

A photograph showing a child lying face down on a paved road. The child is wearing a grey hoodie and yellow pants. A blue bicycle helmet lies on the ground nearby. In the background, a dark-colored car is partially visible, suggesting a recent accident. The scene is outdoors with trees and a cloudy sky in the distance.

Профілактика Травматизму

ЦІЛІ Після прочитання цього розділу і засвоєння знань, представлених у курсі ATLS®, ви зможете:

1. Описати, як можна використати концептуальну структуру трьох “Е” під час планування адаптованих до місцевих умов заходів із профілактики травматизму.
2. Перелічити конкретні фактори ризику і стратегії профілактики травматизму відповідно до механізмів травми.
3. Розповісти, як соціальні детермінанти здоров’я (СДЗ) та інші чинники можуть зумовлювати непропорційно великий тягар травматизму в певних групах населення.
4. Описати, як використання спеціалізованих інструментів скринінгу може допомогти у виявленні жорстокого поводження з дітьми й особами похилого віку, насильства з боку інтимного партнера та проблем психічного здоров’я, і пізніше може бути корисним при організації відповідних скерувань.

ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ

Травми — це не просто «нещасні випадки», це події, які можна передбачити, а отже, попередити. Ретельні зусилля із запобігання травматизму вже суттєво знизили смертність від травм, проте залишається ще багато роботи, зокрема, у таких категоріях, як дорожньо-транспортні пригоди (ДТП), падіння в людей похилого віку, опіки в дітей і насильство з використанням вогнепальної зброї. Пріоритети запобігання травматизму відрізняються залежно від регіону та контексту.

Медики, які надають допомогу при травмі, є ключовими особами у запобіганні травматизму, оскільки вони часто володіють найактуальнішою і локально релевантною інформацією про те, що потребує пріоритезації. Під час початкової ресусцитації медичні працівники також мають унікальну можливість зібрати інформацію від фахівців догоспітальної допомоги. Отримані дані можуть бути корисними для розробки чи оцінки стратегій профілактики травматизму: як для запобігання повторній травматизації пацієнта, який безпосередньо перебуває під їхньою опікою, так і для попередження майбутніх травм у місцевій громаді. Прості структури, наприклад модель трьох “Е” (англ., **environment/engineering, education, and enforcement - середовище / інженерні рішення, освіта і використання правових інструментів**), легко застосовуються до поширених видів ушкоджень і допомагають проектувати заходи з профілактики, адаптовані до місцевих умов.

Цей розділ розповідає про концептуальні підходи до профілактики травматизму та ідеї щодо їхнього впровадження на основі моделі трьох “Е”. Зрозуміло, що в різних регіонах світу можуть бути потрібні різні заходи, закони, стратегії тощо, залежно від ресурсів та

філософії, проте цей розділ може служити основою для розробки відповідних доказових втручань у відповідних сферах.

ВСТУП І ПЕРЕДУМОВИ

Хоча прогрес у наданні травматологічної допомоги покращив виживаність, самі по собі такі покращення не можуть усунути вплив травми. Профілактика травматизму є критично необхідною для зменшення інвалідизації і смертності від травм, яким неможливо зарадити з медичної точки зору. **Хоча ненавмисні ушкодження іноді називають «нещасними випадками», вони часто є передбачуваними (а отже, попереджуваними) подіями.** Прикладом цього є географічний розподіл травм внаслідок ДТП на карті міста. Такі події розподіляються в місті нерівномірно; вони мають тенденцію концентруватися в окремих районах і вздовж певних маршрутів, що створює непропорційний вплив на окремих територіях. Такі “гарячі точки” дають можливість проаналізувати першопричини травматизму в цих місцях. Прикладами можуть бути неузгоджене за часом перемикання світлофорів; недостатньо помітна розмітка або знаки пішохідного переходу; близьке розташування барів чи інших закладів, де продають алкоголь, що сприяє зростанню рівня водіння в нетверезому стані.

Дуже важливо ретельно проаналізувати *соціальні детермінанти, або рушії, здоров'я*, оскільки саме вони часто лежать в основі як факторів ризику, так і *чинників захисту від травм*. Наприклад, чи частіше трапляються травмівні події в районах, де люди не мають постійного місця проживання або перебувають у скрутному економічному становищі?

Виявлення таких першопричин є фундаментом сучасного підходу до запобігання травматизму. Завдяки виявленню факторів ризику й захисних чинників було створено ефективні втручання, які суттєво зменшили тягар травматизму у США. Багато з цих втручань сприймаються як належне: суспільство користується подушками безпеки, безпечними переходами та іншими заходами, не замислюючись над їх походженням; однак суттєво знизити смертність від травм у США та багатьох інших країнах дозволили саме систематичні багаторічні зусилля різних зацікавлених сторін.

Фахівці з допомоги при травмі, які перебувають “на передовій” і безпосередньо бачать наслідки травм, є ключовими учасниками заходів із профілактики травматизму. Хоча запобігти травмі, що вже сталася, неможливо, клініцисти, які надають допомогу таким пацієнтам, мають унікальну можливість виявляти тенденції травматизму у своєму регіоні. Певні механізми травм асоціюються з конкретними факторами ризику, що має спонукати травматологів застосовувати принципи і стратегії запобігання травматизму.

Оскільки клініцисти бачать безпосередні наслідки травм у своїх громадах, вони можуть застосовувати такі структурні підходи, як концепція трьох “Е” (розглянута нижче), до конкретних механізмів травм - наприклад, падінь з рівня власного росту у літніх пацієнтів, насильства із використанням вогнепальної зброї, травмування пішоходів у ДТП - або до випадків, які вони часто спостерігають (зокрема, на тлі інтоксикації чи психічних розладів). Ці тенденції не лише створюють можливість, але й накладають обов’язок: попереджати повторне травмування конкретного пацієнта, а також майбутні подібні випадки в осіб із такими ж факторами ризику.

