

Получена: 30 марта 2017 / Принята: 18 апреля 2017 / Опубликовано online: 30 апреля 2017

УДК 616.89-008.441.44-057.875-07-084(574.4)

ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА (ПАНЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Гульжан К. Алтыбаева*, <http://orcid.org/0000-0001-9258-4928>

Наргуль Н. Оспанова, <http://orcid.org/0000-0002-2351-5720>

Государственный Медицинский университет города Семей,
г. Семей, Республика Казахстан

Резюме

Введение: Казахстан продолжает оставаться одной из стран, где процент совершения самоубийств наиболее высок. Особенно актуальна на сегодняшний день проблема молодежного суицида. Подверженность психологическим стрессам, в том числе связанными с необходимостью адаптации к новым академическим условиям, является одним из факторов риска суицидального поведения.

Цель исследования: динамическая оценка суицидального риска у студентов первого курса медицинского университета в процессе их адаптации к условиям обучения.

Методы: проведена панельная двухволновая оценка суицидального риска, в том числе высокого, среди 553 студентов трех факультетов медицинского университета. В качестве психометрического инструмента использована Шкала суицидальности Пейкеля. Динамика суицидального риска оценивалась за 9 месячный период (в начале и конце учебного года). Используются методы описательной (расчет среднего и стандартного отклонения, долей и их 95% доверительных интервалов) и сравнительной статистики (метод Мак-Немара для парных выборок и критерий хи-квадрат Пирсона, точный критерий Фишера, критерий Манна-Уитни для непарных выборок). Для статистических расчетов использована программа IBM SPSS Statistic (Версия 20).

Результаты: выявлено снижение распространенности суицидального риска – у 47 (8,5%) и 20 (3,6%) студентов ($p < 0,001$). Между тем по показателю высокого суицидального риска исследуемая выборка не продемонстрировала статистически значимой динамики – 14 (2,5%) и 8 (1,4%) студентов соответственно ($p = 0,25$). При первичной оценке суицидальный риск в большей степени был характерен для лиц женского пола ($p = 0,015$), однако в динамике различия между полами нивелировались ($p = 0,49$).

Выводы: сохраняющийся суицидальный риск у 20 (3,6%) студентов, свидетельствует о необходимости разработки и внедрения специализированных превентивных мероприятий, в том числе с привлечением психокоррекционных и психотерапевтических технологий и проведением детальной диагностики уровня психической адаптации учащихся с выявлением факторов, связанных с риском суицидального поведения.

Ключевые слова: суицидальный риск, суицидальность, медицинский университет, шкала Пейкеля

Summary

ASSESSMENT OF SUICIDAL RISK IN THE FIRST-YEAR STUDENTS AT A MEDICAL UNIVERSITY (PANEL STUDY)**Gulzan K. Altybaeva**, <http://orcid.org/0000-0001-9258-4928>**Nargul N. Ospanova**, <http://orcid.org/0000-0002-2351-5720>**Semey State Medical University, Semey, Republic of Kazakhstan**

Introduction: Kazakhstan continues to be one of the countries, where the percent of suicides is considerably high. The problem of suicides among younger people is especially relevant. Exposure to psychological stresses, including those connected with a necessity of adaptation to new academic conditions, is one of the suicidal risks factors.

Aim of the study: dynamic assessment of the suicidal risk in the first-year students of a medical university, applying the process of the adaptation toward the academic conditions.

Methods: the two-waved panel assessment of suicidal risk, including the high-leveled one, was conducted among 553 first-year students of three university faculties. As the psychometric tool Paykel Suicide Scale was used. The dynamics was provided through repeated measurements with a nine-month interval (at the beginning and the end of an academic year). The methods of descriptive (calculation of Mean with standard deviation, as well as proportions and their 95% confidence intervals) and comparative statistics (McNemar tests for paired data; Pearson chi-square test, crosstabs Fisher exact test, and Mann-Whitney test for non-paired data). The programme IBM SPSS Statistic (Version 20) was used for the processing of statistic data.

Results: the decrease in the prevalence of suicidal risk was revealed: 47 (8,5%) vs. 20 (3,6%) students ($p < 0,001$). Meanwhile in terms of the high suicidal risk, the study sample did not demonstrate statistically significant difference: 14 (2,5%) and 8 (1,4%) students correspondingly ($p = 0,25$). While being first assessed, the females were more likely to have the suicidal risk ($p = 0,015$), although the difference between sexes has diminished during the observation period ($p = 0,49$).

Conclusions: the retaining suicidal risk, which was registered in 20 (3,6%) students, indicates the necessity of development and implementation of the specific preventive measures, including psychocorrection and psychotherapy, as well as accurate diagnostics of psychic adaptation of the students, paying attention to the factors connected with the risk of suicidal behavior.

Keywords: suicidal risk, suicidality, medical university, Paykel Suicide Scale.

Түйіндеме

**МЕДИЦИНАЛЫҚ УНИВЕРСИТЕТТІҢ БІРІНШІ КУРС
СТУДЕНТТЕРІНІҢ СУИЦИДАЛЬДІ ҚАУПІН БАҒАЛАУ
(ПАНЕЛЬДІ ЗЕРТТЕУ)****Гульжан К. Алтыбаева***, <http://orcid.org/0000-0001-9258-4928>**Наргуль Н. Оспанова**, <http://orcid.org/0000-0002-2351-5720>**Семей қаласының Мемлекеттік медициналық университеті,
Семей қ., Қазақстан Республикасы**

Кіріспе: Қазақстан өз-өзіне қол жұмсау мәселесі жөнінен жоғары пайыз құрайтын мемлекеттер қатарында тұр. Қазірге таңда ең маңызды мәселе болып жастар суицидін болып табылады. Суицидальді тәртіптің қауіп факторына психологиялық стресстерге ұшырау жатады, әсіресе жаңа академиялық жағдайларға бейімделуімен байланысты.

