X81 Преднамеренное самоповреждение путем прыжка под движущийся объект или лежания перед ним
X82 Преднамеренное самоповреждение посредством аварии моторного транспортного средства
X83 Преднамеренное самоповреждение посредством других уточненных действий
X84 Преднамеренное самоповреждение посредством неуточненных действий

3.3 Исключить или включить?

Приведенные ниже примеры описывают критерии исключения и включения и могут использоваться для принятия решений о включении или исключении различных случаев.

Во всех случаях эти примеры относятся к информации, содержащейся в больничной документации. В связи с этим детали могут варьироваться, что отражает различную степень детализации при оформлении медицинской документации и применение различных систем. При необходимости возможно проведение обучения для повышения качества оформления медицинской документации. В медицинской документации могут встретиться следующие распространенные сокращения (см. также примеры ниже): ПСП – поступил(а) по скорой помощи; C_2H_5OH – алкоголь; ШКГ – шкала комы Глазго.

Кроме того, известно, что системы эпиднадзора зависят от доступной информации. В некоторых юрисдикциях эта система может опираться только на информацию из документов отделений скорой помощи, а какая-либо дополнительная информация, которая могла бы помочь в принятии решений о случаях с затрудненной классификацией, отсутствует.

При возникновении потребности в дополнительной информации для классификации случая сборщик данных должен проконсультироваться с руководителем системы. Необходимо иметь стратегию поведения в таких случаях.

Исключить, если действия или поведение лица являются следствием несчастного случая

Например:

- непреднамеренная передозировка (т. е. эпизодическое употребление больших количеств алкоголя или запрещенных наркотиков либо непредвиденные последствия зависимости от алкоголя или запрещенных наркотиков);
- непреднамеренный прием неправильной дозы рецептурного лекарственного препарата;
- непреднамеренное проглатывание ядовитого вещества;
- непреднамеренная травма, связанная со спортом или работой;
- непреднамеренная травма, полученная в результате конфликтного столкновения.

Если событие однозначно является результатом несчастного случая, оно не относится к актам преднамеренного самоповреждения или суицидальным попыткам

ДЕЙСТВИЕ **Исключить**

Пример из выборки: непреднамеренная травма

Данные при поступлении: мальчик, 15 лет, ПСП. Травма шеи, порез ноги. Поступил в сопровождении матери. По ее словам, она обнаружила сына повешенным на шнуре от оконной шторы. Нога мальчика разбила оконное стекло. Мать объяснила, что попросила сына вымыть окна, а затем услышала шум и звук разбитого стекла.

Поведение: в шоке. Говорит, что поскользнулся. Дрожит, испуган.

Исключить, если поведение пациента связано с выраженным ограничением интеллектуальных возможностей

Например:

– лицо не осознает, что причиняет себе вред.

Этот критерий применим *только* к пациентам с тяжелой степенью ограничения интеллектуальных способностей. Пациенты с более легкой степенью ограничения интеллектуальных способностей могут сознательно причинять себе вред и делают это (4).

Если ограничение интеллектуальных способностей носит однозначно тяжелый характер и лицо не осознает, что его поведение причиняет ему вред, случай не относится к актам преднамеренного самоповреждения или суицидальным попыткам

ДЕЙСТВИЕ **Исключить**

Пример из выборки: ограничение интеллектуальных способностей

Данные при поступлении: мужчина, 28 лет, травма головы. Тяжелая степень аутизма. Поступил в сопровождении сиделки, которая пояснила, что у пациента есть навязчивая привычка биться головой об стену.

Поведение: неконтактен, зрительный контакт отсутствует. Раскачивается взад-вперед, не позволяя осмотреть голову.

Включить, если поведение лица говорит о суицидальных намерениях

Применимо при положительном ответе на любой из следующих вопросов:

- Оставил ли человек предсмертную записку?
- Был ли поступок совершен в одиночестве?
- Требовал ли использованный метод планирования и (или) усилий?
- Были ли предприняты меры для сокрытия поступка?
- Мог ли выбранный метод привести к смерти в отсутствие вмешательства посторонних?
- Выражает ли человек желание умереть?
- Отказывается ли человек лечиться?

В оценке суицидальных намерений может помочь применение ряда шкал, включая приведенные ниже (однако они не должны использоваться как единственные доказательства): шкала суицидальной интенции Бека (5), полный тест причин жить (6), шкала вероятности совершения самоубийства (7), колумбийская шкала серьезности суицидальных намерений (8). Более подробная информация о намерениях рассматривается в литературе по ссылкам (9, 10, 11, 12).

Наличие указаний на намеренный или запланированный характер действия или заявления человека о своих намерениях означает, что случай относится к актам преднамеренного самоповреждения и может являться суицидальной попыткой

ДЕЙСТВИЕ **Включить**

Пример из выборки: суицидальное намерение

Данные при поступлении: женщина, 49 лет, полубессознательное состояние. Доставлена мужем, который обнаружил пустые упаковки от оланзапина (10 мг × 20) и венлафаксина (3 г), а также пустой блистер от парацетамола (500 мг × 36). Муж также обнаружил предсмертную записку; по его словам, это вторая суицидальная попытка.

Поведение: замкнута, но спокойна. Отказывается от лечения. Говорит, что не хотела, чтобы ее нашли, и что всем будет лучше, если ей дадут умереть.

Включить при выраженном мотиве преднамеренного самоповреждения или суицидальной попытки

ПРИМЕЧАНИЕ. Контактен ли пациент?

Если пациент не идет на контакт, крайне сложно понять, какими причинами был вызван его поступок.

Примеры мотивов

- **Суицидальное намерение:** «Оставьте меня в покое. Я просто хочу, чтобы всё это закончилось».
- **Неоднозначное намерение:** «У меня не осталось сил. Я думал, что это будет быстро или просто, но не сумел даже правильно убить себя».
- **«Крик боли» (поиск облегчения/спасения от невыносимого душевного состояния):** направленная на себя эмоциональная реакция на чувства по отношению к себе и жизни, связанной с собой (13)

– выраженное чувство отчаяния;
– чувство ненависти к себе;
– желание наказать себя;
– желание ощутить контроль.

- **«Крик о помощи» (действие, направленное на изменение жизненной или связанной с отношениями ситуации):** направленная вовне эмоциональная реакция на чувства по отношению к жизненным событиям, влияющим на человека (13)

– привлечь внимание / вызвать любовь;
– наказать;
– напугать;
– проверить чувства другого человека;
– выразить чувство;
– отомстить.

Если пациент называет один или более из перечисленных выше мотивов, это означает, что случай относится к актам преднамеренного самоповреждения и должен быть зарегистрирован в системе эпиднадзора; он также может являться суицидальной попыткой, но информация, достаточная для подтверждения уровня суицидального намерения, может быть недоступна.

ДЕЙСТВИЕ **Включить**

Пример из выборки: указание на мотив (a)

Данные при поступлении: мужчина, 35 лет, доставлен социальным работником. Интоксикация (C_2H_5OH), подозрение на передозировку, т.к. рядом найдены пять пустых 100-миллилитровых флаконов калпола (парацетамол в жидкой форме). ВИЧ-положительный статус.

Поведение: потоотделение, тошнота, выражение суицидального намерения в связи с ВИЧ-статусом*.

ДЕЙСТВИЕ **Включить**

Пример из выборки: указание на мотив (b)

Данные при поступлении: мужчина, 50 лет, фермер, ПСП в полубессознательном состоянии. Обнаружен родственником. Рядом с кроватью найдены пустые бутылки из-под алкоголя и упаковка карбамата. Количество принятого внутрь ядохимиката неизвестно.

Поведение: говорит, что всё вокруг бессмысленно и что он устал от жизни*. Интоксикация. Просит персонал уйти и оставить его в покое.

ДЕЙСТВИЕ **Включить**

Пример из выборки: указание на мотив (c)

Данные при поступлении: женщина, 18 лет, доставлена мужем после проглатывания параквата и хлорохина. По словам мужа, поссорилась со свекровью, налила в стакан паракват и выпила вместе с горстью таблеток хлорохина, прежде чем он успел ее остановить. Не уверен, сколько именно она выпила, но думает, что около четверти стакана.

Поведение: говорит, что зла на свекровь и хочет преподать ей урок*. В присутствии мужа выглядит довольной.

* Выраженный мотив отмечен подчеркиванием.

Включить при наличии информации о предыдущих актах самоповреждения или суицидальных попытках

- Есть ли записи о предыдущих актах самоповреждения или суицидальных попытках, предпринятых данным лицом?
- Есть ли у него старые шрамы или следы травм?

По данным исследований, присутствие в анамнезе актов самоповреждения или суицидальных попыток является фактором риска совершения самоубийства, особенно в течение первых 12 месяцев после акта самоповреждения или суицидальной попытки (14, 15).

При выражении одного или нескольких перечисленных выше мотивов случай относится к актам преднамеренного самоповреждения

ДЕЙСТВИЕ **Включить**

Пример из выборки: предыдущие попытки самоповреждения

Данные при поступлении: женщина, 38 лет, обратилась по поводу глубокого пореза в верхней части бедра. Обратилась самостоятельно, так как не смогла остановить кровотечение и поняла, что рану необходимо зашить.

Поведение: спокойное, оправдывающееся. Говорит, что понимает смысл своего поступка. Считает, что подверглась стрессу и давлению на работе и нуждалась в разрядке. Ранее дважды госпитализировалась по поводу нанесенных себе порезов и имеет диагностированное аффективное расстройство.

Импульсивное поведение пациента

Импульсивный: сиюминутный, неожиданный, не обдуманный тщательно или незапланированный поступок.

Например:

– безрассудный поступок, совершенный после приема алкоголя и (или) запрещенных наркотиков;

– внезапный поступок, совершенный после ссоры и (или) в состоянии эмоционального расстройства;

– внезапный поступок, совершенный в период мании или перевозбуждения, связанного с психическим заболеванием.

Рассматривая импульсивный поступок, учитывайте следующие аспекты

- Вопрос о взаимосвязи между импульсивностью как чертой характера и импульсивностью поступка остается дискуссионным (16, 17, 18). Conner (16) определяет импульсивную суицидальную попытку как акт самоповреждения, совершенный без подготовки или предварительного обдумывания; при этом неимпульсивной суицидальной попытке предшествует подготовка и предварительное обдумывание.

- Хотя некоторые исследования содержат указание на возможное взаимодействие между употреблением алкоголя (интоксикацией) и импульсивностью в отношении риска самоубийства, в недавнем исследовании Rimkeviciene et al. (18) подтверждения этой гипотезы обнаружено не было.
- Взаимосвязь между импульсивностью, агрессией и суицидальностью хорошо документирована, но при этом по-прежнему недостаточно изучена (17).

В связи с этим при рассмотрении импульсивных поступков, которые не могут быть однозначно классифицированы как непреднамеренные, необходимо учитывать вероятность акта самоповреждения или суицидальной попытки.

ДЕЙСТВИЕ **Импульсивность с трудом поддается классификации. При появлении сомнений проконсультируйтесь с руководителем системы**

Приведенный ниже пример демонстрирует импульсивный акт преднамеренного самоповреждения в виде реакции на стрессовое событие.

Пример из выборки: импульсивное действие, являющееся актом преднамеренного самоповреждения

Данные при поступлении: мужчина, 20 лет, ПСП после дорожно-транспортного происшествия. Свидетель, вызвавший скорую помощь, сообщил, что автомобиль внезапно резко свернул с дороги и врезался в стену.

Поведение: при поступлении без сознания, но на месте происшествия был в сознании. Сотрудник скорой помощи сообщил, что, по словам пациента, тот спорил по телефону со своей девушкой, когда она заявила, что прекращает отношения с ним. Пациент сказал, что хотел перестать что-либо чувствовать, и направил автомобиль в стену.

Приведенный ниже пример иллюстрирует однозначно импульсивный поступок, обусловленный гневом, при котором пациент в момент ярости импульсивно выходит из себя и совершает действие, приводящее к самоповреждению, которое тем не менее нельзя рассматривать как преднамеренное самоповреждение или суицидальную попытку.

Пример из выборки: импульсивное действие, не являющееся актом преднамеренного самоповреждения

Данные при поступлении: мужчина, 49 лет, обратился по поводу травмы правой руки. Подозрение на перелом указательного и среднего, а также, возможно, большого пальца. По словам пациента, ударил кулаком в стену после ссоры с девушкой.

