

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Т.В. Матвейчик

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

E-mail: matveichik51@rambler.ru

Приведены отдельные элементы сестринской неотложной помощи, направленной на профилактику суицидов у престарелых пациентов.

Ключевые слова: медсестра, неотложная помощь, престарелый пациент, суицид.

Увеличение продолжительности жизни наряду с другими демографическими проблемами изменило отношение общества к медико-социальному уходу. При этом спрос на квалифицированный сестринский уход за тяжелобольными в стенах лечебной организации или на дому превышает предложение [1].

Одна из серьезных проблем лиц престарелого возраста – склонность к суицидам. Выделяют следующие их причины (Бородин С.В., Михлин А.С., 1978):

- личные или семейные (развод, болезнь, смерть близких, одиночество, оскорбление, импотенция);
- состояние здоровья (уродство, психосоматические заболевания);
- поведенческие конфликты (боязнь наказания, позора, тюрьмы);
- конфликты на работе;
- морально-бытовые трудности.

Существуют факторы, повышающие риск суицидов:

- *внешние:* психические заболевания и пограничные состояния; экстремальные условия жизни или работы; утрата престижа; пьянство, наркомания; группу лиц с повышенным риском суицидов составляют пациенты с фатальным заболеванием, которое приносит страдания и ограничения и поэтому часто сочетается с депрессией; у 50% таких больных психическое расстройство сочетается с соматическим заболеванием;
- *внутренние:* неадекватная самооценка; отсутствие целей и интереса к жизни; особенности характера; сниженная устойчивость к эмоциональным нагрузкам [2].

Суицидальный риск снижают: выраженная эмоциональная привязанность; родственные обязанности; чувство долга и чести; понимание того, что общество порицает суицид; внимание к своему здоровью; представление о неиспользованных возможностях; философское осмысление конфликта, а отсутствие этих факторов – повышает риск.

Спасению людей из группы риска по суициду препятствуют следующие устойчивые заблуждения:

- люди, говорящие о самоубийстве, никогда не осуществят его (на самом деле 4 из 5 таких людей неоднократно сообщают о подобных намерениях, но их просто не слышат);
- самоубийство происходит внезапно, без предупреждения (это не так – существуют признаки борьбы между желанием жить и желанием покончить с собой);
- люди с риском суицида постоянно думают о смерти (чаще они колеблются);
- улучшение состояния самоубийцы после попытки суицида означает, что угроза миновала (на самом деле это – самый зловещий симптом: если предыдущая попытка была неудачной, то вторая может стать успешной);
- суицид носит наследственный характер или наблюдается у умственно неполноценных людей (это не подтверждено);
- такие люди не хотят принимать помощь окружающих (на самом деле разговоры, угрозы и попытки осуществить суицид – «крик души», способ обратить на себя внимание).

Внимательность медицинского работника может предотвратить гибель человека [2]. Медсестра обязана знать *признаки суицидального поведения* (особенно при работе с престарелыми пациентами, психиатрическими, онкологическими, наркологическими больными):

- *уход в себя;* это состояние естественно для любого человека, но если оно глубокое и длительное – это неблагоприятный сигнал;
- *капризность, привередливость,* если они не вызваны погодой, усталостью, служебными

или семейными неурядицами, плохим самочувствием; если настроение постоянно колеблется между возбуждением и упадком, есть причины для тревоги;

- *депрессия* внешне проявляется замкнутостью, уходом в себя, но она порой маскируется так, что долго перемен в поведении не видно; однако потухший взгляд, тяжелые вздохи, молчаливость, высказывания о безысходности, снижение работоспособности и интереса к обычным контактам, потеря уверенности в себе могут свидетельствовать о проблеме; в этих случаях важен откровенный разговор пациента с врачом или медсестрой;
- *агрессивность* – вспышки раздражения, гнева, ярости, жестокости с целью обратить на себя внимание; осуждение и неприязнь окружающих усугубляют положение пациента;
- *нарушение аппетита* – его отсутствие или булимия – связаны с саморазрушающими мыслями;
- *раздача подарков, своих вещей* – прямой предвестник грядущего несчастья;
- *перемены в поведении*; если сдержанный, замкнутый, молчаливый человек начинает много шутить, болтать, смеяться, стоит присмотреться к нему; усиление пассивности, безразличия к людям и жизни – тоже тревожные симптомы;
- *угроза* – прямое предупреждение о готовящемся самоубийстве; следует проявить спокойствие, выдержку, предложить помощь; черствость и агрессия недопустимы;
- *активная подготовка* (собираение лекарств, рисунки с гробом, крестом, посещение кладбищ, разговоры о смерти); медсестра должна попытаться понять, насколько велико желание пациента принять помощь окружающих; сотрудничество пациента с теми, кто оказывает ему помощь, значительно увеличивает шансы на благоприятный исход; а эмоциональная недоступность, сокрытие суицидальных намерений, нежелание принять помощь, сожаления о том, что ему «мешают» осуществить суицидальный замысел, представляют собой признаки неблагоприятного прогноза [2,3].