Зерттеу мақсаты: Медициналық университеттің 1 курс студенттерінің оқу үрдісіне бейімделу кезеңіндегі суицидальді қауіпті динамикалық бағалау.

Зерттеу әдістері: медициналық университеттің 3 факультетінде оқитын 553 студентінің суицидальді қауіпіне екітолқынды панельді баға берілді, әсіресе жоғарғы қауіпке. Психометриялық инструмент ретіне Пейкельдің суицидальді шкаласы алынды. Суицидальді қауіптің динамикасы 9 ай шамасын қамтыды (оқу жылының басы мен аяғында). Түсіндірмелі әдістер қолданылды (орташа және стандартты ауытқушылық есептелді, бөлігін және 95% сенімді интервалды) және салыстырмалы статистика (Мак-Немар әдісіжұпты іріктеуге және Пирсонның хи-квадрат критеріі, Фишердың нақты критеріі, жұпсыз іріктеуге Манна-Уитни критеріі). Статистикалық деректерді өңдеу IBM SPSS 20 бағдарламасы арқылы жүргізілді.

Нәтижелер: студенттерде суицидальді қауіптің едәуір төмендегенін байқауға болады 47 (8,5%) және 20 (3,6%), яғни ($p < 0,001$). Сонымен қатар, студенттердің жоғарғы суицидальді қауіп көрсеткіші зерттеліп отырған іріктеу тобы статистикалық маңызды динамика көрсеткен жоқ 14 (2,5%) және 8 (1,4%), яғни ($p = 0,25$). Алғашқы бағалау кезінде суицидальді қауіп көбінесе қыздарға тән болса ($p = 0,015$), алайда динамикада жыныстар арасындағы айырмашылық жойылды ($p = 0,49$).

Қорытынды: 20 (3,6%) студенттерде сақталып тұрған суицидальді қауіп, арнайы превентивті шараларды дайындап, енгізуді қажет етеді, психотерапевтік технологияларды қолданып, суицидальді қауіппен байланысты факторларды анықтап студенттердің психикалық адаптация деңгейіне детальді диагностика жасауды талап етеді.

Түйінді сөздер: суицидальді қауіп, суицидальділік, медициналық университет, Пейкеля шкаласы.

Библиографическая ссылка:

Алтыбаева Г.К., Оспанова Н.Н. Оценка суицидального риска у студентов первого курса медицинского университета (панельное исследование) // Наука и Здравоохранение. 2017. №2. С. 48-58.

Altybaeva G.K., Ospanova N.N. Assessment of suicidal risk in the first-year students at a medical university (panel study). *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2017, 2, pp. 48-58.

Алтыбаева Г.К., Оспанова Н.Н. Медициналық университеттің бірінші курс студенттерінің суицидальді қауіпін бағалау (панельді зерттеу) // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2017. №2. Б. 48-58.

Введение

Обучение на первом курсе высшего учебного заведения (ВУЗа) всегда является новой стадией жизненного цикла для студента. Это связано не только со сменой места жительства, но и дефицитом социальной и эмоциональной поддержки молодого человека [1, 6, 7]. Интенсивные учебные нагрузки, напряженность жизни предъявляют повышенные требования к компенсаторным механизмам психики студента, срыв которых ведет к возникновению психологических и социальных конфликтов, что в свою очередь может приводить к суицидальным попыткам.

По данным ВОЗ в мире ежегодно свыше 1 миллиона человек добровольно уходят из жизни, число попыток – в десятки раз больше. К 2020 году по оценке международных экспертов на долю суицидов будет выпадать до 2% глобального бремени болезней. В настоящее время мировой преваленс

завершенных суицидов достигает 16 случаев на 100 000 населения [17].

В Казахстане уровень суицидов среди общего населения, по данным ВОЗ составляет 23,8 на 100 000: мужчины – 40,6, женщины – 9,3 [18]. Согласно данным, указанным в предиспозиционной части Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы, «первое место в структуре смертности занимают суициды, от чего погибает ежегодно свыше 3000 человек, опережая смертность от дорожно-транспортных происшествий» [2].

Являясь признаком аутодеструктивного поведения, суицид проявляется в любом возрасте. Однако, необходимо отметить, что данный феномен наиболее актуален для молодежи, что доказывают данные статистики [10]. Так, в 2012 году самоубийства среди лиц от 15 до 29 лет вышли на второе место в

группе предотвратимых смертей в мировом масштабе [19].

Принимая во внимание большую социальную значимость проблемы суицидов среди подростков и молодежи, а также учитывая необходимость прикладного исследования рисков аутодеструктивного поведения у учащейся молодежи, нами проведено исследование, **цель** которого заключалась в динамической оценке суицидального риска у студентов первого курса медицинского ВУЗа в процессе их адаптации к условиям обучения.

Материалы и методы

Объектом исследования явились студенты первого курса факультета общей медицины (ОМ), стоматологии (СТ) и общественного здравоохранения (ОЗ) Государственного медицинского университета города Семей (ГМУ г. Семей). Согласно своему дизайну настоящее исследование относилось к поперечному исследованию [9]. Регистрация интересующих параметров проводилась в два этапа (волны).