Поведение: смеется, но оправдывается. Говорит, что у него вспыльчивый характер.

Сценарий, приведенный в следующем примере, сложнее поддается классификации.

Пример из выборки: импульсивное действие, возможно, являющееся актом преднамеренного самоповреждения или суицидальной попыткой

Данные при поступлении: мужчина, 25 лет, ПСП после спасения из реки в 2 часа ночи. Люди, выходившие из расположенного поблизости ночного клуба, увидели человека в реке. Они вызвали скорую помощь и бросили человеку спасательный круг, который тот поймал. Спасательная служба зафиксировала состояния интоксикации и переохлаждения.

Поведение: отвечает односложно. Говорит, что хотел поплавать. На вопрос о том, кого он желал бы уведомить о произошедшем, отвечает, что не знает никого в этом городе и не хочет сообщать своей семье, так как она живет очень далеко.

Этот случай может являться актом намеренного самоповреждения, но для принятия решения необходима дополнительная информация, помимо записанной при поступлении.

3.4 Примеры из практики

В этом разделе для иллюстрации актов преднамеренного самоповреждения и суицидальных попыток использованы реальные примеры из практики больничных отделений скорой помощи, отражающие различный культурный контекст и обычаи. Раздел также включает в себя сложные для оценки случаи и случаи, не являющиеся суицидальными попытками.

Примечание. *В разных правовых системах могут использоваться различные медицинские термины, поэтому медицинские термины и сокращения, приведенные в этих примерах, могут не совпадать с терминами, применяемыми в конкретной стране.*

Ситуации, включенные в этот раздел, могут быть классифицированы как примеры:

– акта преднамеренного самоповреждения;

– суицидальной попытки;

– случая, не относящегося ни к одной из двух вышеуказанных категорий;

– неоднозначного случая, требующего дополнительной информации.

Каждый пример сопровождается дополнительной информацией и кодами МКБ-10 (табл. 3.1) там, где это применимо.

Раздел «Пояснение» предназначен для разъяснения предоставленной информации по отдельным случаям. Так, иногда в нем упоминаются обычаи, связанные с различным культурным контекстом, в качестве напоминания о том, что все страны и территории имеют собственные культурные традиции и модели, которые необходимо учитывать при сборе данных.

Для дополнительных заметок и наблюдений пользователя отведено отдельное место.

В систему эпиднадзора необходимо заносить как акты преднамеренного самоповреждения, так и суицидальные попытки.

Примеры актов преднамеренного самоповреждения и суицидальных попыток

Ситуация 1	
Данные при поступлении: девушка, 17 лет, поступила с болью в животе, левом плече и левой части груди, затрудненным дыханием и тошнотой. Дома началась рвота, после чего потеряла сознание. Мать увидела на животе девушки обширные гематомы. По ее словам, дочь призналась, что била себя в живот. **Поведение:** испуг, плач, сильное беспокойство. Постоянно повторяет: «Простите».	
Пример:	Преднамеренного самоповреждения
Пояснение	Нанесение себе ударов является одним из методов самоповреждения. Хотя пациент выражает раскаяние, его поведение было обнаружено благодаря последствиям травмирования, а не признанию или обращению за помощью самого пациента.
МКБ-10	X-79
Действие	Включить
Дополнительные примечания (заполняется пользователем)	

Ситуация 2	
Данные при поступлении: ПСП. Мужчина, около 35–40 лет. Скорую помощь вызвала его бывшая девушка, получив от него текстовое сообщение. Передозировка несколькими лекарственными препаратами, рядом найдены неизвестные лекарства с названиями на иностранном языке и пустые бутылки из-под водки. Гематомы на шее, на кровати найдена веревка. ШКГ 15/15. **Поведение:** спутанное состояние сознания. Говорит на родном языке, плохо понимает местный язык.	
Пример:	Суицидальной попытки
Пояснение	Действие включало в себя подготовку и планирование. О действии было сообщено бывшей девушке, поэтому присутствует его осознанность и предполагается мотивация.
МКБ-10	X-61, X-65, X-70
Действие	Включить
Дополнительные примечания (заполняется пользователем)	

Ситуация 3	
Данные при поступлении: пожилая женщина (примерно 75 лет), ПСП. Семейная пара увидела, как она заходит в море, и вызвала спасательную службу, которая спасла женщину. К спине женщины была привязана сумка с булыжниками. **Поведение:** зрительный контакт отсутствует, отказывается говорить или сообщать сведения о своей семье.	
Пример:	Суицидальной попытки
Пояснение	Действие включало в себя подготовку и планирование. Отсутствие контакта с пациентом не позволяет оценить мотивацию.
МКБ-10	X-71
Действие	Включить
Дополнительные примечания (заполняется пользователем)	

Ситуация 4	
Данные при поступлении: женщина, 19 лет, поступила с нанесенными себе ожогами. Использовала парафин, чтобы поджечь себя. Член семьи использовал противопожарное одеяло и вызвал скорую помощь. **Поведение:** находится в полубессознательном состоянии, подавлена, испытывает боль.	
Пример:	Суицидальной попытки
Пояснение	Самосожжение – метод, который особенно часто используется в странах с низким и средним уровнем дохода. Согласно записям, пациентка подожгла себя сама. Это подразумевает, что информацию сообщил службе скорой помощи свидетель, присутствовавший при поступке.
МКБ-10	X-76
Действие	Включить
Дополнительные примечания (заполняется пользователем)	

Ситуация 5	
Данные при поступлении: девушка, 19 лет, ПСП после проглатывания ядохимиката. Член семьи пояснил, что она стала жертвой изнасилования и что семья ее молодого человека после этого не принимает ее. **Поведение:** подавлена, в полубессознательном состоянии, в краткие моменты просветления выражает желание умереть.	
Пример:	Суицидальной попытки
Пояснение	Проглатывание ядохимикатов редко бывает непреднамеренным; кроме того, выражены суицидальные намерения. Семьей предоставлена дополнительная информация о возможных мотивах.
МКБ-10	X-68
Действие	Включить
Дополнительные примечания (заполняется пользователем)	

Ситуация 6	
Данные при поступлении: мужчина, 22 года, доставлен в отделение скорой помощи соседом по комнате в общежитии. Информант знал, что пациент готовился к занятиям, но жаловался на сильные головные боли, поэтому после того, как пациент не явился на первое занятие и не ответил на телефонные звонки, он вернулся в общежитие. Пациент был обнаружен лежащим на кровати в бессознательном состоянии. На полу лежал пустой флакон от средства для чистки серебра. По словам информанта, пациент упоминал, что не в состоянии выплатить последний взнос за обучение. **Поведение:** без сознания.	
Пример:	Преднамеренного самоповреждения (наличие суицидальной попытки неизвестно, поскольку отсутствует информация о суицидальном намерении)
Пояснение	Проглатывание химического вещества редко бывает непреднамеренным. Другом предоставлена дополнительная информация о возможных мотивах.
МКБ-10	X-69
Действие	Включить
Дополнительные примечания (заполняется пользователем)	

Примеры случаев, не являющихся актом преднамеренного самоповреждения или суицидальной попыткой

Ситуация 7	
Данные при поступлении: женщина, 21 год, обратилась самостоятельно. Приняла шесть таблеток солпадеина, чтобы облегчить менструальные боли, отрицает намерение причинить себе вред, жизненные показатели стабильны. **Поведение:** говорит, что чувствовала сильную боль, приняла две таблетки и заснула. Через 30 минут приняла еще несколько таблеток.	
Пример:	Не является суицидальной попыткой или актом самоповреждения
Пояснение	Самостоятельное обращение в сочетании с беспокойством о своем здоровье и принятой дозе лекарства.
МКБ-10	Неприменимо
Действие	Исключить
Дополнительные примечания (заполняется пользователем)	

Ситуация 8	
Данные при поступлении: женщина, недавно овдовела, обратилась с незначительными ожогами на большой площади тела. Отрицает самоповреждение. Говорит, что ее заставили сделать это родственники мужа из-за спора о наследстве, но она выбежала на улицу и погасила огонь, катаясь по земле. Сестра помогла ей добраться до медицинского учреждения. **Поведение:** нервное, немногословное. Боится родственников со стороны мужа.	
Пример:	Не является суицидальной попыткой или актом самоповреждения
Пояснение	Этот тревожный случай может подразумевать преступное деяние в отношении пациентки, но не является актом самоповреждения, а показания сестры пациентки и культурный контекст подтверждают правдивость ее истории.
МКБ-10	Неприменимо
Действие	Исключить
Дополнительные примечания (заполняется пользователем)	

Ситуация 9	
Данные при поступлении: женщина, 65 лет, ПСП с отравлением продуктами горения. Обнаружена без сознания членами семьи, пришедшими на обед. При обнаружении ШКГ 12, в данный момент ШКГ 14. В кухне обнаружена разожженная печь барбекю. **Поведение:** говорит, что начался дождь, и она подумала, что внукам понравится готовить барбекю дома.	
Пример:	Не является суицидальной попыткой или актом самоповреждения
Пояснение	Использование угольных печей барбекю для совершения самоубийства встречается, например, в Китае. Тем не менее в данном случае обстоятельства указывают на то, что произошел просто несчастный случай.
МКБ-10	Неприменимо
Действие	Исключить
Дополнительные примечания (заполняется пользователем)	

Примеры неоднозначных случаев, требующих дополнительной информации, чтобы определить, являются ли они актами преднамеренного самоповреждения или суицидальными попытками

Ситуация 10	
Данные при поступлении: девушка, 22 года, обратилась с сильным воспалением кожи на животе. На животе обнаружены свежие порезы и старые шрамы. Отрицает самоповреждение. **Поведение:** говорит, что просто следует обычаям своего племени и что шрамы делают ее красивой.	
Пример:	Неоднозначного случая
Пояснение	Ритуальное нанесение шрамов является племенным обычаем в данном районе. Необходима дополнительная информация, чтобы понять, указывает ли количество шрамов в этой ситуации на суицидальное поведение.
МКБ-10	При подтверждении случая использовать код X-78
Действие	Найти дополнительную информацию или обратиться за указаниями к руководителю системы
Дополнительные примечания (заполняется пользователем)	

Ситуация 11	
Данные при поступлении: мужчина, 19 лет, ПСП с пулевым ранением ноги в сопровождении полицейского, который сообщил, что пациент направлял на него пистолет, высказывая угрозы, отказался бросить оружие и был ранен в ногу. Отобранный у пациента пистолет оказался пневматическим. **Поведение:** возбужден, продолжает нецензурно выражаться. Скован наручниками. Ранее наблюдался по поводу биполярной депрессии.	
Пример:	Неоднозначного случая
Пояснение	Этот поступок может быть преднамеренной попыткой совершить «самоубийство с помощью полицейского» или непреднамеренным действием, обусловленным психическим заболеванием в анамнезе.
МКБ-10	При подтверждении случая использовать код X-84
Действие	Найти дополнительную информацию или обратиться за указаниями к руководителю системы
Дополнительные примечания (заполняется пользователем)	

Ситуация 12	
Данные при поступлении: мужчина, 32 года, ПСП в сопровождении полицейского. Переломы обеих ног вследствие падения с крыши здания. Арестован полицией за суицидальную попытку. Полицейский сообщил, что этот человек им известен и неоднократно предпринимал суицидальные попытки на протяжении двух последних месяцев. **Поведение:** отрицает самоповреждение. Говорит, что просто упал, а полиция и власти шпионят за ним и не оставляют его в покое.	
Пример:	Неоднозначного случая
Пояснение	Пациент отрицает наличие суицидальной попытки, при этом свидетели отсутствуют. Сведения полиции о предыдущих примерах суицидального поведения могут указывать на суицидальную попытку. Тем не менее необходимо учитывать культурные факторы. Во-первых, пациент был арестован за суицидальную попытку. Это означает, что в данном районе самоубийство по-прежнему считается преступным деянием, поэтому человек, скорее всего, будет отрицать его. Во-вторых, если культурный контекст говорит о притеснениях или гражданских беспорядков, версия пациента может быть правдивой. Необходима дополнительная информация.
МКБ-10	При подтверждении случая использовать код X-80
Действие	Найти дополнительную информацию или обратиться за указаниями к руководителю системы
Дополнительные примечания (заполняется пользователем)	