Своєчасне виявлення типових механізмів травмування і повторюваних факторів ризику може сигналізувати про ключові напрями для потенційних втручань на рівні громади. Крім того, у літературі доступні численні скринінгові інструменти для окремих категорій ризику, зокрема психічного здоров’я, насильства з боку інтимного партнера (НІП), а також щодо підозри на жорстоке поводження з дітьми чи особами похилого віку (у відповідних розділах будуть наведені короткі посилання на такі інструменти).

КОНЦЕПЦІЇ ТА ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ТРАВМАТИЗМУ.

Існує кілька концептуальних рамок і принципів, які використовують для розробки ефективних програм із запобігання травматизму. Жоден підхід не є безумовно кращим, радше вони пропонують різні перспективи для аналізу одного й того ж питання. У цьому розділі основна увага приділяється моделі трьох “Е”, хоча коротко

розглядаються й інші підходи. Для отримання додаткової інформації див. посилання.

Три “Е”:

- **Середовище / Інженерні рішення**
- **Освіта**
- **Використання правових інструментів**

Первинно ці підходи розглядалися окремо й могли бути розміщені на спектрі від найбільш ефективних (**середовище й інженерні рішення**) до найменш ефективних (**освітні заходи**); а також за ступенем залученості: від пасивних втручань, які майже не потребують індивідуального прийняття рішень, до активних, для яких необхідна складніша зміна поведінки (див. нижче). Останніми роками модель трьох “Е” застосовують об’єднано, щоб створювати багатокомпонентні втручання. Так відбувається не лише тому, що багато втручань за своєю природою містять елементи більше ніж однієї категорії, а й через те, що багатокомпонентний підхід зазвичай є ефективнішим. Прикладом є використання ременів безпеки, що вимагає поєднання інженерних рішень, освітніх заходів і залучення правових аспектів. Хоча це втручання вимагало зусиль і часу для його успішного впровадження в США, воно, зрештою, виявилось надзвичайно ефективним у зниженні травматизму і смертності внаслідок ДТП.

Модель трьох “Е” є практичним інструментом, використовуючи який клініцисти зможуть швидко оцінити умови травмування і фактори ризику, пов’язані з ушкодженнями пацієнта, що дозволить ідентифікувати потенційні цілі для профілактичних заходів ще на ранніх етапах. Особливо важливо пам’ятати про необхідність повідомляти інформацію щодо умов травмування при передачі або переведенні пацієнта для надання остаточної допомоги - для цього також гарно підходить модель трьох “Е”. На **рис. 18-1** продемонстровано, як медик може концептуалізувати три “Е” для розробки та впровадження ініціатив із запобігання ДТП. Деякі автори пропонують додати четверте “Е” - справедливість (англ., equity) - для врахування того факту, що травми непропорційно вражають різні групи населення, і забезпечення справедливого застосування втручань.

ПАСИВНІ Й АКТИВНІ ВТРУЧАННЯ

Пасивні втручання не потребують від людини приймати рішення щодо їх використання - вони спрацьовують автоматично. Прикладами цього є регулятори температури у нагрівачах води в США (запобігання опікам у дітей) або подушки безпеки (запобігання травмам у випадку ДТП). **Активні втручання** потребують, щоб користувач щоразу самостійно приймав рішення їх застосувати. Прикладом є ремінь безпеки, який потрібно щоразу свідомо застібати. Пасивні втручання зазвичай ефективніші, однак потребують значних початкових політичних або регуляторних зусиль (наприклад, законодавча база про регулювання температури водонагрівачів). Утім, після впровадження вони мають високу ефективність, оскільки не вимагають від кожної людини щоразу робити вибір на користь безпеки.

МАТРИЦЯ ГЕДДОНА

Матриця Геддона була розроблена Вільямом Геддоном, якого вважають батьком сучасної

профілактики травматизму; це був ключовий концептуальний прорив у розвитку галузі. Матриця Геддона розкладає травмівну подію на фактори, які стосуються людини, предмета ("агента", наприклад, транспортний засіб) і середовища, і розташовує її вздовж часового континууму потенційних можливостей для втручання (фази перед подією, під час події і після події). Кожна точка перетину цих категорій - це потенційна можливість для втручання. Наприклад, спрацювання подушки безпеки - це втручання, яке відбувається під час події і належить до предметних факторів (тобто властивостей транспортного засобу). Матриця Геддона й досі використовується як інструмент для генерації та структурування ідей щодо ефективних втручань. В оригінальній публікації 1968 року було представлено шаблон, який демонстрував застосування матриці для напрацювання втручань, спрямованих на профілактику травматизму, пов'язаного з ДТП на швидкісних автомагістралях (рис. 18-2).

Рисунок 18-1: Концепція трьох "Е". Дана концепція пропонує багатокомпонентний підхід до розгляду причин виникнення травм та потенційних стратегій їх запобігання.