I этап (волна 1) – первичная оценка суицидального риска у студентов первого курса ГМУ г. Семей в начале учебного года – сентябрь-октябрь 2015 года (n=553).

II этап (волна 2) – повторная оценка суицидального риска у студентов первого курса ГМУ г. Семей в конце учебного года – май 2016 года (n=553).

Формирование исследуемой выборки приведено на рисунке 1. Исследуемая выборка была сформирована из первичной выборки (n=620) после отсеивания части респондентов – «группа потерь» (n=67). Критериями включения в исследование были: факт обучения в ГМУ г. Семей на первом курсе факультетов ОМ, СТ и ОЗ, добровольное согласие на участие в исследовании; присутствие в ВУЗе на момент исследования; участие в двух волнах исследования. Критерии исключения соответственно формулировались как: отчисление с учебы либо восстановление в статусе студента первого курса ГМУ г. Семей после сбора результатов во время волны 1.

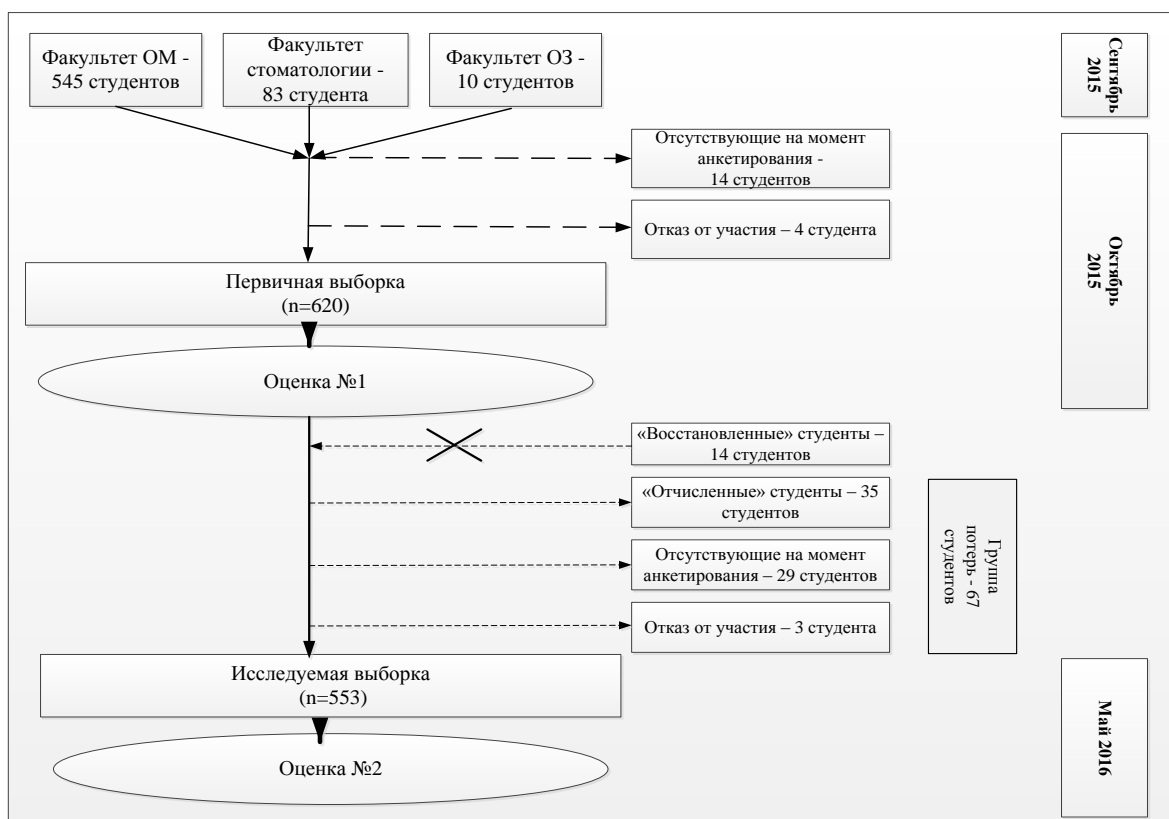


Рисунок 1. Формирование исследуемой выборки.

Для регистрации первичных данных нами (БОУ), который состоит из нескольких был использован Базовый опросник учащихся доменов: социально-демографические

данные, описание стрессогенных жизненных ситуаций, описание аффективной сферы и домен суицидальности [5]. В качестве ключевой психометрической шкалы для регистрации суицидального риска в рамках БОУ использована Шкала суицидальности Пейкеля [5, 15], которая состоит из 4 утверждений, относительно суицидальных мыслей, намерений и действий за предшествующие 12 месяцев. Каждое утверждение предлагается ранжировать респонденту самостоятельно от 0 до 5. Подсчет баллов осуществляется путем суммирования рангов. В качестве порогового уровня наличия суицидального риска был определен суммарный балл ≥ 2 . Таким образом, мы выделяли группу с наличием суицидального риска. Дополнительно в данном диапазоне нами выделялись респонденты, ответившие утвердительно на вопросы, касающиеся суицидальных намерений и суицидального поведения (третье и четвертое утверждение), при этом респонденты оценивали каждое из указанных утверждений минимум на 2 балла. Такие студенты были отнесены к группе высокого суицидального риска. К положительным сторонам Шкалы суицидальности Пейкеля можно отнести ее лаконичность (4 утверждения), наглядность (привычное для учащихся оценивание по пятибалльной шкале), простота и возможность мгновенной обработки. К недостаткам данной шкалы относится использование для оценки суицидальных рисков самоотчетов самих респондентов, при этом не исключается намеренное занижение результатов респондентами, неискренность ответов. Использование такой шкалы требует дополнительную диагностику, например, с помощью полуструктурированного интервью с психологом, психиатром.