Ситуация 13	
Данные при поступлении: мужчина, 48 лет, ПСП. Пулевое ранение левой щеки и скуловой кости, сильное кровотечение. Другие свидетели или участники отсутствуют. **Поведение:** говорит, что не помнит, что произошло. Наверное, он чистил свой пистолет.	
Пример:	неоднозначного случая
Пояснение	Без дополнительной информации этот случай невозможно отнести к какой-либо категории, поскольку пациент отрицает суицидальное намерение, а свидетели или сведения о предыдущих событиях отсутствуют.
МКБ-10	При подтверждении случая использовать код X-72
Действие	Найти дополнительную информацию или обратиться за указаниями к руководителю системы
Дополнительные примечания (заполняется пользователем)	

Ситуация 14	
Данные при поступлении: женщина, 42 года, доставлена в отделение скорой помощи прохожим, заметившим повреждения на ее лице и руках. Женщина стояла на мосту, глядя на воду. На ней не было обуви, на лице и руках были кровоточащие ссадины. **Поведение:** женщина, 42 года, доставлена в отделение скорой помощи прохожим, заметившим повреждения на ее лице и руках. Женщина стояла на мосту, глядя на воду. На ней не было обуви, на лице и руках были кровоточащие ссадины.	
Пример:	Неоднозначного случая
Пояснение	Без дополнительной информации о происхождении ссадин и причине, приведшей пациентку на мост, невозможно отнести этот случай к какой-либо категории.
МКБ-10	Неприменимо
Действие	Найти дополнительную информацию или обратиться за указаниями к руководителю системы
Дополнительные примечания (заполняется пользователем)	

3.5 Библиография

1. Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, et al. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. Acta Psychiatr Scand. 1992;85:97–104.
2. De Leo D, Burgis S, Bertolote J, Kerkhof A, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behaviour. In: De Leo D, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, editors. Suicidal behaviour: theories and research findings. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers; 2004:17–39.
3. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014.
4. Buono S, Scannella F, Palmigiano MB, Elia M, Kerr M, Di Nuovo S. Self-injury in people with intellectual disability and epilepsy: a matched controlled study. Seizure. 2012;21:160 –4.
5. Beck AT, Kovac M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation. J Consult Clin Psych. 1979;47:343–52.
6. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. J Consult Clin Psych.1983;51:276–86.
7. Cull JG, Gill WS. Suicide Probability Scale. Los Angeles (CA): Western Psychological Services; 1992.
8. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova K V, et al. The Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS): initial validity and internal consistency findings from three multi-site studies with adolescents and adults. Am J Psychiatr. 2011;168:1266–77.
9. Arensman E, Keeley H. Defining intent. Psychiatry Professional. 2012;Spring:8–9 (http://ns-rf.ie/wp-c ontent/uploads/journals/12/ArensmanKeeley(2012).pdf, по состоянию на 1 февраля 2019 г.).
10. Haw C, Casey D, Holmes J, Hawton K. Suicidal intent and method of self-harm: a large-scale study of self-harm patients presenting to a general hospital. Suicide Life-Threat. 2015;45(6):732–46.
11. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Correlates of relative lethality and suicidal intent among deliberate self-harm patients. Suicide Life-Threat. 2003;33:353– 64.
12. McAuliffe C, Arensman E, Keeley HS, Corcoran P, Fitzgerald AP. Motives and suicide intent underlying hospital treated deliberate self-harm and their association with repetition. Suicide Life-Threat. 2007;37:397–408.
13. Scoliers G, Portzky G, Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ, et al. Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help? Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. Soc Psych Psychiatr Epid. 2009;44:601–7.
14. Hawton K, Bergen H, Cooper J, Turnbull P, Waters K, Ness, J, Kapur N. Suicide following self-harm: findings from the multicentre study of self-harm in England, 2000–2012. J Affect Disorders. 2015;1(175):147–51.
15. Kapur N, Steeg S, Turnbull P, Webb R, Bergen H, Hawton K, et al. Hospital management of suicidal behaviour and subsequent mortality: a prospective cohort study. 2015;2(9):809–16.
16. Conner KR. A call for research on planned vs. unplanned suicidal behavior. Suicide Life-Threat. 2004;34:89 –98.
17. Gvion Y, Apter A. Aggression, impulsivity, and suicide behavior: a review of the literature. Arch Suicide Res. 2011;15:93–112.
18. Rimkeviciene J, O'Gorman J, De Leo D. Impulsive suicide attempts: a systematic literature review of definitions, characteristics and risk factors. J Affect Disord. 2015;171:93–104.

04

Публикация и распространение результатов эпиднадзора

Обзор раздела

Распространение результатов эпиднадзора

Описание различных уровней и форматов отчетности и распространения результатов, полученных на основе данных эпиднадзора, которые могут способствовать влиянию на стратегию и практику.

Непосредственные результаты систем эпиднадзора:

– ежегодные доклады с изложением выводов системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток с обращением в медицинские учреждения;

– клинические информационные сводки для использования при планировании и оценке прогресса в здравоохранении;

– сводки для использования государственными органами при разработке политики в области здравоохранения и стратегий применения передового опыта;

– сводки для СМИ;

– периодические доклады;

– исследовательские материалы для рецензируемых журналов.

4.1 Ежегодные доклады

ЭТАП 5

Большинство национальных и региональных систем эпиднадзора в отношении актов самоповреждения и суицидальных попыток с обращением в медицинское учреждение выпускают ежегодные доклады. Как правило, этого требуют осуществляющие финансирование организации, такие как Министерство здравоохранения.

Ежегодные доклады способствуют достижению ряда ключевых целей, включая информирование заинтересованных сторон о конкретных тенденциях в отношении актов самоповреждения и суицидальных попыток, а также описание важнейших явлений в контексте групп высокого риска (включая новые), часто используемых и «новых» методов осуществления суицидальных попыток и актов самоповреждения. Еще одна цель ежегодного доклада заключается в освещении соответствующих вмешательств или мер, которые предпринимались на основе данных эпиднадзора в отношении актов самоповреждения и суицидальных попыток. Например, в Ирландии количество суицидальных попыток и актов самоповреждения, а также показатель числа повторных актов были приняты во внимание при назначении специализированных медицинских работников для оценки актов самоповреждения в отделениях скорой помощи больниц.

В число основных заинтересованных сторон входят представители государственных органов, разработчики политики, руководство медицинских учреждений и персонал, работающий непосредственно с пациентами (например, медсестры отделений скорой помощи, консультанты-психиатры, сотрудники служб скорой помощи и полиции). К другим соответствующим заинтересованным сторонам относятся службы охраны психического здоровья и первичной медико-санитарной помощи, широкая общественность и СМИ.

В тех странах, где существуют национальные стратегии предотвращения самоу-

бийств, количество актов самоповреждения с обращением в медицинское учреждение (включая суицидальные попытки), показатели количества актов самоповреждения на 100 тыс. человек населения и повторных актов самоповреждения часто используются как индикаторы прогресса или итоговые показатели эффективности осуществления национальной стратегии в области предотвращения самоубийств. Например, Национальный реестр самоповреждений Ирландии был использован в качестве основного источника данных для оценки Национальной стратегии сокращения количества самоубийств в Ирландии «Объединение во имя жизни» (Connecting for Life) на 2015–2020 гг. (1).

Важным вкладом в более широкое распространение результатов доклада среди соответствующих заинтересованных сторон и повышение осведомленности о проблеме суицидальных попыток и актов самоповреждения могла бы стать стратегическая привязка публикации ежегодного доклада – например, ко Всемирному дню предотвращения самоубийств, который проводится каждый год 10 сентября под эгидой Международной ассоциации по предотвращению самоубийств (МАПС).

В странах, где система эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинское учреждение внедрена лишь в одном или двух регионах, ежегодный доклад, распространяемый среди больниц в еще не охваченных регионах, мог бы способствовать повышению интереса больниц к участию в системе эпиднадзора.

Структура ежегодных докладов достаточно однотипна для всех стран и всех систем эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинское учреждение. На рисунке 4.1 приведен примерный обзор тем, которые могут быть включены в ежегодный доклад.

Рисунок 4.1.
Пример содержания ежегодного доклада

Пример содержания ежегодного доклада
Предисловие
Краткий обзор
Предложения
Вклад системы эпиднадзора
Методы
Справочная информация
Определения и термины
Критерии включения
Критерии исключения
Контроль качества
Регистрация данных
Элементы данных
Конфиденциальность
Одобрение комитета по этике
Охват реестров
Статистика населения
Расчет показателей
Примечание в отношении малочисленных событий
Примечание в отношении доверительных интервалов
Выражение признательности
Раздел 1. Обращения в медицинские учреждения
Количество случаев самоповреждения по отдельным медицинским учреждениям
Изменение количества обращений в медицинские учреждения по поводу самоповреждений в течение года
Изменения по месяцам
Изменения по дням недели
Изменения по времени суток
Метод самоповреждения
Лекарственные препараты, используемые для достижения передозировки
Предлагаемое дальнейшее лечение
Случаи самоповреждения с выпиской из отделения скорой помощи
Оценка психического здоровья
Повторные акты самоповреждения
Раздел 2. Показатели встречаемости
Половозрастные различия
Различия по географическим регионам
Сравнение городских и сельских районов
Показатели для городской и сельской местности
Показатели по медицинским учреждениям

4.2 Информационные

ЭТАП 5

Эпиднадзор в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинское учреждение может эффективно и своевременно предоставлять представителям государства, разработчикам политики и другим соответствующим заинтересованным сторонам новую информацию, охватывающую актуальные или текущие данные. Виды информационных сводок включают в себя: клинические сводки для использования при планировании и оценке в здравоохранении; сводки для использования государственными органами при разработке политики в области здравоохранения и стратегий применения передового опыта; а также сводки для СМИ, способствующие надлежащему освещению в СМИ случаев самоубийств, суицидальных попыток и актов самоповреждения.

Действующие системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинское учреждение также позволяют составлять периодические доклады – например, о количестве суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинское учреждение за первые шесть месяцев года. В том случае, когда методы и масштабы сбора данных (на национальном или субнациональном уровне) остаются неизменными с течением времени, периодические доклады могут использоваться для определения того, увеличилось или уменьшилось число суицидальных попыток и актов самоповреждения по сравнению с предыдущими годами.

Кроме того, важно регулярно публиковать бюллетени исследований или информационные сводки, предназначенные для более широкой аудитории, включая общественность в целом. Подобные бюллетени исследований или информационные сводки могут быть посвящены конкретным темам, связанным с суицидальными попытками и актами самоповреждения, таким как влияние алкоголя на суицидальные попытки и акты самоповреждения с обращением в медицинское учреждение, последующая помощь после суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинское учреждение или тенденции совершения повторных суицидальных попыток и актов самоповреждения в течение определенного времени. Национальный реестр самоповреждений Ирландии регулярно публикует бюллетень исследований[2].

4.3 Материалы для рецензируемых журналов

ЭТАП 5

Еще одним важным способом распространения информации и осуществления влияния является публикация результатов системы эпиднадзора в рецензируемых международных журналах. В дополнение к ежегодным докладам, которые в основном используются в национальных целях, важно распространять на международном уровне результаты национальных или региональных систем эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинское учреждение. Рецензируемые публикации повышают качество и результативность систем эпиднадзора и позволяют группе руководства эпиднадзором накапливать экспертный опыт и знания. Они помогают поддерживать устойчивость системы эпиднадзора в долгосрочной перспективе и повышают вероятность дальнейшего финансирования со стороны программ и источников, использующих строгие критерии проверки.

Примеры соответствующих статей, опубликованных в рецензируемых журналах, можно почерпнуть из библиографии настоящего раздела (2, 3, 4, 5).

[2] *См.: http://nsrf.ie/wp-content/uploads/Research%20Bulletins/NSRF%20Research%20Bulletin%20January%202015.pdf (на англ. яз.), по состоянию на 1 февраля 2019 г.*

4.4 Данные для разработки стратегий

ЭТАП 5

Результаты систем эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения, изложенные в ежегодных докладах, информационных сводках и статьях для рецензируемых журналов, могут служить доказательной базой для обоснования государственной политики на местном и национальном уровнях. К примерам использования данных системы эпиднадзора относятся следующие ситуации:

- принятие решений о назначении специализированных медицинских сестер в отделения скорой помощи, а также о присвоении приоритетного статуса конкретным медицинским учреждениям или центрам скорой помощи на основе количества суицидальных попыток и актов самоповреждения (6);
- формирование целевых групп по борьбе с использованием конкретных веществ (например, лекарственных препаратов, ядохимикатов) на основе наблюдаемых моделей преднамеренного самоотравления (6);
- планирование и реализация программ лечения лиц, обратившихся в медицинские учреждения после суицидальной попытки или акта самоповреждения;
- разработка, осуществление и оценка национальных программ предотвращения самоубийств (1, 7).