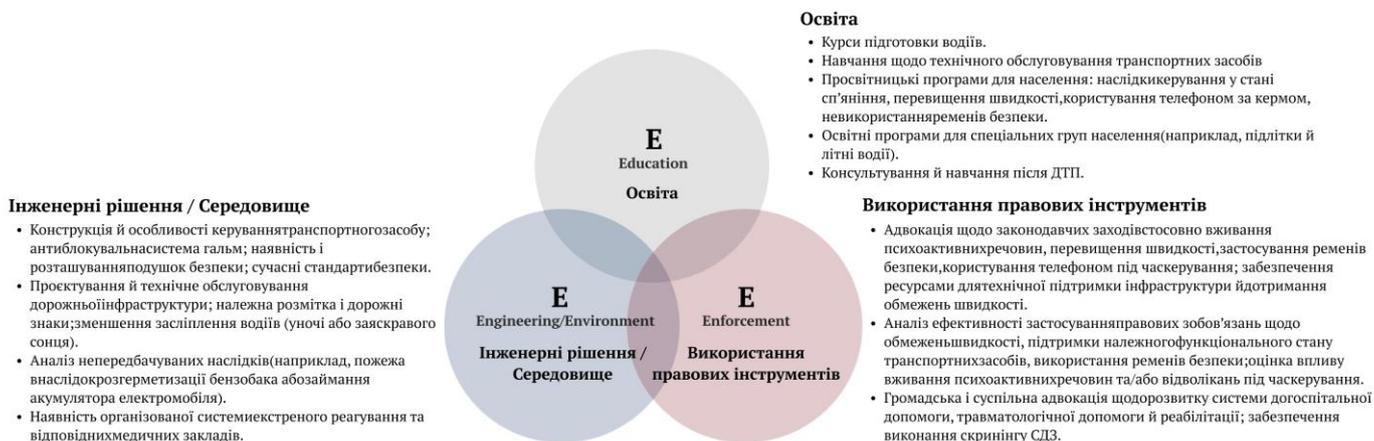


Рисунок 18-2: Матриця Геддона. Початковий шаблон був розроблений для застосування принципів громадського здоров'я до проблеми безпеки дорожнього руху. Нині матриця використовується для напрацювання ідей щодо профілактики травматизму в широкому спектрі механізмів травмування.

ЧАС ↓	Компонент								
	Фаза	Водій	Пасажири	Пішоходи	Велосипедисти	Мотоциклісти	Транспортні засоби	Автомагістралі	Поліція
	Перед аварією								
	Аварія								
	Після аварії								
РЕЗУЛЬТАТИ									
		Травмування і смерть водія	Травмування і смерть пасажирів				Матеріальні збитки		

ПРИНЦИПИ ЦЕНТРІВ ІЗ КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ США: ПЕРВИННА, ВТОРИННА І ТРЕТИННА ПРОФІЛАКТИКА

Підходи громадського здоров'я до профілактики травматизму базуються на перешкоджанню травматизації чи розвитку захворювання, подовженні тривалості життя та зміцненні здоров'я населення. Ці принципи будуть описані нижче.

- Первинна профілактика спрямована на загальну популяцію та передбачає недопущення виникнення травмування, ризикованої поведінки або насильства. Прикладами первинної профілактики є підвищення обізнаності щодо шкідливих наслідків фізичного, психологічного чи сексуального насильства, встановлення блокувань для виявлення водіїв під впливом дії психоактивних речовин, обмеження доступу до зброї, використання вогнестійких матеріалів у будівництві.
- Вторинна профілактика передбачає скринінг осіб із підвищеним ризиком для раннього виявлення травматизації або втручання після насильницького

інциденту, щоб зменшити ймовірність його повторення. Прикладами вторинної профілактики є навчання постраждалих від домашнього чи сексуального насильства ознак ("червоних прапорців") небезпечної поведінки кривдника, програми втручання у випадках насильства в громаді, використання ременів безпеки, застосування менш летальних боєприпасів, встановлення детекторів диму.

- Третинна профілактика фокусується на довгострокових наслідках травм або насильства і передбачає підтримку осіб, які вже постраждали. Прикладами третинної профілактики є центри сімейної підтримки, реабілітаційні центри, доступ до екстреної медичної допомоги або аналогів американської служби порятунку 911, доступ до якісної медичної допомоги.

ЗНАЧЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТРАВМАТИЗМУ В КОНТЕКСТІ ПОЧАТКОВОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТУ

Кожен рівень надання допомоги (догоспітальний етап, початковий лікувальний заклад і травма-центр) відіграє важливу роль у

розумінні того, з яких причин трапилась травма і, відповідно, як їй можна запобігти. **Попри те, що пріоритетом залишаються швидка клінічна оцінка і стабілізація стану пацієнта, часто саме початковий вигляд постраждалого говорить про контекст і обставини отримання травми, і це має значення для її профілактики.** Такі деталі, як місце інциденту й характеристики навколишнього середовища, можуть надати цінну інформацію щодо факторів ризику й захисту. Ось кілька прикладів таких ситуацій:

- ДТП. Подія сталася на перехресті чи посередині вулиці? Чи було порушення правил дорожнього руху? Чи був на постраждалому шолом? Чи перебував постраждалий у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння? Чи є в анамнезі психічні захворювання? Чи має пацієнт постійне місце проживання?
- Насильство. Чи був факт вживання психоактивних речовин? В інциденті була використана вогнепальна зброя? Чи були задіяні СДЗ, наприклад, неналежні житлові умови?
- Падіння у людей похилого віку. Де стався інцидент: удома чи в закладі для догляду? Чи були наявні фактори ризику, такі як килимки або сходи з поганим покриттям? Чи є підозра на жорстоке поводження з людьми похилого віку?