Кроме проведения оценки суицидальных рисков в исследуемой выборке нами проводился аналогичный анализ в «группе потерь», т.е. среди тех респондентов, которые выбыли из исследования после первичной оценки суицидального риска.

Статистический анализ осуществлялся с помощью программы IBM SPSS Statistic (Версия 20). Для описания качественных

данных использованы доли (%). Для количественных данных проводился расчет среднего \pm стандартного отклонения (СО).

Для сравнительного анализа качественных данных парных выборок с одинаковым числом наблюдений – сравнение результатов первичной и повторной оценки исследуемой выборки, - использован критерий Мак-Немара (χ^2).

При сравнении непарных выборок – сравнение результатов первичной оценки исследуемой выборки и «группы потерь», стратификация и сравнение исследуемой выборки по половому признаку - использованы четырехпольные таблицы и критерий Пирсона хи-квадрат (χ^2). Для сравнения количественных данных непарных выборок с непараметрическим распределением признака анализ строился на основании использования критерия Манна-Уитни (U) [3].

Исследование было одобрено этическим комитетом ГМУ г. Семей (Протокол № 4 от 14.10.15).

Результаты

Первоначально нами была дана социально-демографическая характеристика исследуемой выборки, в том числе с анализом этих же показателей в «группе потерь». В исследуемой выборке и в «группе потерь» большая часть респондентов представлена студентами женского пола: исследуемая выборка (n=553) - 371 (67,1%) девушек, «группа потерь» (n=67) – 35 (52,2%) девушек; сравнительный анализ не выявил статистически значимой разницы ($\chi^2=5,83$, $df=1$, $p=0,16$).

Распределение по национальному признаку также не выявило значимых различий. В исследуемой выборке оно представлено следующим образом: казахи - 528 (93,8%) студентов, иные национальности – 25 (4,5%) студентов; в «группе потерь»: казахи - 65 (97%) студентов, иные национальности - 2 (3%) студента ($\chi^2=0,34$, $df=1$, $p=0,76$).

Средний возраст учащихся не отличался в сравниваемых группах: исследуемая выборка - $18,02 \pm 1,32$ лет, «группа потерь» - $18,25 \pm 1,64$ лет (U=16909,5, $df=618$, $p<0,001$).

Согласно суицидальному риску исследуемая выборка имела следующее распределение:

Волна 1 (n=553): наличие суицидального риска – 47 (8,5%) студентов, высокий суицидальный риск – 14 (2,5%) студентов;

Волна 2 (n=553): наличие суицидального риска – 20 (3,6%) студентов, высокий суицидальный риск – 8 (1,4%) студентов.

При сравнительном анализе показателей двух волн выявлено снижение частоты суицидального риска – показатели второй волны против показателей первой волны - ($\chi^2=10,89$, $df=1$, $p<0,001$); по показателю высокого суицидального риска статистически значимые различия между первой и второй волнами не выявлены ($\chi^2=1,14$, $df=1$, $p=0,29$).

Нас также интересовало, отличалась ли «группа потерь» по распределению

суицидальных рисков от исследуемой выборки, оцененной во время волны 1. В «группе потерь» (n=67) суицидальный риск нами был выявлен у 6 (9%) студентов, при этом высокий суицидальный риск - у 3 (4,5%) студентов. Сравнение показало, что студенты, не вошедшие в исследование, не отличались по частоте суицидального риска ($\chi^2=0,016$, $df=1$, $p=0,9$), в том числе высокого суицидального риска ($df=1$, $p=0,42$) от студентов, попавших в исследование.

Исследуемая популяция имела неравномерное распределение суицидального риска среди студентов женского и мужского пола (Рисунок 2).