4.5 Библиография

1. National Office for Suicide Prevention. Connecting for life: Ireland's national strategy to reduce suicide 2015-2020. Dublin: Department of Health; 2015.
2. Arensman E, Larkin C, Corcoran P, Reulbach U, Perry IJ. Factors associated with self-cutting as a method of self-harm: findings from the Irish National Registry of Deliberate Self-Harm. Eur J Public Health. 2014 24 292–7.
3. Bergen H, Hawton K, Waters K, Cooper J, Kapur N. Epidemiology and trends in non-fatal self-harm in three centres in England: 2000 –2007. Br J Psychiat. 2010;197:493–8.
4. Ness J, Hawton K, Bergen H, Cooper J, Steeg S, Kapur N, et al. Alcohol use and misuse, self-harm and subsequent mortality: an epidemiological and longitudinal study from the multicentre study of self-harm in England. Emerg Med J. 2015;32:793–9.
5. Perry I.J, Corcoran P, Fitzgerald AP, Keeley HS, Reulbach U, Arensman E. The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self-harm: findings from the world's first national registry. PloS One. 2012;7:e31663.
6. Griffin E, Arensman E, Corcoran P, Dillon C, Williamson E, Perry IJ. National Self-Harm Registry Ireland Annual Report 2014. Cork: National Registry of Deliberate Self-Harm; 2015.
7. Crosby A, Ortega L, Melanson C. Self-directed violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.

05

Поддержка и обеспечение долгосрочной устойчивости

Обзор раздела

Качество и стандартизация сбора данных

Настоящий раздел посвящен способам соблюдения стандартов при сборе данных и обеспечения долгосрочной устойчивости систем эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения.

В частности, он включает в себя следующие темы:

– необходимость проверки и контроля качества;

– важность долгосрочного финансирования для обеспечения общей устойчивости;

– ценность долгосрочного сбора данных и его воздействие на политику в области здравоохранения;

– проблемы, связанные с устойчивостью, и способы их преодоления.

5.1 Обеспечение стандартизации и качества сбора данных

ЭТАП 5

Для обеспечения стандартизации и высокого качества данных важно, чтобы сотрудники группы эпиднадзора регулярно проходили супервизию, а для сборщиков данных проводились регулярные встречи (см. раздел 3).

Все сборщики данных должны проходить стандартное углубленное обучение методам и процедурам сбора данных и присутствовать на регулярных встречах по актуализации деятельности, на которых будут анализироваться определения отдельных случаев и соответствующие вопросы контроля качества. Организацией этих встреч должна заниматься местная или национальная группа руководства эпиднадзором.

Проверки качества предлагается проводить не реже одного раза в два года. В ходе подобных проверок двое регистраторов данных независимо друг от друга собирают данные по одной и той же последовательной серии обращений в отделения скорой помощи в двух медицинских учреждениях. Уровень согласия между регистраторами данных с точки зрения подтверждения случаев (каппа-статистика) должен быть отражен в ежегодных докладах и рецензируемых статьях.

Кроме того, предлагается организовать независимый анализ системы эпиднадзора, который будет проводиться независимыми национальными или международными аналитиками по истечении определенного периода – например первых 3–5 лет – и рассмотреть любые предложения по повышению качества и эффективности системы.

5.2 Долгосрочная устойчивость

ЭТАП 5

Долгосрочная устойчивость является важнейшим условием достижения основных целей системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения. Например, для выявления пациентов с риском повторения суицидальной попытки или акта самоповреждения в долгосрочной перспективе и связанных с ними характеристик необходимо получение данных о последовательных случаях суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения как минимум за последние несколько лет. Поскольку суицидальные попытки и акты самоповреждения связаны с высоким уровнем заболеваемости и смертности в результате самоубийств и других причин преждевременной смерти, поддержка непрерывности эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения в качестве составной части информационной системы здравоохранения должна стать первоочередной задачей. Подобный приоритетный подход должен быть одобрен и поддержан в финансовом отношении национальными правительствами и министерствами здравоохранения, а в идеальной ситуации – включен в национальную стратегию предотвращения самоубийств или интегрирован с другими мерами по эпиднадзору (например, в области психического здоровья, неинфекционных заболеваний или травматизма).

В большинстве стран ежегодные данные о смертности в результате самоубийств публикуются национальными службами статистики с задержкой в 2–3 года. Следовательно, доступ в режиме реального времени к данным эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинское учреждение может оказаться полезным при разработке и оценке вмешательств. Учитывая согласованность тенденций в области суицидальных попыток, актов самоповреждения и самоубийств среди мужчин, отмеченную в Ирландии и других странах, сведения о суицидальных попытках и актах самоповреждения среди мужчин могут быть использованы в качестве косвенного указания на ситуацию с самоубийствами. Этот аспект представляет собой одно из важных преимуществ подобных данных и является убедительным доводом для финансирующих органов и разработчиков политики в области предотвращения самоубийств. В больших по занимаемой площади странах, где присутствует поддержка и финансирование для расширения системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения, но регулярные встречи с группой руководства эпиднадзором нецелесообразны, подобные встречи могут проводиться в виртуальной среде, а расширить масштаб внедрения и повысить устойчивость системы эпиднадзора можно с помощью модели подготовки инструкторов.

Необходимо активно подходить к оптимизации использования информации, полученной от систем эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения. Например, возможна подготовка информационных сводок для представителей государственной власти и других лиц, участвующих в разработке политики для СМИ в отношении таких тем, как новые методы осуществления суицидальных попыток и актов самоповреждения или формирование серий суицидальных попыток и актов самоповреждения (особенно в тех случаях, когда сообщения СМИ не подтверждены доказательствами и возможно предоставление разъясняющих данных). Подобная деятельность будет способствовать лучшему пониманию результатов и важности устойчивого долгосрочного эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения.

06

Терминология

Обзор раздела

Обзор используемых терминов по теме самоубийств, суицидальных попыток и актов самоповреждения:

– важность использования согласованных определений;

– признание существующих разногласий в отношении терминов, используемых для описания суицидального поведения;

– обоснование важности использования согласованных определений для международных исследований, в то время как термины могут различаться.

6.1 Введение

Консенсус в отношении терминов, определений и классификаций имеет большое значение для любых систем эпиднадзора; его преимуществом является обеспечение обмена единообразной информацией в области эпиднадзора на международном уровне. Единообразие терминологии, определений и классификаций облегчает сравнение результатов различных систем эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения на глобальном уровне с точки зрения сопоставления тенденций, групп риска и моделей последующей помощи. Подобное сравнение, в свою очередь, будет способствовать международному сотрудничеству в деле создания фактологической базы для вмешательств, программ профилактики и примеров передового опыта работы с людьми, входящими в группы риска и осуществляющими суицидальные попытки и акты самоповреждения.

В настоящем разделе изучается история терминов и определений, применяемых до настоящего момента для описания актов самоповреждения и суицидальных попыток.

6.2 Краткая история терминов

Проведению исследований в области эпидемиологии и этиологии суицидального поведения препятствует отсутствие согласия в отношении терминологии и определений. Например, на протяжении многих лет для описания различных видов поведения, предусматривающего преднамеренное причинение вреда самому себе с разным уровнем суицидальных намерений и разной исходной мотивацией, использовался широкий спектр разнообразных терминов, включая *«самоистязание», «парасуицид», «суицидальную попытку», «преднамеренное самоповреждение»* и *«самоповреждение»* (см. рис. 7.1). Достижение согласия в отношении терминологии и определений еще более осложняется различиями в уровнях суицидальных намерений и неоднородностью мотивов, о которых сообщают люди, причиняющие себе вред (1).

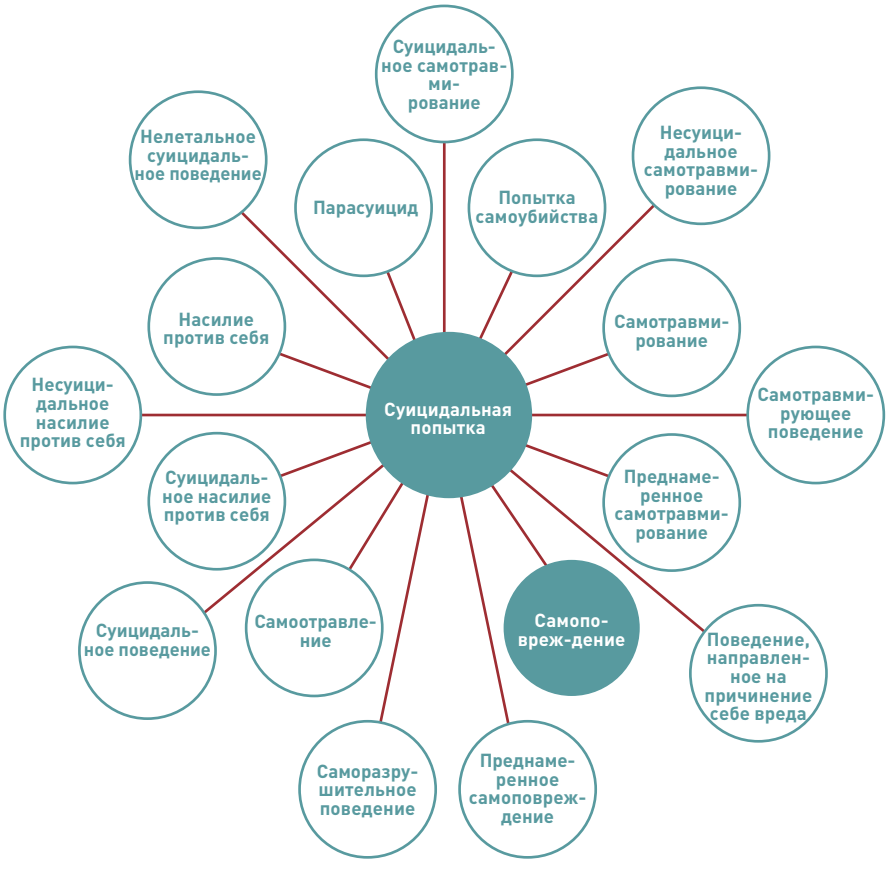
В 1985 г. было начато Региональное многоцентровое исследование ЕРБ ВОЗ, целью которого стал мониторинг и изучение нелетального суицидального поведения. Исследователи из 15 стран согласились с тем, что одним из основных препятствий для эпидемиологических исследований в этой области является отсутствие единой номенклатуры. Они договорились о необходимости выработки терминов и определений для нелетальных суицидальных действий, которые были бы обоснованными с теоретической точки зрения и в то же время могли бы применяться для эпиднадзора в отношении нелетального суицидального поведения (2). Согласно Kreitman (3), группа авторов Европейского многоцентрового исследования использовала слово *«парасуицид»* как термин, объединяющий такие понятия, как *«попытка самоубийства»*, *«преднамеренное самоповреждение»* и *«самоотравление»*. Однако по мере распростране-

ния исследования на новые страны при практическом применении и переводе термина «парасуицид» в некоторых культурах возникли сложности: например, в некоторых языках приставка *«пара-»* может означать *«похожий»*, а в других – *«имитирующий»* или *«подражающий»* (4), что приводило к возникновению неясностей и возможной необъективности в отношении обозначаемого поведения. Кроме того, термин *«парасуицид»* зачастую использовался как взаимозаменяемый со словосочетанием *«суицидальная попытка»*, что также отражало сложности с пониманием концепции намерения, которые этот термин не прояснял (5).

К 1994 г. в многоцентровом исследовании ЕРБ ВОЗ на смену термину *«парасуицид»* пришло словосочетание *«попытка самоубийства»*, а в 1999 г. это изменение было закреплено официально. На этом этапе также предлагались термины *«летальное суицидальное поведение»* и *«нелетальное суицидальное поведение»*, которые позволяли расширить *«суицидальный спектр»* как таковой и одновременно с этим указывали на необязательность присутствия намерения умереть (6).