Важливо ставитися до кожного пацієнта з однаковою повагою відповідно до принципів травмоіформованої допомоги (див. розд. 19 "Травмоінформована допомога і соціальні детермінанти здоров'я"), включно з розумінням того, як попередня травма може впливати на поведінку в даний момент. У разі переведення пацієнта до іншого закладу чи на вищий рівень допомоги важливо передати всю релевантну інформацію, включно з контекстом травмування. **Якщо пацієнт з метою остаточного лікування зрештою потрапляє до травма-центру I рівня, там мають діяти програми збору даних для профілактики травматизму, які отримують дуже велику користь від інформації про контекст травмування пацієнта, наявні фактори ризику й захисні чинники.** Якщо така інформація була втрачена на якомусь етапі, дуже часто її не вдається відновити або для

цього потрібні значні зусилля, тож заклад, який надає початкову допомогу, відіграє тут ключову роль.

Концепція трьох "Е" є простим підходом, який можна легко використовувати для підтримки необхідної в таких випадках комунікації. Наприклад, лікар, який надає допомогу травмованій внаслідок падіння літній людині, може дізнатись інформацію про обставини травмування, яка може виявитись критично важливою для запобігання майбутньому падінню цього ж пацієнта. Трагування цієї інформації як факторів з області **інженерних рішень** (відсутність поручнів) або **освіти** (просвітницька робота з пацієнтом чи родиною щодо медикаментів, які приймає пацієнт, або перевірка його зору) може бути ключовим як для захисту окремого пацієнта від повторного травмування, так і для планування ефективних громадських програм профілактики травматизму.

ОСОБЛИВОСТІ РОБОЧОГО СЕРЕДОВИЩА

Рівень втручань з профілактики травматизму має відповідати ресурсам і статистиці травм у кожному конкретному закладі. Навіть невеликі заклади можуть відігравати важливу роль у запобіганні травматизму. Наприклад, якщо до невеликої лікарні часто звертаються травмовані пішоходи, ретельний аналіз контексту травмування може виявити, що інциденти трапляються в одному й тому ж місці або на одному перехресті. У випадку ризикованого перехрестя може бути достатньо простого, контрольованого на місцевому рівні профілактичного втручання. Зокрема, досить успішною є профілактика травматизму внаслідок ДТП, зосереджена на зміні середовища, наприклад, облаштуванні діагональних пішохідних переходів, удосконаленні тривалості ввімкнення зеленого світла на світлофорах для захисту вразливих учасників руху чи розділення потоків транспорту. Vision Zero є прикладом локальної ініціативи, що набула міжнародного масштабу (див. блок 18-1).

Принципи профілактики травматизму застосовні в різноманітних умовах, навіть при обмежених ресурсах. Країни з низьким рівнем доходу мають приблизно 1% транспортних засобів на планеті, але на них припадає 13%

смертей через ДТП; крім цього, ДТП є провідною причиною смерті людей віком 1–29 років у світі. Багато країн з низьким і середнім рівнем доходу успішно впровадили стратегії профілактики травматизму попри обмежені ресурси. Наприклад, Богота (Колумбія) знизила смертність внаслідок ДТП на 50% з 1996 по 2006 рік завдяки багатокомпонентній стратегії, яка включала покращення інфраструктури (**інженерні рішення / середовище**), запровадження і контроль за дотриманням регуляторних норм, таких як обов'язкове використання ременів безпеки і покарання за керування у стані сп'яніння, а також сильне лідерство, що забезпечило ефективну комунікацію з населенням (**освіта**). Принципи, продемонстровані досвідом Боготи – ефективне регулювання, забезпечення дотримання правил, модифікації дорожніх умов (**інженерні рішення / середовище**) і **просвітницька робота** на рівні населення – є застосовними і можуть бути впроваджені в різних контекстах. Приклади країн із низьким і середнім рівнем доходу підкреслюють потужність профілактики травматизму незалежно від умов середовища, з суттєвим зменшенням рівня травматизації і смертності від травм. **Медики, які надають допомогу при травмі, у будь-яких умовах можуть зробити вагомий внесок у ці зусилля. Щоб ініціювати оптимальні стратегії профілактики травматизму відповідно до можливостей свого закладу, необхідно постійно переглядати, визначати й оцінювати фактори ризику та захисні чинники.**

Блок 18-1: Vision Zero.

Vision Zero

- Vision Zero є прикладом руху, що розпочався локально у Швеції понад 20 років тому та нині набув міжнародного розмаху. Більшість великих міст мають програми Vision Zero, і травма-центри можуть робити значний внесок у їх розвиток, надаючи інформацію для визначення пріоритетних напрямків втручання.
- У Сан-Франциско лікарні надали дані щодо нефатальних травм, які історично недостатньо відображені у поліцейських джерелах, забезпечивши точну інформацію для визначення пріоритетів, моніторингу та оцінювання втручання.
- Прикладом неправильно визначених пріоритетів може бути ситуація, яка спостерігалася в одному великому місті країни з низьким/середнім рівнем доходу. Місцева політика щодо профілактики травматизму була зосереджена на розробці законів про подушки безпеки, тоді як місцеві медики звернули увагу, що більшість тяжких травм припадає на пішоходів і людей, які впали з потяга (такі пасажири застрибували на потяг і їхали на даху чи збоку). Отож, запропоновані втручання не впливали на актуальні травми.
- На глобальному рівні погляди місцевих фахівців травматологічної допомоги є ключовими для розробки релевантних і ефективних стратегій профілактики травматизму.

СПЕЦИФІЧНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ТРАВМ І СТРАТЕГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ ВІДПОВІДНО ДО МЕХАНІЗМУ ТРАВМИ

У табл. 18-1 наведено певні фактори ризику, які можуть сприяти травмуванню, а також можливі стратегії профілактики. Під час початкового оцінювання травмованого пацієнта медики повинні обміркувати, які з цих факторів могли сприяти травмівній події, а також подумати про відповідні потенційні стратегії профілактики.