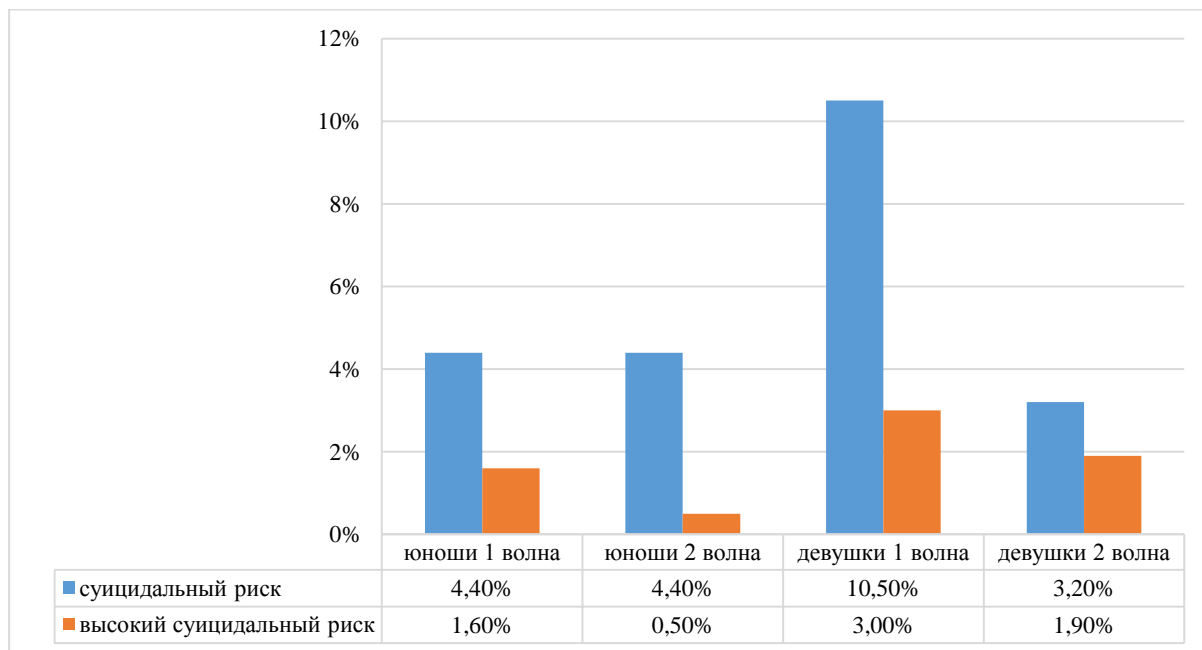


Рисунок 2. Распределение суицидальных рисков по половому признаку.

Так, по всем показателям, среди респондентов женского пола (n=371) суицидальный риск был выше, чем у респондентов мужского (n=182). Статистические значимые различия при половой стратификации выявлены только по показателю общего суицидального риска:

1) волна 1- общий риск – $\chi^2= 5,11$, $df =1$, $p=0,015$;

2) волна 2 – общий риск - $\chi^2= 0,19$, $df= 1$, $p=0,66$;

3) волна 1 – высокий риск – *точный критерий Фишера*, $df=1$, $p=0,57$;

4) волна 2 – высокий риск – *точный критерий Фишера*, $df=1$, $p=0,28$.

Примечательно также отсутствие динамики общего и высокого суицидального риска среди лиц мужского пола:

– *общий суицидальный риск: волна 1 – 8 (4,4%) студентов; волна 2 - 8 (4,4%) студентов ($\chi^2= 0,8$, $df =1$, $p=0,063$);*

– *высокий суицидальный риск: волна 1 – 3 (1,6%) студента, волна 2 – 1 (0,5%) студент ($\chi^2= 0,25$, $df =1$, $p=0,62$).*

Среди лиц женского пола общий суицидальный риск снизился со статистической значимостью, однако снижение частоты высокого суицидального не нашло статистического подтверждения:

– *общий суицидальный риск: волна 1 – 39 (10,5%) студентов; волна 2 – 12 (3,2%) студентов ($\chi^2= 13,26, df=1, p<0,001$);*

– *высокий суицидальный риск: волна 1 – 11 (3%) студентов, волна 2 – 7 (1,9%) студентов ($\chi^2= 0,5, df=1, p=0,48$).*

Дополнительно мы провели определение количества студентов, которые формально не попали в группу суицидального риска, однако имели указания хотя бы на однократное наличие суицидальных симптомов (что по шкале Пейкеля соответствует 1 баллу) – так называемая пограничная подгруппа. Выделение данной подгруппы имело значение для разработки превентивных мероприятий и рекомендаций по психосоциальным интервенциям среди студентов медицинского ВУЗа. Так, в исследуемой выборке ($n=553$) выявлено 75 (13,6%) студентов во время волны 1 и 18 (3,3%) студентов во время волны 2. При сравнительном анализе «пограничных рисков» обеих волн было выявлено, что количество таких студентов снижалось со статистической значимостью ($\chi^2= 33,72, df=1, p<0,001$) (исследуемая выборка во время волны 1 и волны 2 была одинакова по своей численности). В «группе потерь» ($n=67$) количество студентов с предриском составило 7 (10,4%) человек, при сравнении данного показателя с аналогичным в исследуемой выборке (волна 1) выявлено отсутствие статистически значимой разницы ($\chi^2=0,5, df=1, p=0,48$).

Обсуждение результатов

В рамках настоящего исследования впервые осуществлена динамическая оценка суицидального риска на популяции студентов медицинского ВУЗа. Нами проведена объективная стандартизированная оценка суицидальности студентов на основании самооценки учащихся, при этом особое внимание уделено временному периоду - в 12 предшествующих месяцев.

Преваленс суицидальных рисков в мировом пространстве отличается неравномерностью и зачастую обусловлен различиями в методологии их оценки. Так, согласно отчета за 2016 год преваленс суицидальных мыслей среди молодежи 15-16 лет в 17 европейских странах варьировал от 16% (Армения) до 31,5% (Венгрия), в том

время как распространенность суицидальных попыток составляет 4,1% и 23,5% в двух странах соответственно [13]. По данным Е. Evans, в Западных странах распространенность суицидальных мыслей среди подростков достигает 19,3%, как крайне усредненный показатель [11]. По сравнению с этими данными полученные нами результаты выявили меньшую распространенность данной социальной проблемы, однако они согласуются с некоторыми странами, проводившими изучение суицидальности молодежи, именно на популяции студентов колледжей и ВУЗов. Например во Франции, в рамках исследования «SEYLE» было выявлено, что 2,7% процента студентов высших и средне-специальных учебных заведений обнаруживают высокий суицидальный риск, ассоциированный с депрессивными расстройствами, злоупотреблением алкоголем, попытками самоповреждений несуйцидального генеза и собственно суицидальным поведением [12]. В 2013 году распространенность суицидов в Великобритании в возрастных группах 15-19 лет и 20-24 года составила 4,4 и 9,0 соответственно [16].