Тем не менее даже в контексте больничной документации использование термина *«попытка самоубийства»* было непостоянным, поскольку, как показывает сценарий, приведенный на рис. 6.1 (7), значение этого термина для разных людей существенно различалось.

Рисунок 6.1. Термины, используемые для описания поведения, связанного с самоповреждением



Сложность определения наиболее подходящего термина связана с понятием намерения причинить себе вред, которое в определенной степени должно присутствовать для того, чтобы исключить действие из разряда случайных происшествий. Таким образом, необходимо провести очень тонкую грань: чтобы действие могло быть названо неслучайным, суицидальное намерение необходимо признать основополагающим, однако сам термин при этом не может отражать понятие суицидальной попытки, поскольку он также включает в себя широкий спектр других мотивов, таких как освобождение от невыносимых мыслей, самонаказание и привлечение внимания (8, 9, 10).

Эту дилемму отразили Silverman et al. (11, 12), предложившие вынести количественное определение суицидального намерения за пределы номенклатуры, поскольку это облегчило бы классификацию. Таким образом при переработке номенклатуры O'Carroll (7) для исключения из нее противопоставления между наличием либо отсутствием суицидального намерения вместо него были предложены три категории, а именно: *«отсутствие намерения», «неопределенное намерение» и «присутствие намерения»* (11).

В 2011 г. в США Центры контроля и профилактики заболеваний (CDC) выпустили рекомендацию по использованию терминов и определений для обеспечения единообразия терминологии в сфере эпиднадзора (13). Согласно CDC, *«насилие против себя (НПС) охватывает широкий спектр насильственного поведения, включая акты летального и нелетального суицидального поведения, а также преднамеренное самоповреждение без суицидального намерения (т. е. виды поведения, цель которых не заключается в самоубийстве, такие как членовредительство)»* (13).

В контексте терминологии, используемой в настоящем руководстве, термин *«самоповреждение»* обеспечивает взаимопонимание на международном уровне. Концепция самоповреждения охватывает действия с различными намерениями и мотивами (1). Тем не менее очевидно, что этот термин не всегда может быть переведен на другие языки с сохранением смысла, и в этом случае следует предпочесть ему термин *«суицидальная попытка»*.

Исследования в среде молодых людей, осуществлявших акты самоповреждения, выявили, что большинство из них сообщали о множественных и зачастую противоречивых мотивах, лежавших в основе их действий. Большая часть опрошенных также упоминала, что в момент совершения акта самоповреждения у них присутствовали как связанные, так и не связанные со смертью мотивы, что отражает скорее двойственные чувства, нежели статичное состояние (10). На практике это означает, что приоритетной задачей на этапе оценки является не разделение причинивших себе вред людей на имеющих и не имеющих суицидальное намерение, а определение силы такого намерения.

По этой причине такие термины, как *«несуицидальное самоповреждение»* (НССП), недавно включенные в качестве диагностической категории в *Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го издания (DSM-5)*, могут быть уместными в клинической практике, но неактуальными в контексте эпиднадзора (1). Поскольку факты свидетельствуют о том, что суицидальное намерение является непостоянным фактором, а не противопоставлением типа «или – или», любой описательный термин, принимающий в этом противопоставлении ту или иную сторону, т. е. исключающий или включающий идею намерения, становится проблематичным за счет потенциального исключения части группы людей, причиняющих себе вред (14, 15).

Термины *«самоповреждение»* или *«суицидальная попытка»* представляются уместными для использования в контексте эпиднадзора, поскольку отражают и включают в себя следующие новые открытия в сфере поведения, связанного с самоповреждением.

- Подгруппы пациентов с самоповреждениями, характеризующимися легкой и тяжелой формой, представляют собой противоположные полюса с точки зрения тяжести

причиненного вреда. Тем не менее это не означает, что группы с самоповреждениями, характеризуемыми как легкие, не проявляют вообще никаких суицидальных намерений или суицидальной озабоченности.

- Несмотря на то, что исследование подгрупп пациентов с самоповреждениями выявило статистически и клинически значимые различия, последовательные данные об однородных типологиях самоповреждения отсутствуют, а многочисленность степеней тяжести самоповреждения отражает сложность этого явления (1).

На глобальном уровне к терминологии следует подходить с определенной степенью гибкости, принимая во внимание культурный контекст и тот факт, что разные страны могут выбирать термины, которые более корректно переводятся на их языки.

В целях обеспечения четкости и единообразия исследований, а также согласования критериев включения и исключения случаев используемые определения должны быть последовательными.

6.3 Библиография

1. Arensman E, Keeley H. Defining intent. Psychiatry Professional. 2012;Spring:8–9 (http://nsrf.ie/ wp-content/uploads/journals/12/ArensmanKeeley(2012).pdf, по состоянию на 1 февраля 2019 г.).

2. Bille-Brahe U, Schmidtke A, De Leo D. 2004. The WHO/EURO multi-centre study on suicidal behaviour; it's background, history, aims and design. In: De Leo D, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, editors. Suicidal behaviour: theories and research findings. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers; 2004:17–39.

3. Kreitman N. Parasuicide. London: John Wiley; 1977.

4. De Leo D, Burgis S, Bertolote J, Kerkhof A, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behaviour. In: De Leo D, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, editors. Suicidal behaviour: theories and research findings. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers; 2004:17-39.

5. Bille-Brahe U, Schmidtke A, Kerkhof AJ, De Leo D, Lönnqvist J, Platt S, et al. Background and introduction to the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. Crisis. 1995;16:72–78, 84.

6. De Leo D, Bertolote JM, Schmidtke A, Bille-Brahe U, Kerkhof A. Definitions in suicidolo- gy: the evidence-based and the public health approach. In: Proceedings of the 20th World Congress of the International Association for Suicide Prevention, Athens, 1999:194.

7. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM.. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. Suicide Life Threat Behav. 1996;26:237–52.

8. Hjelmeland H, Hawton K, Nordvik H, Bille-Brahe U, De Leo D, Fekete S, et al. Why people engage in parasuicide: a cross-cultural study of intentions. Suicide Life Threat Behav. 2002;32:380 –93.

9. McAuliffe C, Arensman E, Keeley HS, Corcoran P, Fitzgerald AP. Motives and suicide intent underlying hospital treated deliberate self-harm and their association with repetition. Suicide Life Threat Behav. 2007;37:397–408.

10. Scoliers G, Portzky G, Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ. et al. Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help? Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2009;44:601–7.

11. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. Suicide Life Threat Behav. 2007;37:248– 63.

12. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. Suicide Life Threat Behav. 2007;37:264–77.

13. Crosby A, Ortega L, Melanson C. Self-directed violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.

14. Jobes DA, David M, Overholser JC, Joiner TE Jr. Ethical and competent care of suicidal patients: contemporary challenges, new developments, and considerations for clinical practice. Prof Psychol Res Pract. 2008;39:405–13.

15. Rudd MD. What's in a name …. . Suicide Life Threat Behav. 1997;27:326–7.

07

Обзор существующих систем эпиднадзора или проектов, посвященных явлению суицидальных попыток и актов самоповреждения

Обзор раздела

Обзор литературы в целом:

– для предоставления примеров систем эпиднадзора на национальном или субнациональном уровне;
– для демонстрации использования репрезентативных групп охвата;
– для демонстрации применимости эпиднадзора в странах с низким и средним уровнем дохода.

Выводы на основе передового опыта

- Доказано, что использование минимального набора данных наиболее эффективно для эпиднадзора за большими группами населения.
- Долгосрочный эпиднадзор является более предпочтительным.
- Там, где осуществление долгосрочного эпиднадзора проблематично, проведение ограниченных по времени, одиночных или многоцентровых проектов эпиднадзора позволяет получить ценные данные.

7.1 Справочная информация

Согласно документу CDC Vision for Public Health Surveillance in the 21st Century [«Концепция эпиднадзора в области общественного здравоохранения в XXI веке]» (1), любая система эпиднадзора должна преследовать как национальные, так и глобальные цели, а именно следующие.

- Для всего мира: глобальная сеть систем эпиднадзора в области общественного здравоохранения в целях оптимизации профилактики заболеваний и укрепления здоровья населения.
- Для каждой страны: полностью функциональный, эффективный комплекс национальных систем эпиднадзора в области общественного здравоохранения в целях защиты здоровья населения страны и своевременного предоставления информации, направленной на решение задач общественного здравоохранения.

Настоящее руководство посвящено достижению этих основополагающих целей эпиднадзора.

7.2 Эпиднадзор в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения в различных странах мира

В 2013 г. Международная ассоциация по предотвращению самоубийств (МАПС) и Департамент ВОЗ по вопросам психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами организовали глобальный опрос МАПС–ВОЗ в области предотвращения самоубийств, направленный на получение информации о существующих национальных стратегиях предотвращения самоубийств, включая эпиднадзор в отношении самоубийств и суицидальных попыток, для чего в первую очередь обратились к государствам-членам МАПС. Из 157 стран, получивших перечень вопросов, на них ответили 90, то есть 57%. В отношении вопроса о существовании какого-либо реестра суицидальных попыток наличие такого реестра подтвердили лишь 18% (16 из 90 стран), причем почти все они относились к Европейскому региональному бюро ВОЗ и Бюро ВОЗ для стран Америки.

Для целей настоящего руководства был проведен предварительный обзор систем или проектов эпиднадзора, существующих во всем мире. Данный обзор не претендует на то, чтобы носить исчерпывающий характер (по многим инициативам публикации отсутствуют), а скорее направлен на анализ систем или проектов эпиднадзора в странах как с высоким, так и с низким и средним уровнем дохода (см. список в приложении 3).

В последние годы эпиднадзору в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения уделяется всё больше внимания на национальном и международном уровне. Для его осуществления используются различные методы: специальные региональные программы, многоцентровые проекты, национальная/международная статистика и базы данных, а также отдельные исследования (рис. 7.1).

Рисунок 7.1. Различные методы осуществления эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения



7.2.1 Специализированные реестры для регистрации суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения

Специализированные реестры посвящены исключительно сбору данных, относящихся к суицидальным попыткам и актам самоповреждения с обращением в медицинские учреждения. Для получения данных о последовательных обращениях в медицинские учреждения после суицидальных попыток и актов самоповреждения проводится набор и обучение сборщиков данных. Объектом эпиднадзора является всё население конкретного географического района или всей страны.

При создании системы эпиднадзора преимущество специализированного реестра заключается в том, что оказание услуг, развертывание ресурсов и руководства/протоколы по ведению случаев самоповреждения обладают высокой степенью специфичности для конкретного района. В целях управления оказанием услуг, в особенности оценки и контроля суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения, может осуществляться сбор и использование данных в реальном времени.

В настоящее время Национальный реестр самоповреждений Ирландии является единственным реестром национального уровня, фиксирующим последовательные случаи самоповреждения (включая суицидальные попытки) с обращением во все больницы общего профиля в стране (2, 3). При этом на субнациональном уровне полный охват всех суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения в соответствующих регионах обеспечивает также Реестр самоповреждений Северной Ирландии, созданный на базе ирландского регистра, и Реестр суицидальных попыток Фландрии (Бельгия) (4).

Наиболее долгую историю среди всех реестров имеет Оксфордская система мониторинга преднамеренных самоповреждений, которая была создана в 1976 г. и включает в себя всю информацию о случаях самоповреждения (включая суицидальные попытки) с обращением в больницу имени Джона Рэдклиффа (Оксфорд, Соединенное Королевство). Она представляет собой уникальное явление европейского масштаба с точки зрения полноты и продолжительности сбора данных. Опираясь на многолетний опыт Оксфорда, исследователи описали процедуры, используемые для мониторинга, определения и идентификации случаев, расследования повторных обращений, защиты данных и решения этических проблем (5), в качестве ресурса для других регионов, намеревающихся создать систему эпиднадзора в отношении самоповреждений. Оксфордская система мониторинга была взята за основу при разработке Многоцентровой системы мониторинга случаев преднамеренного самоповреждения в Соединенном Королевстве, которая начала работу в 2002 г. и охватывает последовательные случаи обращения в медицинские учреждения по поводу самоповреждений в городах Дерби, Манчестер и Оксфорд (6).

Эти реестры в достаточной степени согласованы в отношении определений целевого поведения, критериев включения, стандартных операционных процедур, а также подготовки сотрудников и исследователей, занимающихся сбором данных. Выводы, сделанные на основе этих реестров, свидетельствуют о корреляции цифр с инициативами по предотвращению самоубийств и о влиянии реестров на национальные стратегии и законодательство.