ОСОБЛИВІ ГРУПИ ПАЦІЄНТІВ

Травма має особливий вплив на певні групи населення. Вони також можуть бути непропорційно уражені СДЗ, такими як бідність, структурний расизм, обмежений доступ до освіти та несприятливі наслідки для здоров'я в інших сферах життя. Соціальні детермінанти / рушії здоров'я не лише підвищують ризик травмування, але й збільшують імовірність несприятливих наслідків після травми. Плануючи втручання з профілактики

травматизму, клініцисти повинні враховувати, які популяції серед місцевої спільноти є найбільш вразливими як до ризику травмування, так і до гірших результатів після травми.

У деяких регіонах США падіння в осіб літнього віку, травми в дітей, ДТП за участю пішоходів чи мотоциклів трапляються непропорційно часто. В інших регіонах від насильства найчастіше страждають молоді темношкірі чоловіки; втручання, що ретельно

враховують, які заходи будуть найбільш ефективними для конкретної групи населення, можуть запобігти повторним ушкодженням і покращити якість життя. Успішні програми втручання на базі лікарень ставлять у пріоритет потужне, довгострокове, наставницьке ведення випадків і тісне партнерство з громадськими організаціями, підкреслюючи ключову роль лікарень початкової травматологічної допомоги у профілактиці травматизму.

Таблиця 18-1: Механізми травмування, фактори ризику і стратегії профілактики травматизму.

Розуміння факторів ризику, які підвищують ймовірність травмування при певних механізмах, полегшує застосування профілактичних підходів і концепцій типу тріох “Е”.

МЕХАНІЗМИ	ФАКТОРИ РИЗИКУ	СТРАТЕГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ
Падіння у літніх людей	<ul style="list-style-type: none"> Слабкість Фактори навколишнього середовища 	<ul style="list-style-type: none"> Обстеження як при синкопе Оцінка падінь Перевірка безпеки вдома Узгодження медикаментів
Міжособистісне насильство	<ul style="list-style-type: none"> Бідність Інші СДЗ 	<ul style="list-style-type: none"> Лікарняні програми втручання при насильстві Скринінг/Освіта Надання житла/Переїзд Працевлаштування
Самоушкодження	<ul style="list-style-type: none"> Депресія в анамнезі Легкий доступ до вогнепальної зброї Алкоголь або наркотичні речовини 	<ul style="list-style-type: none"> Скринінг на рівні первинної медичної ланки Підвищення обізнаності громадськості Адвокація за розширення доступу до охорони психічного здоров'я
Падіння з висоти (будівництво)	<ul style="list-style-type: none"> Недостатні заходи безпеки Алкоголь або наркотичні речовини 	<ul style="list-style-type: none"> Законодавчі вимоги щодо безпеки Контрольний список з перевірки безпеки, наприклад, огляд обладнання, подвійні поручні, страхувальні пояси
Травматизм мотоциклістів	<ul style="list-style-type: none"> Відсутність законів щодо обов'язковості шоломів Дія алкоголю або наркотичних речовин 	<ul style="list-style-type: none"> Законодавчі вимоги щодо безпеки Захисне спорядження
Наїзд на пішохода	<ul style="list-style-type: none"> Дія алкоголю або наркотичних речовин Поганий дизайн вулиць Вік 	<ul style="list-style-type: none"> Підвищення обізнаності громадськості Яскравий одяг у нічний час Світловідбивні елементи після настання темряви
Нещасні випадки з вогнепальною зброєю	<ul style="list-style-type: none"> Доступ до вогнепальної зброї 	<ul style="list-style-type: none"> Освіта щодо безпечного поводження зі зброєю Замки (блокування) для зброї Освітні заходи
Насильство з боку інтимного партнера (НІП)	<ul style="list-style-type: none"> Попередній досвід насильства з боку партнера Соціально-економічні фактори Нездорові механізми подолання стресу та взаємодії у стосунках 	<ul style="list-style-type: none"> Освітні заходи Скринінг на всіх рівнях медичної допомоги Законодавчі вимоги щодо безпеки

Лікарняні програми втручань при насильстві є прикладом того, як заходи, що проводяться в медичних закладах, можуть безпосередньо впливати на зниження рівня травматизму в громаді, демонструючи значне зменшення повторних травм, покращуючи соціальні й медичні наслідки, а також будучи ефективними з точки зору витрат. Розуміння важливих соціальних і структурних аспектів профілактики травматизму також може покращити безпосереднє клінічне лікування пацієнтів шляхом використання згаданих вище практик, таких як травмоінформована допомога (див. розд. 19 “Травмоінформована допомога і соціальні детермінанти здоров'я”).

ІНСТРУМЕНТИ СКРИНІНГУ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТРАВМАТИЗМУ

Фахівці з травматологічної допомоги відіграють ключову роль у спільноті з профілактики травматизму, оскільки мають безпосередній доступ до осіб із найвищим рівнем ризику. Лікарі індивідуально можуть аналізувати інформацію про певні соціальні групи і механізми травм, які найчастіше зустрічаються у їхньому закладі, і впроваджувати відповідні інструменти скринінгу. На рівні медичного закладу рутинний скринінг можна інтегрувати у стандартну травматологічну допомогу при найбільш частих для цього закладу ушкодженнях.

Перед початком скринінгу **важливо переконатись, що в вас є можливості і ресурси для подальшого скерування пацієнтів, якщо будуть виявлені фактори ризику або ознаки заподіяної шкоди.** Якщо у закладі, який проводить початковий скринінг, ці ресурси відсутні, результати слід повідомити закладу, який буде надавати остаточну допомогу. Якщо заклад, що надає початкову допомогу, регулярно скерує пацієнтів до закладу остаточного лікування, між цими установами має бути створений надійний і скоординований процес скринінгу/скерування.