Оценка прогностических признаков входит в компетенцию врача, однако и медсестры должны в них ориентироваться. Такими признаками являются:

- состояние депрессии и безнадежности;
- наличие устойчивых фантазий на тему смерти, прямо или косвенно высказанных идей самоповреждения или самоубийства;

- наличие чувства вины (стыда, обиды, сильного страха);
- импульсивность, особенно при наличии стрессовой ситуации;
- выраженное физическое или психическое страдание (болевого синдром, «душевная боль»);
- отсутствие социальной и психологической поддержки;
- нежелание принимать помощь (сожаление о том, что «остался жив»);
- реакция на враждебное отношение медицинского персонала.

Медсестра обязательно должна обратить внимание на поведенческие и словесные признаки склонности к суициду [4].

Поведенческие сигналы:

- повышенная эмоциональная напряженность;
- реакция тревоги, иногда – апатии;
- стремление к уединению;
- неожиданное желание навести порядок в бумагах, документах, делах;
- дарение вещей безо всяких объяснений;
- возвращение бумаг;
- предпочтение черно-желтых цветов в одежде, ношение амулетов этого цвета.

При наличии таких сигналов пациенту следует задать определенные вопросы:

- чувствуете ли Вы тоску и беспомощность, отчаяние?
- считаете ли, что никому до Вас нет дела?
- есть ли у Вас ощущение, что жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать?
- бывают ли у Вас фантазии о смерти?

Если пациент утвердительно отвечает на последний вопрос, необходимо уточнить следующее:

- как часто появляются мысли о самоубийстве (самоповреждении)?
- представляете ли Вы конкретные способы этого?
- был (есть) ли у Вас определенный план самоубийства (время, место, обстоятельства, способ)?
- имеете ли вы доступ к избранному способу (медикаменты, яды, оружие, др.)?
- чувствуете ли Вы способность противостоять этим мыслям?
- что может помочь противостоять этим идеям (семья, дети, работа, друзья, оказание медицинской и психологической помощи и др.)?

Суицидальные мысли престарелого пациента проявляются в таких высказываниях: я никому не нужен; меня никто не любит; не хочу никого видеть; жизнь не имеет смысла; я Вас вижу

в последний раз; я навел Вас в последний раз; Вы со мной больше не увидите; я не могу выносить этого; я умираю; я не хочу жить [3, 5].

Если медсестра слышит подобные высказывания, она может спросить:

- что Вы имеете в виду?
- что с Вами происходит?
- с какой проблемой Вы хотите разобраться и решить ее?
- была ли у Вас ситуация, похожая на эту, и что Вы тогда предприняли, как она разрешилась?
- как Вы думаете, что бы предпринял кто-то другой, оказавшись в такой ситуации? что бы Вы могли ему посоветовать?
- как я могу Вам помочь?

Эти вопросы располагают к диалогу. Беседа медсестры с пациентом является как способом оценки суицидального риска, так и началом терапевтических мероприятий. Правильно проведенная беседа может, хотя бы временно, снизить риск суицида.

Проводя беседу, медсестре рекомендуется руководствоваться следующими принципами:

- неотложностью; при наличии суицидального риска беседа не может быть отложена;
- беседовать надо с глазу на глаз, так как в присутствии посторонних пациент может не раскрыть своих переживаний; в случае агрессивного поведения или подозрения на психоз необходимо присутствие нескольких медицинских работников;
- важно показать (словами, мимикой, жестами), что Вы принимаете любые жалобы пациента, проявляете уважение к его мнению, понимаете его чувства;
- активное слушание помогает человеку высказаться; в начале беседы достаточно простых вопросов о самочувствии, жалобах; приходится быть терпеливой, не торопить пациента, адаптироваться к его темпу ведения беседы; к концу беседы вопросы могут стать более конкретными;
- следует избегать моральных оценок, которые ухудшают контакт;
- не надо акцентироваться на психопатологии; пациенты с психическими расстройствами переживают те же чувства, что и остальные люди; осознание факта психического расстройства часто сопровождается чувствами вины и стыда, депрессия – ощущением бесконечности страданий, безнадежностью;
- надо проявлять искренность, избегать невыполнимых обещаний, обмана или двусмысленных замечаний, которые могут быть неверно истолкованы; пациента следует про-

информировать о том, что сведения о его суицидальных намерениях будут переданы врачу и другим членам комплексной бригады медицинских работников; необходимо определить границы своих возможностей и рассказать пациенту о том, что Вы можете, чего не можете сделать для него;

- по ходу беседы некоторые темы требуется неоднократно прояснить, прежде всего – тему суицидальных мыслей и намерений; вопросы об этом в разной форме должны задаваться несколько раз по ходу беседы; чем больше пациент говорит о своих чувствах и суицидальных намерениях, тем больше вероятность того, что это снизит их остроту и он станет рассуждать более позитивно;
- надо предложить пациенту план помощи; проинформировать его о дальнейших действиях персонала; объяснить, что эффективная помощь не может быть оказана только путем однократной беседы; сказать о необходимости врачебного осмотра, консультаций других специалистов, причем важно это сделать так, чтобы у больного не вышло впечатления, что от него хотят отделаться, что его боятся.