7.2.2 Многоцентровые проекты

Многоцентровые проекты объединяют данные для получения более обобщенного эпидемиологического профиля лиц, осуществляющих суицидальные попытки и акты самоповреждения, а также для сопоставления показателей распространенности этих явлений между географическими районами и странами. Как правило, данные о суицидальных попытках и актах самоповреждения извлекаются из документации больниц общего профиля, реестров и статистики естественного движения населения.

В соответствии с инициативой внедрения реестров на международном уровне за последние годы многоцентровые проекты в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения были распространены за пределы стран с высоким уровнем дохода и охватили страны с низким и средним уровнем дохода (7).

Региональное многоцентровое исследование случаев суицидального поведения ЕРБ ВОЗ проводилось в течение наиболее длительного периода времени (1989–2005 гг.) и охватило максимальное количество географических районов стран Европы (8).

На основе итогов Регионального многоцентрового исследования ЕРБ ВОЗ и в сотрудничестве с Региональной сетью исследований и профилактики в области самоубийств ЕРБ ВОЗ в 2006 г. был запущен проект Регионального исследования по мониторингу суицидального поведения в Европейском регионе ВОЗ (MONSUE). Задачей этого исследования, в котором приняли участие девять европейских стран, стало изучение суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения с точки зрения намерений и летальности.

Для исследования были определены две подгруппы – пациентов с нетяжелой формой суицидального поведения (НФСП), включая лиц с минимальным или отсутствующим намерением умереть, и пациентов с тяжелой формой суицидального поведения (ТФСП). Следующей задачей стало выявление возможных различий между этими подгруппами (9).

Исследование ВОЗ в Западно-Тихоокеанском регионе под названием «Суицидальные тенденции на территориях риска» (START) представляет собой учрежденную в 2001 г. международную многоцентровую инициативу, цель которой заключается в стимулировании исследований и предотвращения самоубийств в Западно-Тихоокеанском регионе ВОЗ. Основным компонентом этого исследования является разработка систем регистрации летальных и нелетальных случаев суицидального поведения (7).

Совет министров здравоохранения стран Центральной Америки (COMISCA) поручил улучшить состояние общественного здравоохранения в этом регионе путем объединения усилий и ресурсов и согласования коллективной программы в области охраны общественного здоровья. COMISCA является политическим органом Системы центральноамериканской интеграции (SICA), которая ставит своей целью выявление и приоритизацию региональных проблем здравоохранения и состоит из министров здравоохранения восьми стран (Белиз, Гватемала, Гондурас, Доминиканская Республика, Коста-Рика, Никарагуа, Панама и Сальвадор). CDC является одним из основных партнеров COMISCA.

Предотвращение самоубийств – многоцентровое интервенционное исследование случаев суицидального поведения ВОЗ (SUPRE-MISS) было начато в 2000 г. в целях изучения суицидального поведения и вмешательств в районах различных культур. Опросы в местных сообществах и больничная регистрация случаев суицидальных попыток в качестве клинического компонента исследования позволили получить весьма ценные результаты (10).

Многоцентровые проекты обеспечивают эпидемиологический обзор более широких тенденций и предоставляют механизмы передового опыта и информацию о планировании, разработке и поддержке многоцентровых систем эпиднадзора. Результаты этих проектов позволили получить новые знания (например, о значимости самоотравления

ядохимикатами в качестве метода самоубийства или о выявлении различных уровней намерений) и послужили основой для научных исследований и национальных стратегий предотвращения самоубийств.

7.2.3 Национальная/международная статистика и базы данных

В ряде стран (например, в Австралии, Бельгии, Дании, Канаде, Новой Зеландии, Норвегии, Соединенном Королевстве, США, Франции, Швеции) существующие системы и базы данных в области здравоохранения включают больничные данные о суицидальных попытках и актах самоповреждения в более широкий круг мероприятий по сбору национальных или репрезентативных в национальном отношении данных о травмах и отравлениях.

В странах с ограниченными ресурсами эффективное использование больничных данных позволит получить ценную информацию о распространенности суицидальных попыток и актов самоповреждения, по поводу которых пациентам оказывалась медицинская помощь.

США являются примером страны с большой численностью населения, где сочетаются различные системы наблюдения, позволяющие обеспечить репрезентативную выборку суицидальных попыток с обращением в медицинские учреждения.

В Европе существует единственная тематическая международная база данных, регистрирующая информацию о суицидальных попытках, по поводу которых оказывалась медицинская помощь, – Европейская база данных по травматизму (IDB). IDB является уникальным источником данных, содержащим стандартизированные межстрановые данные о внешних причинах и обстоятельствах травм, лечение которых проводилось в отделениях скорой помощи. Первые результаты модуля «Преднамеренное самоповреждение» IDB, полученные в 2013 г. и охватывающие суицидальные попытки и акты самоповреждения в странах Европы, демонстрируют важность этого инструмента для получения широкой картины тенденций в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения (11).

Национальные базы данных различаются с точки зрения процедур фильтрации и сбора данных о суицидальных попытках и актах самоповреждения с обращением в медицинские учреждения, что может ограничить сопоставление результатов между странами. Тем не менее в каждой стране для классификации преднамеренных самоповреждений используется кодировка МКБ, которая иногда дополняется другими классификациями. Существующие национальные базы данных дают возможность уделять данным о заболеваемости и смертности равное внимание в ходе процедур мониторинга.

7.2.4 Отдельные исследования

Отдельные исследования посвящены регистрации суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения в течение ограниченного периода времени в конкретном географическом районе или в отношении конкретной группы населения (например, жителей определенного города, представителей конкретной этнической группы или людей с каким-либо расстройством). Несмотря на то, что постоянный эпиднадзор является более предпочтительным, отдельные исследования дают представление о распространенности и встречаемости суицидальных попыток, актов самоповреждения и связанных с ними факторов, которые могут способствовать выявлению дальнейших областей для исследований, разработок или вмешательств. Кроме того, отдельные исследования могут сформировать основу для разработки системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения. Всё возрастающее количество таких исследований проводится в странах с низким и средним уровнем дохода.

7.3 Библиография

1. CDC's Vision for Public Health Surveillance in the 21st Century. Morb Mortal Wkly Rep. 2012; 61 (Suppl):1–40.
2. Griffin E, Arensman E, Corcoran P, Dillon C, Williamson E, Perry IJ. National Self-Harm Registry Ireland Annual Report 2014. Cork: National Registry of Deliberate Self-Harm; 2015.
3. Perry IJ, Corcoran P, Fitzgerald AP, Keeley HS, Reulbach U, Arensman E. The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self-harm: findings from the world's first national registry. PloS One. 2012;7:e31663.
4. Vancayseele N, De Jaegere E, Portzky G, van Heeringen C. De epidemiologie van suïcide- pogingen in Groot Gent (The epidemiology of suicide attempts in bigger Gent) (Jaarverslag 2011). Ghent: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek; 2012.
5. Hawton K, Bale L, Casey D, Shepherd A, Simkin S, Harriss L. Monitoring deliberate self-harm presentations to general hospitals. Crisis. 2006;27:157–63.
6. Hawton K, Bergen H, Casey D, Simkin S, Palmer B, Cooper J, et al. Self-harm in England: a tale of three cities. Multicentre study of self-harm. Soc Psych Psychiatr Epidem. 2007;42:513–21.
7. De Leo D, Milner A, Fleischmann A, Bertolote J, Collings S, Amadeo S, et al. The WHO START study: suicidal behaviors across different areas of the world. Crisis. 2013;34:156 – 63.
8. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A. Suicidal behaviour in Europe: results from the WHO/ EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. Göttingen: Hogrefe Publishing; 02.2004.
9. Carli V, Mandelli L, Zaninotto L, Iosue M, Hadlaczky G, Wasserman D, et al. Serious suicidal behaviors: socio-demographic and clinical features in a multinational, multicenter sample. Nord J Psychiatr. 2014;68:44–52.
10. Fleischmann A, Bertolote JM, De Leo D, Botega N, Phillips M, Sisask M, et al. Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low- and middle-income countries. Psychol Med. 2005;35:1467–74.
11. Injuries in the European Union, Report on injury statistics 2008–2010. Amsterdam: Eurosafe; 2013.

08

Список тематической литературы

Antretter E, Dunkel D, Haring C, Corcoran P, De Leo D, Fekete S, et al. The factorial structure of the Suicide Intent Scale: a comparative study in clinical samples from 11 European regions. Int J Psychiatr Res. 2008;17:63–79.

Arensman E, Larkin C, Corcoran P, Reulbach U, Perry IJ. Factors associated with self-cutting as a method of self-harm: findings from the Irish National Registry of Deliberate Self-Harm. Eur J Public Health. 2014;24:292–7.

Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2014;9:e89944.

Crosby A, Ortega L, Melanson C. Self-directed violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.

De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJ, Bille-Brahe, U. Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO multicentre study. Crisis. 2006;27(1):4–15.

De Leo D, Milner A, Fleischmann A, Bertolote J, Collings S, Amadeo S, et al. The WHO START study: suicidal behaviors across different areas of the world. Crisis. 2013;34:156–63.

Fleischmann A. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. Bull World Health Organ. 2008;86:703–9.

Fleischmann A, Bertolote JM, De Leo D, Botega N, Phillips M, Sisask M, et al. Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low- and middle-income countries. Psychol Med. 2005;35:1467–74.

Griffin E, Arensman E, Corcoran P, Dillon C, Williamson E, Perry IJ. National Self-Harm Registry Ireland Annual Report 2014. Cork: National Registry of Deliberate Self-Harm; 2015.

Hawton K, Bergen H, Cooper J, Turnbull P, Waters K, Ness J, Kapur N. Suicide following self-harm: findings from the multicentre study of self-harm in England, 2000–2012. J Affect Disorders. 2015;1:147–51.

Hawton K, Bergen H, Kapur N, Cooper J, Steeg S, Ness J, Waters K. Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. J Child Psychol Psychiatr. 2012;53:1212–9.

Hawton K, Bergen H, Casey D, Simkin S, Palmer B, Cooper J, et al. Self-harm in England: a tale of three cities. Multicentre study of self-harm. Soc Psych Psychiatr Epidem. 2007;42:513–21.

Jiang C, Li X, Phillips MR, Xu Y. Matched case-control study of medically serious attempted suicides in rural China. Shanghai Arch Psychiatr. 2013;25:22–31.

Kapur N, Steeg S, Turnbull P, Webb R, Bergen H, Hawton K, et al. Hospital management of suicidal behaviour and subsequent mortality: a prospective cohort study. Lancet Psychiatry. 2015;2:809–16.

Lilley R, Owens D, Horrocks J, House A, Noble R, Bergen H, et al. Hospital care and repetition following self-harm: multicentre comparison of self-poisoning and self-injury. Br J Psychiatry J Ment Sci. 2008;192:440–5.

Perry IJ, Corcoran P, Fitzgerald AP, Keeley HS, Reulbach U, Arensman E. The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self-harm: findings from the world's first national registry. PloS One. 2012;7:e31663.

Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, et al. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. Acta Psychiatr Scand. 1992;85:97–104.

Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. Am J Psychiatry. 2007;164:1035–43.

Rajendra R, Krishna M, Majgi S, Heggere N, Robinson C, Poole R. A feasibility study to establish a deliberate self-harm register in a state hospital in southern India. Br J Med Pract. 2015;8:807.

Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. Suicide Life Threat Behav. 2007;37:248–63.

Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. Suicide Life Threat Behav. 2007;37:264–77.

Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014.

Preventing suicide: a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration. Geneva: World Health Organization; 2014. Mental Health Action Plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013.

Xu Y, Phillips MR, Wang L, Chen Q, Li C, Wu X. Retrospective identification of episodes of deliberate self-harm from emergency room registers in general hospitals: an example from Shanghai. Arch Suicide Res. 2013;17:345–59.

Приложение 1.
Пример информационной листовки с описанием системы эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения

Лицевая сторона

Национальный фонд исследований в области самоубийств:

- является основным центром изучения суицидального поведения на территории Ирландии;
- помимо обеспечения работы Национального реестра самоповреждений, проводит большое количество научных исследований;
- зарегистрирован в Управлении по защите данных и соответствует требованиям законодательства Ирландии в области защиты данных;
- получил поощрение национальных и местных комитетов по этике за организацию работы Национального реестра самоповреждений;
- выпускает ежегодный доклад о результатах работы Национального реестра самоповреждений, доступный для ознакомления на нашем сайте или при обращении в наши офисы.