На азиатском континенте данные показатели также отличаются неравномерностью, от 18,5% в Китае до 4,9% в Израиле [20, 21].

Согласно ежегодному отчету UNICEF, посвященному ситуации в Казахстане, уровень суицидов среди подростков 15-19 лет достиг в 2014 году 9,1 на 100 000 для девушек, 20,5 на 100 000 для юношей [4].

В нашем исследовании напротив девушки имели более высокую распространенность суицидального риска. Такие результаты могут быть обусловлены попыткой оценить один и тот же признак (суицидальные риски в молодом возрасте) в различных популяциях, в частности в нашем исследовании – студенты медицинского ВУЗа от 16 до 26 лет, в исследовании UNICEF – учащиеся школ 15-19 лет. Принимая во внимание возраст, необходимо отметить, что в подобной возрастной категории в зарубежных исследованиях также определялся более высокий преваленс суицидальности среди девушек. Так, согласно когортному

исследованию в Дании суицидальный риск среди молодежи младше 25 лет больше обнаруживали девушки – 13,25% в сравнении с юношами – 9,98% [14]. Согласно данным И.А. Степанова (2014) у 30% подростков Российской Федерации бывают суицидальные мысли, при этом 6% юношей и 10% девушек могут предпринять попытки к их реализации [8].

Важно отметить также, что юноши, в отличие от девушек не обнаружили уменьшения частоты суицидального риска за время учебного года. Возможные причины данного наблюдения могут скрываться в затруднениях социальной адаптации у лиц мужского пола, большей подверженности влиянию стрессогенных ситуаций, в том числе академического характера, наличии патохарактерологических реакций в виде аддиктивного поведения. Для проверки справедливости данных допущений крайне важным нам видится необходимость оценки психического статуса у юношей с суицидальными рисками и диагностики возможных форм их аддиктивного поведения.

Следует обратить внимание, что среди юношей и девушек динамика частоты высокого суицидального риска не имела статистической значимости, а значит стабильно в начале и в конце учебного года сохранялась группа учащихся, демонстрировавших особую уязвимость по суицидальности. Данный факт может быть обусловлен наличием психической патологии и требует обязательного привлечения врача-психиатра для консультации таких студентов и возможного перенаправления их в профильную медицинскую организацию для детального обследования и лечебных интервенций.

Учитывая, что дизайн исследования не предполагал экспериментального воздействия в форме психотерапевтических интервенций или специальных стандартизированных психокоррекционных мероприятий, можно предположить, что снижение суицидальных рисков происходило в процессе естественной адаптации учащихся к новым академическим условиям. Однако нами не может быть исключен эффект проведения непрерывной воспитательной работы в ВУЗе в виде кураторских часов, посещения кружков,

спортивных секций, которые представляют собой естественные психо-социальные технологии борьбы с академическим стрессом. В то же время, нами отмечено, что у 20 (3,6%) студентов сохранялись суицидальные риски, при этом у 8 (1,4%) они были высокими и требовали проведения специализированной работы с психологом или психотерапевтом. Необходимо принять во внимание также и ту подгруппу учащихся, которая имела пограничные риски суицидальности, что расценивается нами как признак психической дезадаптации и требует прицельного изучения психического и психологического статуса в данной подгруппе (анализ стрессогенных факторов, психометрическая оценка аффективной сферы).

Данное исследование имеет ряд ограничений, которые связаны с его дизайном. Так, панельное исследование не предполагает возможности непрерывного динамического наблюдения за целевым признаком, как в когортном исследовании. Двухволновая оценка признака сопряжена с потерями части первоначальной выборки, что также оказывает влияние на достоверность полученных результатов и ограничивает возможности в их интерпретации. Форма регистрации данных также является слабой стороной исследования. Так, использованная нами Шкала Пейкеля предполагала сбор данных на основании самоотчета учащихся, что не может относиться к высокочувствительной методике. Например, табуированная социумом тема суицидов, могла блокировать возможность искренних ответов учащихся. В дальнейшем при планировании подобных исследований нами видится необходимость комбинированной формы сбора первичных данных: самооценка – объективная оценка специалиста ментальной сферы. Значительным фактором, который может улучшить исследование такого рода, может стать использование информации из отчетов родителей или близких родственников учащихся.

Среди сильных сторон этого исследования можно перечислить прикладное изучение признака в популяции учащихся первого курса, что позволяет проводить оценку суицидальности во взаимосвязи с

академическим фактором дезадаптации. При проведении двухволновой оценки потери составили не более 11%, при этом данная подгруппа была сопоставима с исследуемой выборкой по основным социально-демографическим факторам. Кроме того, при проведении исследования нами использован стандартизированный инструмент, который позволяет не просто номинально выделять суицидальный риск, но и ранжировать его по степени проявления, а отсюда выстраивать систему специфических превенций.