Інструменти скринінгу існують для виявлення широкого спектра захворювань і проблем зі здоров'ям. Нижче описані деякі стани, які можуть бути пов'язані з травмою.

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я

Одним із ключових чинників, який впливає на якість життя після травми, є посттравматичний психологічний дистрес. Хоча травма може спричинити різні розлади психіки, проте, наприклад, частота виникнення депресії серед травмованих осіб становить 30%–40%, а частота посттравматичного стресового розладу – 20%–30%. Саме це зумовило появу нової вимоги щодо обов'язкового скринінгу травмованих пацієнтів із групи ризику в “Ресурсах для оптимального надання допомоги травмованим пацієнтам” (стандарт 2022 року, англ., *Resources for Optimal Care of the Injured Patient*). Детальніше про це написано в розд. 19 “Травмоінформована допомога і соціальні детермінанти здоров'я”.

НАСИЛЬСТВО З БОКУ ІНТИМНОГО ПАРТНЕРА

Насильство з боку інтимного партнера визначається як фізичне або сексуальне насильство, переслідування, примус до сексуальної близькості та психологічна агресія з боку нинішнього або колишнього інтимного партнера жертви. Важливо усвідомлювати, що жертвою може стати будь-яка людина, незалежно від місця проживання, доходу, освіти, раси, етнічної приналежності, віку чи професійної ролі. НІП не обмежується стосунками з сексуальною близькістю. Воно може траплятися як серед чоловіків, так і серед жінок, у гетеросексуальних та одностатевих стосунках. За оцінками, кожна четверта жінка і майже кожен десятий чоловік зазнають НІП упродовж життя - ці показники значно перевищують поширеність багатьох інших захворювань, зокрема раку молочної залози чи серцево-судинних хвороб (рис. 18-3).

ЖОРСТОКЕ ПОВОДЖЕННЯ З ДІТЬМИ І НЕДБАЛЬСТВО

Як і НІП, неналежне поводження з дітьми є глобальною проблемою. У США недбальство є провідною причиною смертності внаслідок жорстокого або неналежного поводження з дітьми. Такі випадки мають довготривалі наслідки для здоров'я дітей і створюють значний економічний тягар. Стратегії втручання і профілактики неналежного

поводження ґрунтуються на ранньому виявленні дітей із групи ризику (рис. 18-4).

ЖОРСТОКЕ ПОВОДЖЕННЯ З ЛІТНІМИ ЛЮДЬМИ І НЕДБАЛЬСТВО

Глобальні дані свідчать, що кожна шоста людина літнього віку зазнає різних форм насильства. Це становить близько 141 млн осіб. Демографічні прогнози вказують, що частка людей віком старше 60 років зростатиме, і до 2050 року становитиме близько 25% населення Землі. Виділяють шість типів жорстокого поведження з літніми людьми: фізичне, психологічне, сексуальне, фінансове, а також недбальство і порушення особистих прав (рис. 18-5)

Рисунок 18-3: МНЕМОНІКА HARK Усі пацієнти повинні проходити скринінг на НІП, незалежно від статі, місця проживання, доходу, освіти, раси, етнічної приналежності, віку чи професійної ролі. НІП не обмежується стосунками з сексуальною близькістю. Воно трапляється і в гетеросексуальних, і в одностатевих парах.

МНЕМОНІКА HARK	
Н	Humiliation - Приниження Ваш теперішній/колишній партнер принижував або емоційно ображав вас (упродовж останнього року)?
А	Afraid - Страх Чи відчували ви страх перед вашим теперішнім/колишнім партнером (упродовж останнього року)?
Р	Rape - Зґвалтування Чи були випадки, коли ваш теперішній/колишній партнер гвалтував вас або примушував до будь-якої сексуальної активності (упродовж останнього року)?
К	Kick - Фізичне насильство Чи були випадки, коли ваш теперішній/колишній партнер бив, штовхав, давав ляпаса або іншим чином завдавав вам фізичної шкоди (впродовж останнього року)?

За кожну відповідь “так” нараховується 1 бал.
Результат ≥ 1 вважається позитивним скринінгом за HARK.

Рисунок 18-4: Інструмент скринінгу щодо жорстокого поводження з дітьми. У багатьох юрисдикціях існує обов'язок повідомляти про підозру на жорстоке поводження з дітьми чи недбальство. Стандартизований інструмент для оцінки жорстокого поводження/недбальства дозволяє проводити точніший скринінг і зменшує ймовірність пропущеної травми. Важливо, щоб такий інструмент застосовувався в межах протоколу, що забезпечує наявність відповідних ресурсів для подальшого скерування.