Работа реестра финансируется Национальным бюро по предотвращению самоубийств Государственной службы здравоохранения.

Feidhmeannacht na Seirbhíse Sláinte
Health Service Executive

Национальный реестр самоповреждений

Эта больница предоставляет данные в Национальный реестр самоповреждений Ирландии.

Все случаи самоповреждения среди пациентов, поступивших в отделения скорой помощи, были зарегистрированы с сохранением анонимности и конфиденциальности.

Настоящая листовка содержит подробную информацию о том, что такое самоповреждение, для чего ведется учет данных и как они будут использованы.

Если вы хотите получить больше информации о реестре, пожалуйста, свяжитесь с нами через Национальный фонд по изучению самоубийств.

Где я могу получить помощь?

Группа поддержки Aware (тел. 1890 303 302) помогает людям и семьям, которые столкнулись с депрессией.

Служба Childline (тел. 1800 666 666) помогает молодым людям в тяжелой жизненной ситуации.

Служба Console (тел. 1800 201 890) поддерживает и обеспечивает необходимой информацией людей, затронутых актом самоубийства.

Pieta House (тел. 01 601 00 00) – центр по профилактике самоповреждений.

Благотворительная организация Samaritans (тел. 116 123) обеспечивает круглосуточную эмоциональную поддержку для людей в тяжелой жизненной ситуации.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ РЕЕСТР САМОПОВРЕЖДЕНИЙ ИРЛАНДИИ

NSRF

Национальный фонд исследований в области самоубийств

4.28 Western Gateway Building
University College Cork
(Университетский колледж г. Корк, Ирландия)

Тел.: 021 420 5551
Эл. почта: info@nsrf.ie
Веб-сайт: www.nsrf.ie

Оборотная сторона

Что такое Национальный реестр самоповреждений Ирландии?

Это система учета всех случаев обращения за медицинской помощью в отделения скорой помощи больниц в Ирландии.

Реестр является неотъемлемой частью национальной стратегии предотвращения самоубийств и формирует основу для улучшения качества медицинских услуг, предоставляемых людям с высоким риском суицидального поведения.

Реестр был создан в 2000 г. Национальным фондом по изучению самоубийств по запросу Министерства здравоохранения и детства.

Работа реестра финансируется Национальным бюро по предотвращению самоубийств Государственной службы здравоохранения.

Деятельность реестра осуществляется под руководством профессора Айвана Дж. Перри, который также является деканом факультета эпидемиологии и общественного здравоохранения в Университетском колледже г. Корк, Ирландия.

Задачи Национального реестра самоповреждений Ирландии:

- установить распространенность и природу самоповреждений у пациентов, получивших лечение в больницах Ирландии;
- отслеживать тенденции в динамике времени и по географическим зонам;
- способствовать совершенствованию мер политики в области суицидального поведения;
- способствовать улучшению методов исследований и профилактики.

Что такое самоповреждение?

- Это нелетальный акт.
- Носит преднамеренный характер.
- Совершающий его осознает, что может нанести самому себе физический ущерб, который может привести к летальному исходу.
- Понятие включает в себя как суицидальные попытки, так и акты, обусловленные другими намерениями.

Некоторые данные из Национального реестра самоповреждений Ирландии

- В 2014 году отделения скорой помощи больниц в Ирландии зарегистрировали около 11 тыс. обращений после акта самоповреждения.
- В общей сложности за помощью обратились около 8500 пациентов. Таким образом некоторые из них поступали в больницы неоднократно.
- В Ирландии показатели самоповреждения выше среди женщин, чем среди мужчин. Кроме того, самые высокие показатели регистрируются среди молодежи.
- Почти половина случаев обращения в медицинское учреждение после акта самоповреждения приходится на лиц младше 30 лет.
- Причина трех четвертей случаев обращения в медицинское учреждение после акта самоповреждения – преднамеренная передозировка психоактивных веществ.
- Алкоголь фигурирует как причина в 40% случаев самоповреждения.

Источник: Национальный реестр самоповреждений Ирландии. Перепечатано с разрешения Национального фонда исследований в области самоубийств (Корк, Ирландия).

Приложение 2. Пример бумажной формы регистрации данных

Сборщик данных	_ _ _
Дата регистрации	_ _ день / _ _ месяц / _ _ _ _ год
Номер медицинского учреждения	_ _ _
Уникальный номер события	_ _ _ _ _ _ _
Уникальный идентификационный номер лица	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Пол	_ мужской _ женский _ транссексуал
Дата рождения	_ _ день / _ _ месяц / _ _ _ _ год
Возраст	_ _ лет
Почтовый индекс / телефонный код	_ _ _ _ _
Дата обращения	_ _ день / _ _ месяц / _ _ _ _ год
Время обращения	_ _ ч / _ _ мин
Способ доставки/прибытия в медицинское учреждение	_ служба скорой помощи _ пожарная охрана _ полиция _ береговая охрана _ самостоятельно _ иное (укажите) _ _ _
Каким специалистом принят при поступлении	врач отделения скорой помощи _ медсестра _ другой персонал (укажите) _ _ _
Дата совершения акта самоповреждения	_ _ день / _ _ месяц / _ _ _ _ год
День недели совершения акта самоповреждения	_ _ _
Время совершения акта самоповреждения	_ _ ч / _ _ мин
Место совершения акта самоповреждения	_ _ _
Метод (методы) согласно кодам МКБ-10	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Метод (методы) согласно кодам МКБ-10 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ (при возможности укажите вид и дозу использованного психоактивного вещества _ _ _)
Степень тяжести самоповреждения	_ лечение в специализированном отделении _ хирургическое вмешательство под анестезией _ интенсивная терапия _ признаки измененного сознания _ без сознания на момент поступления или ранее
Заявление о намерении умереть	_ нет _ да (опишите) _ _ _
История самоповреждений (предыдущих актов самоповреждения)	_ нет _ да (опишите) _ _ _
Психологическое / психиатрическое освидетельствование в медицинском учреждении	нет _да, _ психиатр _ клинический психолог _ медсестра _ социальный работник _ иное (укажите) _ _ _
Диагноз (любой диагноз, связанный с данным лицом)	_ нет _ да (укажите) _ _ _
Госпитализация	нет _да, в _ отделение интенсивной терапии _ отделение скорой помощи психиатрический стационар _ иное (укажите) _ _ _
Выписка	_ _ день / _ _ месяц / _ _ _ _ год; _ _ ч / _ _ мин

Приложение 3. Примеры методов осуществления эпиднадзора в отношении суицидальных попыток и актов самоповреждения с обращением в медицинские учреждения

Примеры специализированных реестров для учета пациентов, госпитализированных после суицидальной попытки или акта самоповреждения

Территория действия	Ссылка на веб-страницу	Охват	Кол-во центров	Численность населения	Продолжи-тельность	Источник данных
Ирландия	http://nsrf.ie/wp-content/uploads/reports/NSRF%20National%20Self-Harm%20Registry%20Ireland%20Annual%20Report%202014.pdf	Национальный (26 графств)	40	Все	с 2003 г. (по н. в.)	Системы больничного мониторинга (все больницы)
Коста-Рика	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/662-noticias-2014/698-costa-rica-vigila-los-intentos-de-suicidio-por-primera-vez-desde-el-2013	Национальный	-	Все	с 2013 г. (по н. в.)	Обращения в государственные, общественные и частные больницы
Северная Ирландия	http://www.publichealth.hscni.net/publications/northern-ireland-registry-self-harm-annual-report-201314	Субнацио-нальный	3	Все	с 2007 г. (по н. в.)	Обращения в отделения скорой помощи
Соединенное Королевство (многоцентро-вое исследо-вание)	http://cebmh.warne.ox.ac.uk/csr/mcm/	Субнацио-нальный (Дерби, Манчестер, Оксфорд)	6	51 206 (случаев изучено)	с 2000 г. (по н. в.)	Случаи, регистри-руемые системой здравоохранения
Соединенное Королевство (Оксфорд)	http://cebmh.warne.ox.ac.uk/csr/monitoring.html	Субнацио-нальный (Оксфорд)	1	450 000	с 1976 г. (по н. в.)	Обращения в стационарные и амбулаторные отделения
Бельгия	http://bjp.rcpsych.org/content/183/3/260	Субнацио-нальный (Фландрия)	62	225 393	с 1986 г. (по н. в.)	Обращения за общей и психиатрической медико-санитарной помощью (включая тюрьмы и надзорные центры)

Примеры многоцентровых исследований

Название	Число стран	Кол-во центров	Численность населени	Продолжитель-ность	Источник данных
Региональное многоцентровое исследование случаев суицидального поведения ЕРБ ВОЗ	19*	25	6 млн	1989–2005 гг.	Случаи, регистри-руемые системами здравоохранения
Региональное исследование ЕРБ ВОЗ по мониторингу суицидального поведения в Европейском регионе ВОЗ (MONSUE)	9**	10	2,5 млн	2006–2010 гг.	Случаи, регистри-руемые системами здравоохранения
Исследование ВОЗ «Суицидальные тенденции на территориях риска» (START)	10***	14	106 млн	с 2001 г. (по н. в.)	Случаи, регистри-руемые системами здравоохранения
Программа Совета министров здравоохранения стран Центральной Америки и Доминиканской Республики (COMISCA)	8****	8	-	с 2010 г. (по н. в.)	Случаи, регистри-руемые системами здравоохранения
Предотвращение самоубийств – многоцентровое интервенционное исследование случаев суицидального поведения ВОЗ (SUPRE-MISS)	8*****	8	2 млн	2000–2004 гг.	Случаи, регистри-руемые системами здравоохранения

* Австрия, Бельгия, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Ирландия, Испания, Италия, Нидерланды, Норвегия, Словения, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Турция, Финляндия, Франция, Швейцария, Швеция, Эстония.

** Бельгия, Венгрия, Германия, Испания, Италия, Словения, Швейцария, Швеция, Эстония.

*** Австралия, Бразилия, Вануату, Италия, Китай, Монголия, Новая Зеландия, Тонга, Фиджи, Филиппины (а также следующие территории: Гонконг (специальный административный район Китая), Гуам, Французская Полинезия).

**** Белиз, Гватемала, Гондурас, Доминиканская Республика, Коста-Рика, Никарагуа, Панама, Сальвадор.

***** Бразилия, Вьетнам, Индия, Иран, Китай, Шри-Ланка, Эстония, ЮАР.

Примеры национальных/международных систем статистики и баз данных

Территория действия	Название	Ссылка на веб-страницу	Охват	Источник данных
Австралия	Национальная база данных больничной смертности (NHMD)	http://www.aihw.gov.au/hospitals-data/national-hospital-morbidity-database	Национальный	Практически все государственные, общественные и частные больницы
Бельгия	Минимальный набор больничных данных (MHD)	http://hspm.org/countries/belgium25062012/livinghit.aspx?Section=2.7%20Health%20information%20management&Type=Section	Национальный	Все больницы
Белиз	Информационная система здравоохранения Белиза (BHIS)	http://health.gov.bz/www/health-projects/health-information-system/bhis-expansion	Национальный	Все государственные, общественные и частные больницы
Канада	База данных выписных эпикризов (DAD)	https://www.cihi.ca/en/types-of-care/hospital-care/acute-care/dad-metadata	Национальный	Учреждения скорой помощи (кроме провинции Квебек)
	База данных больничной смертности (HMDB)	https://www.cihi.ca/en/types-of-care/hospital-care/acute-care/hmdb-metadata	Национальный	Учреждения скорой помощи (включая учреждения амбулаторной хирургии в провинции Квебек)
	Реестр травматизма провинции Онтарио (OTR)	https://www.cihi.ca/en/types-of-care/specialized-services/trauma-and-injuries/ontario-trauma-registry-otr-metadata	Субнациональный	Учреждения травматологической помощи
	База больничных данных в области психического здоровья (HMHDB)	https://www.cihi.ca/en/types-of-care/specialized-services/mental-health-and-addictions/hospital-mental-health-database	Национальный	Случаи госпитализации в связи с психическими заболеваниями
	Канадская программа больничного учета и предотвращения травматизма (CHIRPP)	http://www.phac-aspc.gc.ca/injury-bles/chirpp/index-eng.php	Субнациональный	10 больниц педиатрического профиля и 6 больниц общего профиля
Дания	Датский национальный реестр пациентов (DNPR)	http://sjp.sagepub.com/content/39/7_suppl/30.refs	Национальный	Все больницы
	Реестр случаев суицидальных попыток (RSA)	http://www.danmedbul.dk/DMB_2004/0404/0404-artikler/DMB3621.pdf	Субнациональный (графство Фюн)	Все больницы
Доминиканская Республика	Национальная система эпидемиологического надзора (SINAVE)	http://digepisalud.gob.do	Национальный	Государственные, общественные и частные службы здравоохранения