Такое поведение медсестры способствует формированию доверительного контакта, дает пациенту возможность высказаться [5, 6].

Чего медсестре следует избегать в беседе с престарелым пациентом с депрессией:

- часто перебивать его;
- показывать, что Вы шокированы, проявлять слишком сильные эмоции;
- демонстрировать свою занятость;
- проявлять покровительственное отношение (разговаривать с позиций старшего или всезнающего человека);
- допускать неясность в высказываниях;
- провоцировать на более «серьезные» суицидальные действия;
- обещать, что Вы сохраните в тайне суицидальные замыслы [3].

Если медсестра заметила поведенческие и словесные сигналы склонности пациента к суициду, она обязана подробно доложить об этом врачу, ибо только своевременная психологическая поддержка обеспечит необходимую помощь.

Медсестра не должна оставлять такого пациента одного. Она может сказать, что уход из жизни в силу его важности лучше отложить на время и спокойно обдумать, что жизнь пациента очень ценна, в нем нуждаются его близкие, родные. Это повысит самооценку пациента, его ответственность. Поддержка со стороны родных, партнеров, друзей, сослуживцев, социальных служб может

предотвратить самоубийство, а отсутствие поддержки (проживание в одиночестве, замкнутый образ жизни или наличие враждебного, осуждающего окружения) значительно усиливает риск. Хорошо действуют также такие рекомендации:

- **сделайте себе подарок**; подарите себе несколько часов или день приятного времяпрепровождения;
- **помогите другому** – всегда есть кто-то, кому нужны помощь, внимание, совет, просто доверительный разговор;
- **напишите письмо**; если нет подходящего адресата, напишите воображаемому адресату; сохранив письмо, его полезно будет перечитать потом, проанализировать и сделать выводы;
- **поговорите с** расположенным к Вам человеком; это называется «поплакаться в жилетку»; «жилеткой» бывают немолодые, душевные, умеющие хранить чужие тайны люди, может быть, – даже случайные попутчики или домашние животные;
- **растворите печаль во сне** – «утро вечера мудренее»; перед сном настройте себя на позитив;
- **нет худа, без добра**; составьте список хороших событий, которые были в жизни; проанализируйте то, что вызвало уныние и тоску, душевную боль; перечитав список, Вы увидите, что жизнь не так уж плоха; направьте все силы на добрые дела, пусть хорошее постепенно начинает перевешивать плохое [5].

При обнаружении у пациента признаков суицидального риска необходима организация помощи [6]:

- обеспечьте постоянное наблюдение за пациентом, привлекая дополнительный медицинский персонал; рекомендуется продолжать беседовать с пациентом, информировать его о том, какие действия предпринимаются;
- срочно доложите врачу о возможном риске суицидальных действий;
- надо договориться с пациентом о возможности изъятия у него средств, которые могут

быть применены с целью самоповреждения (медикаменты, острые предметы, веревки и пр.);

- обеспечьте контроль над доступностью средств суицида (открытые окна, острые предметы, медикаменты и др.);
- наладьте контакт с родственниками больного и другими эмоционально значимыми лицами, предварительно получив у пациента согласие на это; как правило, пациент сам сможет уточнить, кому из близких людей он доверяет; родственники и (или) другие близкие люди должны быть поставлены в известность о суицидальных намерениях или действиях пациента и могут привлекаться для оказания психологической поддержки и наблюдения за ним.

Литература

1. Вальчук Э.А., Матвейчик Т.В., Иванова В.И. Сестринское дело в Беларуси: опыт прошлого, настоящее и шаг в будущее. – Минск: БелМАПО, 2014. – 32 с.
2. Матвейчик Т.В. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому. Учебное пособие для слушателей системы последипломного мед. образования. – Минск: Адукацыя і выхаванне, 2011. – 368 с.
3. Матвейчик Т.В., Кралько А.А., Андреева Л.А. Сопроводительное руководство медицинской сестре по общению и уходу за пациентами психиатрического и наркологического профиля. Учебно-практич. Пособие. – Минск: Белпринт, 2012. – 188 с.
4. Моррис Д. Библия языка телодвижений. – М.: ЭКСМО, 2010. – 672 с.
5. Менделевич В.Д. Клиническая психиатрия. Практич. руководство. – М.: МедПресс, 2001. – 592 с.
6. Евсегнеев Р.А. Психиатрия для всех. – Минск: Беларусь, 2006. – 478 с.

SUICIDE PREVENTION IN OLD AGE GROUP PATIENTS T.V. Matveichik

Byelorussian Medical Academy of Postgraduate Education,
Minsk

The paper discloses individual elements of emergency nursing in order to prevent suicides in senile patients.

Key words: nurse, emergency care, senile patient, suicide.