ІНСТРУМЕНТ СКРИНІНГУ ЩОДО ЖОРСТОКОГО ПОВОДЖЕННЯ З ДІТЬМИ	
Застереження: «Позитивний результат скринінгу щодо жорстокого поводження з дитиною потребує надсилання електронного повідомлення лікарю і не обов'язково означає, що існує достатня для обов'язкового повідомлення підозра про жорстоке поводження».	
Чи існують потенційні занепокоєння щодо безпеки дитини, пов'язані з будь-яким із перелічених нижче факторів?	
1. Чи була можлива затримка у зверненні за медичною допомогою, враховуючи тяжкість захворювання або травми?	<input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні
2. Ви стурбовані тим, що анамнез може не відповідати травмі чи хворобі?	<input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні
3. Чи виявляються при фізикальному огляді якісь із перелічених нижче ознак? а. Синці чи набряк від удару на голові чи кінцівках у дитини, яка ще не рухається самостійно. (Принцип “Не може ходити - не може впасти”) б. Опіки, ушкодження обличчя або рота у дитини, яка ще не рухається самостійно (включно з субкон'юнктивальними крововиливами, травмами вуздечки або піднебіння) в. Численні синці на тілі або їх наявність у нетипових ділянках. За умов самостійного травмування у дітей синці виникають на лобі, передній поверхні гомілок і над кістковими виступами. Нетипові ділянки: щоки, вуха, шия, тулуб, геніталії, плечі і кисті. г. Опік або синець, який формою нагадує певний предмет	<input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні
4. Чи є якісь ознаки, що можуть свідчити про поганий нагляд, догляд, харчування або гігієну?	<input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні
5. Чи є якісь додаткові коментарі чи зауваження?	<input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні

***УСІ ДІТИ віком до 4 років повинні бути повністю роздягнені.**

Рисунок 18-5: Інструмент скринінгу та реагування на неналежне поводження з особами похилого віку (англ., Elder Mistreatment Screening and Response Tool, EM-SART). Використання валідованого інструменту допомагає медику виявити потенційне жорстоке поводження або недбальство під час огляду літнього травмованого пацієнта. Якщо ви проводите скринінг, важливо також забезпечити наявність ресурсів для подальшого скерування пацієнта.

**ІНСТРУМЕНТ СКРИНІНГУ ТА РЕАГУВАННЯ НА
НЕНАЛЕЖНЕ ПОВОДЖЕННЯ З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ**



Спитайте у пацієнта:

- Чи хтось із ваших близьких завдавав вам шкоди? Так Ні
- Чи хтось із ваших близьких не надавав вам необхідної допомоги? Так Ні
- Чи хтось намагався змусити вас підписувати документи або використовувати ваші гроші проти вашої волі? Так Ні

Шукайте червоні прапорці;

Якщо є можливість переглянути медичні записи пацієнта, червоними прапорцями будуть:

- Повторні візити до відділення екстреної медичної допомоги Так Ні
- Часті або незрозумілі травми Так Ні
- Ознаки когнітивних порушень (на даний час або в анамнезі) Так Ні
- Затримка в отриманні медичної допомоги або наявні невирішені потреби у сфері охорони здоров'я Так Ні

Зовнішній вигляд пацієнта:

- Фізичні ознаки жорстокого поводження (наприклад, підозрілі рани, порушення особистої гігієни, недоїдання або зневоднення) Так Ні
- Наявні невирішені потреби у сфері психічного здоров'я або проблеми, пов'язані з вживанням психоактивних речовин Так Ні
- Брак доступу до необхідних ресурсів Так Ні
- Відчують дискомфорт, якщо поруч знаходиться їхній опікун Так Ні

Якщо опікун присутній, він може бути:

- Незацікавленим, неуважним або недостатньо обізнаним щодо медичних потреб пацієнта Так Ні
- Зневажливим, роздратованим або ворожим до пацієнта Так Ні
- Надмірно стурбованим або тривожним щодо стану пацієнта Так Ні
- Має невирішені потреби у сфері психічного здоров'я або проблеми, пов'язані з вживанням психоактивних речовин Так Ні
- Не має доступу до необхідних ресурсів Так Ні

Запишіть додаткові примітки і рекомендації:

- Рекомендовано провести *повний скринінг*.
- Рекомендовано надавати *допомогу у стандартному порядку*.

Примітки: _____

ПІДСУМКИ РОЗДІЛУ

Травмам майже завжди можна запобігти. Доступними й ефективними при цьому є практичні концептуальні рамки, такі як модель трьох “Е”, які допомагають медикам збирати інформацію про контекст травми, забезпечувати ретельну передачу даних під час переведення пацієнта і визначати пріоритети профілактики травматизму на місцевому рівні. Медики мають унікальну позицію і доступ до цінної інформації, яку можна використовувати для профілактики подальшого травмування як окремого пацієнта, так і цілої популяції.

КЛЮЧОВІ МОМЕНТИ

- Пам'ятайте, що травма/ушкодження - це НЕ випадковість. Більшості травм можна запобігти.
- Фахівці з травматологічної допомоги, які першими контактують із пацієнтом, мають унікальну можливість зробити свій внесок у заходи із профілактики травматизму на локальному, регіональному і національному рівнях.
- Збирайте інформацію про контекст травми, коли це безпечно і можливо.
- Збір даних про травми є важливим інструментом для формування локальних і національних стратегій профілактики травматизму.
- Якщо ваш заклад регулярно надає допомогу пацієнтам з ушкодженнями з подібним механізмом травмування або особам з підвищеним ризиком отримання певних травм, розгляньте можливість впровадження цільових профілактичних втручань.
- Під час скринінгу на фактори ризику медики повинні забезпечити пацієнту доступність подальшого скерування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Baker SP. Childhood injuries: The community approach to prevention. *J Public Health Policy*. 1981;2(3):235–246.
2. Bonne S, Tufariello A, Coles Z, et al. Identifying participants for inclusion in hospital-based violence intervention: An analysis of 18 years of urban firearm recidivism. *J Trauma Acute Care*

Surg. 2020;89(1):68–73. DOI: 10.1097/TA.0000000000002680. PMID: 32574483.