Территория действия	Название	Ссылка на веб-страницу	Охват	Источник данных
Фиджи	Информационная система общественного здравоохранения (PHIS)	http://www.fiji.gov.fj/Media-Center/Press-Releases/HEALTH-DATABASE-TO-STRENGTHEN-HEALTH-SERVICE-DELIV.aspx	Национальный	Все государственные больницы
Финляндия	Стационарная медико-санитарная помощь	http://www.stat.fi/til/thlaho/index_en.html	Национальный	Все больницы
Франция	Национальный центр мониторинга самоубийств (ONS)	http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/sante_mentale/observatoire_national_suicide.asp	Национальный	Все государственные, общественные и частные больницы
Новая Зеландия	Национальный минимальный набор данных при выписке (NMDS)	http://www.health.govt.nz/nz-health-statistics/national-collections-and-surveys/collections/national-minimum-dataset-hospital-events	Национальный	Все государственные, общественные и частные больницы
Норвегия	Норвежский реестр пациентов (NPR)	https://helsedirektoratet.no/english/norwegian-patient-register	Национальный	Все больницы
Филиппины	Электронная онлайн-система эпидемиологического надзора за травматизмом (ONEISS)	http://oneiss.doh.gov.ph/oneiss/login.php	Субнациональный	Государственные и частные больницы
Швеция	Национальный регистр пациентов (NPR)	http://www.jpi-dataproject.eu/Home/Database/361?topicId=1	Национальный	Все больницы
Соединенное Королевство	Информационный центр медико-санитарной социальной помощи (HSCIC);	http://www.hscic.gov.uk/; http://www.injuryobservatory.net/category/data+crosscut	Национальный	Все больницы Национальной службы здравоохранения и общинные центры здравоохранения
	Общеуэльсская система эпидемиологического надзора за травматизмом (AWISS)	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1730805	Субнациональный	Все больницы
Соединенные Штаты Америки	Онлайн-система поиска и учета статистики травматизма (WISQARS)	http://www.cdc.gov/injury/wisqars	45 разнотипных федеральных систем сбора данных, обслужи- ваемых 16 отдель- ными агентствами и 3 частными реестрами травматизма	Полный список баз данных: http://www.cdc.gov/injury/wisqars/InventoryInjuryDataSys.html
Европейский союз	Европейская база данных по травматизму (IDB)	http://ec.europa.eu/health/data_collection/databases/idb/index_en.htm	Национальный	Все больницы

Примеры отдельных исследований

Афганистан (Medica Mondiale et al., 2008)	В докладе для правозащитной организации Medica Mondiale, освещающем проблему самосожжения женщин в Афганистане, проведен анализ данных ожоговых отделений больниц в трех провинциях: Герат, Кабул и Вардак.
Австралия (Milner et al., 2013)	Целью данного исследования является оценка приоритетности лечения пациентов, совершивших акт самоповреждения и поступивших в отделение скорой помощи больницы Голд-Кост (Gold Coast Hospital) (штат Квинсленд, Австралия) с 2005 по 2010 гг.
Бельгия (De Munck et al., 2009)	Мониторинговое исследование суицидальных попыток среди подростков и молодежи, поступивших в отделение скорой помощи Университета Гента (Фландрия, Бельгия) за девятилетний период с января 1996 г. по декабрь 2004 г.
Китай (Xu et al., 2013)	Данные из реестра отделения реанимации районной больницы Цзядин (г. Шанхай) (The Shanghai Jiading District Hospital) были применены для ретроспективного уточнения распространенности и характеристик случаев намеренного самоповреждения, по поводу которых пациенты получали медико-санитарную помощь, за период 2007–2010 гг.
Китай (Chen et al., 2009)	Все жители уезда Наньтоу в Китае (провинция Тайвань), совершившие акт самоповреждения в период с июля 2000 г. по февраль 2003 г., были внесены в Суицидальный реестр уезда Наньтоу (Nantou Suicide Register) и находились под наблюдением вплоть до декабря 2005 г.
Фиджи (Peiris-John et al., 2013)	В рамка проекта «Связь травматизма и транспорта в Тихоокеанском регионе» (TRIP) в октябре 2005 г. был создан реестр данных населения, получивший название «Система эпиднадзора за травматизмом в больницах Фиджи» и действовавший на острове Вити-Леву в течение 12 месяцев. Учитывались случаи пациентов с тяжелыми травмами или отравлением, которые были госпитализированы на срок от 12 часов и более.
Индия (Rajendra et al., 2015)	Авторами была проведена оценка целесообразности создания реестра случаев самоповреждения в больнице при Медицинском исследовательском институте штата Майсур (Mysore Medical College and Research Institution). Данные были собраны в течение полугода в 2012 г. с помощью интервьюирования, а также извлечены из записей всех пациентов, поступивших после актов намеренного самоповреждения.
Индия (Gururaj et al., 2001)	Авторы исследования проанализировали данные пациентов, поступивших в 1998–1999 гг. в три государственных и девять частных больниц г. Бангалор (отобранных из 120 работающих в городе) после акта самоповреждения. Во всех рассматриваемых больницах работало круглосуточное отделение скорой помощи.

Иран (Sharif-Alhoseini M et al., 2012)	Национальная система эпиднадзора за травматизмом (ISS) использовалась для выявления суицидальных попыток с 2005 по 2008 гг. Данная система основывается на больничных данных и ограничивается учетом пациентов с травмами, поступивших в отделения скорой помощи государственных больниц, на долю которых в Иране приходится 68,9% от общего числа (942). Такие больницы рассредоточены по всей стране, их услуги недороги и доступны для всех, то есть ими может воспользоваться каждый.
Малайзия (Sinniah et al., 2014)	Аналитический обзор, объединяющий данные в общей сложности 38 исследований по проблеме суицидальных попыток в Малайзии. Основная часть данных (63%) – это информация, собранная государственными больницами при госпитализации пациентов, совершивших суицидальную попытку. Оставшаяся часть – это ретроспективные данные из историй болезни пациентов и протоколов патологоанатомических исследований (34%), а также информация о посещении больниц, полученная от пациентов (3%).
Никарагуа (Caldera et al., 2007, 2004)	Авторы организовали реестр всех случаев госпитализации пациентов в больницу Эскуэла Оскар Данило Росалес Аргельо (HEODRA) г. Леон после суицидальной попытки за трехлетний период. Одна из медсестер отвечала за систему регистрации случаев и проводила все интервью.
Пакистан (Shahid et al, 2009)	Ретроспективное аналитическое исследование случаев 98 пациентов, поступивших после суицидальной попытки в отделение скорой помощи высокоспециализированной университетской больницы в Карачи. Собранная информация включает методы самоповреждения, тип, путь введения и количество лекарственных препаратов (в случае их использования), причины самоповреждения, анамнез и данные о результатах лечения пациента.
Панама (González, 2014)	Исследование содержит данные о случаях суицидальных попыток пациентов, поступивших в отделение реанимации региональной больницы Николас Алехо Солано-де-ла-Чоррера с 2005 г. Информация вносится в формуляр психиатрами.
Шри-Ланка (Senarathna et al., 2012)	Исследование случаев госпитализации пациентов, поступивших во все отделения реанимации больниц округа Анурадхапура после самоотравления в период 2008–2010 гг.
Швеция (Tidemalm et al., 2014)	Содержит данные о выписке из больниц, причинах смерти, образовании и миграции, данные переписи населения и жилищного фонда по всем жителям Швеции в период с 1973 по 1982 гг.
Соединенные Штаты Америки (Barlow et al., 2012)	Анализ данных о случаях самоубийства, самоповреждения без суицидального намерения и употребления психоактивных веществ с 2007 по 2010 гг. из реестра случаев самоповреждения среди апачей Белой Горы, организованного по требованию племени в целях эпиднадзора. Исследование выполнено в сотрудничестве с Университетом Джонса Хопкинса.

Ссылки на примеры отдельных исследований

Barlow A, Tingey L, Cwik M, Goklish N, Larzelere-Hinton F, Lee A, et al. Understanding the relationship between substance use and self-injury in American Indian Youth. Am J Drug Alcohol Ab. 2012;38(5):403–8.

Caldera T, Herrera A, Renberg ES, Kullgren G. Suicide intent among parasuicide patients in Nicaragua: a surveillance and follow-up study. Arch Suicide Res. 2007;11(4):351–60.

Chen VC, Cheng AT, Tan HK, Chen CY, Chen TH, Stewart R, Prince M. A community-based study of case fatality proportion among those who carry out suicide acts. Soc Psychiatr Epidem. 2009;44(12):1005–11.

De Munck S, Portzky G, Van Heeringen K. Epidemiological trends in attempted suicide in adolescents and young adults between 1996–2004. Crisis. 2009;30(3):115–9.

González G. Acerca de la conducta suicida en Panamá (About suicidal behaviour in Panama). Revista De la Sociedad Panameña de Psiquiatría. 2014;2(1):9-12.

Gururaj G, Isaac MK. Epidemiology of suicides in Bangalore. 2001. National Institute of Mental Health and Neurosciences. Bangalore: Vasu.

Medica Mondiale. Dying to be heard – Self-immolation Research Report 2006–2007. Cologne: Medica Mondiale; 2008. (http://www.medica-mondiale.org/fileadmin/redaktion/5_Service/Mediathek/Dokumente/English/Documentations_studies/Afghanistan_Dying_to_be_heard_self_immolation_medica_mondiale_2007.pdf, по состоянию на 1 февраля 2019 г.)

Milner A, Kõlves K, Gladman B, De Leo D. Treatment priority for suicide ideation and behaviours at an Australian emergency department. World J Psychiatr. 2013;3: 34–40.

Peiris-John R, Kafoa B, Wainiqolo I, Reddy RK, McCaig E, Ameratunga SN. Population-based characteristics of fatal and hospital admissions for poisoning in Fiji: TRIP Project-11. Inj Prev. 2013;19(5):355–7.

Rajendra R, Krishna M, Majgi S, Heggere N, Robinson C, Poole R. A feasibility study to establish a deliberate self-harm register in a state hospital in southern India. BJMP. 2015;8(1):a807.

Senarathna L, Jayamanna SF, Kelly PJ, Buckley NA, Dibley MJ, Dawson, AH. Changing epidemiologic patterns of deliberate self-poisoning in a rural district of Sri Lanka. BMC Public Health. 2012;12:593.

Shahid M, Khan MM, Saleem-Khan M, Jamal Y, Badshah A, Rehmani R. Deliberate self-harm in the emergency department: experience from Karachi, Pakistan. Crisis. 2009;30: 85–9.

Sharif-Alhoseini M, Rasouli MR, Saadat S, Haddadi M, Gooya MM, Afsari M, Rahimi-Movaghar V. Suicide attempts and suicide in Iran: Results of national hospital surveillance data. Public Health. 2012;126:990-992.

Sinniah A, Maniam T, Oei TP, Subramaniam P. Suicide attempts in Malaysia from the year 1969 to 2011. Scientific World Journal. 2014;2014:1-13. doi.org/10.1155/2014/718367.

Tidemalm D, Haglund A, Karanti A, Landén M, Runeson B. Attempted suicide in bipolar disorder: risk factors in a cohort of 6086 patients. PLoS One. 2007;9(4):1–9.

Xu Y, Phillips MR, Wang L, Chen Q, Li C, Wu X. Retrospective identification of episodes of deliberate self-harm from emergency room registers in general hospitals: an example from Shanghai. Arch Suicide Res. 2013;17:345–59.

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых им стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Северная Македония
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чехия
Швейцария
Швеция
Эстония

ISBN 978-92-890-5603-8

Всемирная организация здравоохранения европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int