Выводы

Таким образом, настоящее исследование, показало, что в начале учебного года суицидальный риск встречался у 8,5% студентов, при этом высокий суицидальный риск был зарегистрирован у 2,5% опрошенных. Большую распространенность суицидального риска демонстрировали девушки - 10,5%, в то время как у юношей он встречался в 4,4% случаях. Частота высокого суицидального риска не отличалась при сравнении по половому признаку: среди девушек - 3%, среди юношей - 1,6%. При повторной оценке в конце учебного года зарегистрировано снижение частоты суицидального риска до 3,6%, при этом динамика наблюдалась исключительно среди девушек - 3,2%. Среди юношей частота суицидального риска осталась на прежнем уровне - 4,4%. Высокий суицидальный риск среди студентов не имел статистически значимой динамики, составив 1,4% в общем по выборке, 1,9% - среди девушек, 0,5% - среди юношей в конце учебного года.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости организации эффективной превенции суицидов среди студентов первых курсов ГМУ г. Семей с максимально специфичными рекомендациями относительно подгрупп с различающейся степенью суицидального риска.

Конфликт интересов: авторы официально заявляют об отсутствии конфликта интересов при проведении настоящего исследования и подготовке публикации.

Вклад авторов в работу:

Алтыбаева Г.К. - разработка протокола исследования, сбор и формирование базы данных и их статистическая обработка, подготовка публикации.

Оспанова Н.Н. - экспертная оценка протокола исследования, контроль качества сформированной базы данных, оценка полученных результатов и подготовка публикации.

Данное исследование выполнено в рамках проекта улучшения «Факторы суицидального риска у студентов 1 курса ГМУ г.Семей и их профилактика», выполненное вне грантового финансирования.

Литература:

1. Алтынбеков С.А., Негай Н.А., Скляр С.В. Эпидемиологическое исследование суицидов среди несовершеннолетних в Казахстане // Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Развитие общественно-ориентированной психиатрии», Алматы, 8-9 октября, 2015 г. С. 11-21.
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://www.npzdravrk.kz/index.php/health-c/112-2> (дата обращения: 17.03.17).
3. Гржибовский А.М. Выбор статистического критерия для проверки гипотез // Экология человека. 2008. №11. С.48-57.
4. Девочки Казахстана: право на жизнь: Аналитический документ, Алматы. 2012. С.5.
5. Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) в Республике Казахстан. Исследование распространенности, глубинных причин и факторов риска и защиты в области суицида и суицидальных попыток в Республике Казахстан», Астана. 2014. С. 97-99.
6. Любов Е.Б. Профилактика суицидов молодых: международный опыт и отечественные резервы (комментарий переводчика // Суицидология. 2014. №4. С. 9-10.
7. Робинсон Дж., Херрман Х. Профилактика суицидального поведения молодежи Австралии // Суицидология. 2014. №4. С. 3-8.
8. Степанов И.А. Суицид. О мерах профилактики суицида среди детей и подростков. Движение Тигель. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://centercep.ru/stati/8-klinicheskaya-psihologiya-i-psihoterapiya/132-suicid-o-merah-profilaktiki-suicida-sredi-detey-i-podrostkov.html> (дата обращения 16.03.17).

9. Холматова К.К., Гржибовский А.М. Панельные исследования и исследования тренда в медицине и общественном здравоохранении // Экология человека. 2016. №10. С. 57-64.

10. Bursztein C., Apter A. Curr Adolescent suicide // Opin Psychiatry. 2009. №22. P.1-6.

11. Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies // Suicide Life Threat Behav. 2005. №35. P. 239–250.

12. Kahn J.P., Tubiana A., Cohen R.F., Carli V., Wasserman C., Hoven C., Sarchiapone M., Wasserman D. Important Variables When Screening for Students at Suicidal Risk: Findings from the French Cohort of the SEYLE Study // Int J Environ Res Public Health. 2015. №12. P. 12277-12290.

13. McKinnon B., Gariépy G., Sentenac M., Elgar F.J. Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries // Bull World Health Organ. 2016. №94. P.340-350 doi: 10.2471/BLT.15.163295.

14. Mok P.L., Antonsen S., Pedersen C.B., Appleby L., Shaw J., Webb R.T. National cohort study of absolute risk and age-specific incidence of multiple adverse outcomes between adolescence and early middle age // BMC Public Health. 2015. №15. P. 920.

15. Paykel E.S. Suicidal feelings in the general population: A prevalence study // Brit. J. Psychiatry. 1974. №124. P. 460–469.

16. Scowcroft E. Suicide statistics report 2015 Including data for 2011-2013. Samaritans Registered Office. 2015. P. 40.

17. Suicide. Facts sheets. Reviewed April 2016 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>. (дата обращения 16.03.17).

18. Suicide rates, data by country - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en> (дата обращения 16.03.17).

19. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. 2014. P. 2-4.

20. Zalsman G., Shoval G., Mansbach-Kleinfeld I., Farbstein I., Kanaaneh R., Lubin G., Apter A. Maternal versus adolescent reports of suicidal behaviors: a nationwide survey in Israel //

Eur Child Adolesc Psychiatry. 2016. № 28. P. 235-239. doi: 10.1016/j.eurpsy.2012.02.009.

21. Zhang P., Roberts R.E., Liu Z, Meng X., Tang J., Sun L. et al. Hostility, physical aggression and trait anger as predictors for suicidal behavior in Chinese adolescents: A school-based study // PLoS One. 2012. № 7. P. 31044.