3. Christoffel T, Gallagher SS. *Injury Prevention and Public Health: Practical Knowledge, Skills, and Strategies*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2006.
4. Dicker RA, Juillard CJ. Injury prevention. In: Feliciano DV, Mattox KL, Moore EE (eds). *Trauma*, 9e. New York, NY: McGraw Hill; 2020.
5. Giles A, Bauer ME, Jull J. Equity as the fourth ‘E’ in the ‘3 E’s’ approach to injury prevention. *Inj Prev*. 2020;26(1):82–84. DOI: 10.1136/injuryprev-2019-043407. Epub 2019 Sep 19. PMID: 31537617.
6. Gorman E, Coles Z, Baker N, et al. Beyond recidivism: Hospital-based violence intervention and early health and social outcomes. *J Am Coll Surg*. 2022;235(6):927–939. DOI: 10.1097/XCS.0000000000000409.
7. Haddon W Jr. The changing approach to the epidemiology, prevention, and amelioration of trauma: The transition to approaches etiologically rather than descriptively based. *Am J Public Health*. 1968;58(8):1431–1438. DOI: 10.2105/ajph.58.8.1431. PMID: 5691377; PMCID: PMC1228774.
8. Haddon W Jr. Advances in the epidemiology of injuries as a basis for public policy. *Public Health Rep*. 1980;95(5):411–421.
9. Juillard C, Cooperman L, Allen I, et al. A decade of hospital-based violence intervention: Benefits and shortcomings. *J Trauma Acute Care Surg*. 2016;81(6):1156–1161. DOI: 10.1097/TA.0000000000001261. PMID: 27653168.
10. Juillard C, Smith R, Anaya N, Garcia A, Kahn JG, Dicker RA. Saving lives and saving money: Hospital-based violence intervention is cost-effective. *J Trauma Acute Care Surg*. 2015;78(2):252–257; discussion 257–258. DOI: 10.1097/TA.0000000000000527. PMID: 25757108.
11. Mueller KL, Moran V, Anwuri V, Foraker RE, Mancini MA. An exploration of factors impacting implementation of a multisystem hospital-based violence intervention program. *Health Soc Care Community*. 2022;30(6):e6577–e6585. DOI: 10.1111/hsc.14107. Epub 2022 Nov 14. PMID: 36373272.
12. Runyan CW. Using the Haddon matrix: Introducing the third dimension. *Inj Prev*. 1998;4(4):302–307.
13. Stanford Medicine. Fall prevention for older adults. <https://stanfordhealthcare.org/medical-clinics/trauma-service/injury-prevention-and-community-outreach-programs/fall-prevention-older-adults.html>.
14. Vision Zero Network. What is Vision Zero? <https://visionzeronetwork.org/about/what-is-vision-zero/>.

15. Vision Zero SF. Evaluating & monitoring our progress. <https://www.visionzerosf.org/vision-zero-in-action/evaluating-monitoring-our-progress/>.
16. Soltani S, Schwarcz L, Morris D, et al. What is counted counts: An innovative linkage of police, hospital, and spatial data for transportation injury prevention. *J Safety Res.* 2022;83:35–44. DOI: 10.1016/j.jsr.2022.08.002. Epub 2022 Aug 20. PMID: 36481027; PMCID: PMC9735245.
17. World Health Organization. Global status report on road safety 2018. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241565684>.
18. SAFEU. Understanding primary prevention. <https://safeu.utah.edu/understanding-primary-prevention/>. Accessed October 23, 2023.
19. www.ihs.gov/medicalprogram/Portlandinjury Accessed Oct 23, 2023
20. Vetoviolenace | Resources for Violence Prevention. <http://www.vetoviolenace.cdc.gov>. Accessed October 23, 2023.
21. Primary, secondary and tertiary prevention. Institute for Work & Health. Primary, secondary and tertiary prevention. <https://www.iwh.on.ca/what-researchers-mean-by/primary-secondary-and-tertiary-prevention>. Accessed October 23, 2023
22. Hunt JC, Chesney SA, Brasel K, deRoos-Cassini, TA. Six-month follow-up of the injured trauma survivor screen: Clinical implications and future directions. *J Trauma Acute Care Surg.* 2018;85(2):263–270. doi: 10.1097/TA.0000000000001944.
23. Oppenheimer-Velez M, Labiner H, McCoy J, Sas K, Sims CA. Silent no more: Intimate partner violence and our surgical colleagues. *Am Coll Surg Bulletin.* 2020;105(6):14- 19.
24. Minnesota Department of Health. Family home visiting toolkits: Intimate partner violence (IPV) screening toolkit. <https://www.health.state.mn.us/communities/fhv/toolkits.html>.
25. Rumball-Smith J, Fromkin J, Rosenthal B, et al. Implementation of a routine electronic health record-based child abuse screening in general emergency departments. *Child Abuse Negl.* 2018;85:58–67.
26. National Collaboration to Address Elder Mistreatment. Elder Mistreatment Screening and Response Tool (EM-SART). <https://www.johnahartford.org/grants-strategy/national-collaborator-y-to-address-elder-mistreatment-expanding-the-impact-of-the-elder-mistreatment-emergency-department-toolkit>. doi: 10.1093%2Fgeron%2Ffigad104.0424.
27. Centers for Disease Control and Prevention. Violence Prevention. What is elder abuse? <https://www.cdc.gov/elder-abuse/about/index.html>. Accessed October 23, 2023.
28. Van Royen K, Van Royen P, De Donder L, Gobbens RJ. Elder abuse assessment tools and interventions for use in the home environment: A scoping review. *Clin Interv Aging.* 2020;15:1793–1807. DOI: 10.2147/CIA.S261877.
29. Haven Horizons. <https://havenhorizons.com>.
30. Verywell Health. <https://verywellhealth.com>.