References:

1. Altyinbekov S.A., Negay N.A., Sklyar S.V. *Epidemiologicheskoe issledovanie suitsidov sredi nesovershennoletnih v Kazakhstane* [Epidemiological study of suicides in Kazakhstan underaged]. Sbornik materialov nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnyim uchastiem «Razvitie obschestvenno-orientirovannoy psihiatrii» [Collection of materials of the scientific-practical conference with international participation "Development of socially-oriented psychiatry"] Almaty, 8-9 oktyabrya [October, 8-9], 2015, pp. 11-21. [in Russian]

2. Gosudarstvennaya programma razvitiya zdavoohraneniya Respubliki Kazakhstan «Densaulyk» na 2016-2019 gody [The state program of development of public health services of the Republic of Kazakhstan "Densaulyk" for 2016-2020] [Electronic resource]. - URL: <http://www.npzdravrk.kz/index.php/health-c/112-2> (accessed 17.03.17). [in Russian]

3. Grijbovski A.M. Vybor statisticheskogo kriteriya dlya proverki gipotez [Choosing a statistical test for hypothesis testing]. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2008, №11, pp. 48-57. [in Russian]

4. *Devochki Kazahstana: pravo na zhizn: Analiticheskiy dokument* [The girls of Kazakhstan: the right to life: Analytical paper] Almaty. 2012, p.5. [in Russian]

5. *Detskiy fond OON (YuNISEF) v Respublike Kazahstan. Issledovanie rasprostranennosti, glubinnyh prichin i faktorov riska i zaschityi v oblasti suitsida i suitsidalnyih popyitok v Respublike Kazahstan* [The United Nations Children's Fund (UNICEF) in the Republic of Kazakhstan. Study of prevalence, underlying causes and risk factors and protection in suicide and suicide attempts in the Republic of Kazakhstan], Astana. 2014, pp. 97-99. [in Russian]

6. Lyubov E.B. Profilaktika suitsidov molodyih: mezhdunarodnyiy opyt i otechestvennyie rezervyi (kommentariy perevodchika [Youth suicide prevention: international experience and native reserves (translator's comments)]. *Suitsidologiya* [Suicidology]. 2014, №4, pp. 9-10. [in Russian]
7. Robinson J., Herrman H. Profilaktika suitsidalnogo povedeniya molodezhi Avstralii [Suicide prevention among young people in Australia]. *Suitsidologiya* [Suicidology]. 2014, №4, pp. 3-8. [in Russian]
8. Stepanov I.A. *Suitsid. O merah profilaktiki suitsida sredi detey i podrostkov. Dvizhenie Tigel* [On measures to prevent suicide among children and adolescents. Movement of Tigel]. [Electronic resource]. - URL: <http://centercep.ru/stati/8-klinicheskaya-psiologiya-i-psihoterapiya/132-suicid-o-merah-profilaktiki-suicida-sredi-detey-i-podrostkov.html> (accessed 16.03.17). [in Russian]
9. Kholmatova K.K., Grijbovski A.M. Panelnyie issledovaniya i issledovaniya trenda v meditsine i obschestvennom zdravoohranenii [Panel- and trend studies in medicine and public health]. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2016, №10, pp. 57-64. [in Russian]
10. Bursztein C., Apter A. Curr Adolescent suicide. *Opin Psychiatry*. 2009, №22, pp. 1-6.
11. Evans E., Hawton K., Rodham K., Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Suicide Life Threat Behav*. 2005, №35, pp. 239-250.
12. Kahn J.P., Tubiana A., Cohen R.F., Carli V., Wasserman C., Hoven C., Sarchiapone M., Wasserman D. Important Variables When Screening for Students at Suicidal Risk: Findings from the French Cohort of the SEYLE Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2015, №12, pp. 12277-12290.
13. McKinnon B., Gariépy G., Sentenac M., Elgar F.J. Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ*. 2016, №94, pp. 340-350 doi: 10.2471/BLT.15.163295.
14. Mok P.L., Antonsen S., Pedersen C.B., Appleby L., Shaw J., Webb R.T. National cohort study of absolute risk and age-specific incidence of multiple adverse outcomes between adolescence and early middle age. *BMC Public Health*. 2015, №15, 920 p.
15. Paykel E. S. Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *Brit. J. Psychiatry*. 1974. №124. P. 460-469.
16. Scowcroft E. *Suicide statistics report 2015 Including data for 2011-2013*. Samaritans Registered Office. 2015. 40 p.
17. Suicide. Facts sheets. Reviewed April 2016 [Electronic resource]. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>. (accessed 16.03.17).
18. Suicide rates, data by country - [Electronic resource]. URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en> World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. 2014, pp. 2-4. (accessed 16.03.17).
19. Zalsman G., Shoval G., Mansbach-Kleinfeld I., Farbstein I., Kanaaneh R., Lubin G., Apter A. Maternal versus adolescent reports of suicidal behaviors: a nationwide survey in Israel. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016, № 28, pp. 235-239. doi: 10.1016/j.eurpsy.2012.02.009.
20. Zhang P, Roberts RE, Liu Z, Meng X, Tang J, Sun L, et al. Hostility, physical aggression and trait anger as predictors for suicidal behavior in Chinese adolescents: A school-based study. *PLoS One*. 2012, № 7, pp. 310-44.

Контактная информация:

*Алтыбаева Гульжан Калибековна - магистрант 2 года обучения по специальности «Медицина», Государственный Медицинский университет города Семей.

Почтовый адрес: 071400, Республика Казахстан, Восточно-Казахстанская область, г. Семей, ул.Найманбаева 200.

E-mail: altybaevag@mail.ru

Телефон: 87058014015