

Андрущенко Анастасія,

*викладач кафедри психології та педагогіки
навчально-наукового інституту роботи з персоналом,
Національна академія Національної гвардії України*

Токаренко Юрій,

*викладач кафедри забезпечення державної безпеки
Навчально-наукового інституту забезпечення державної безпеки,
Національна академія Національної гвардії України*

ВЗАЄМОДІЯ МЕДИЧНОГО ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В НАДАННІ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ІЗ БОЙОВИМИ ПОРАНЕННЯМИ В ПЕРІОД РЕАБІЛІТАЦІЇ

Збройний конфлікт на території України загострив проблему комплексної реабілітації поранених військовослужбовців. Бойові поранення спричиняють не лише фізичні, а й глибокі психологічні травми, що вимагає тісної взаємодії медичного та психологічного персоналу.

Актуальність теми зумовлена зростаючою кількістю поранених та психотравмованих військових, які потребують не лише хірургічної чи терапевтичної допомоги, а й психологічної підтримки. Дослідження свідчать, що ізольоване надання медичної або психологічної допомоги без координації між фахівцями суттєво знижує ефективність реабілітації й підвищує ризик розвитку хронічного посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [1; 3].

Метою доповіді є аналіз засад та практичних механізмів взаємодії медичного та психологічного персоналу в системі надання допомоги військовослужбовцям із бойовими пораненнями в період реабілітації.

Теоретико-методологічну основу роботи становлять концепція біопсихосоціальної моделі здоров'я, а також сучасні підходи до trauma-informed care (допомога з урахуванням травматичного досвіду). У вітчизняній практиці питання міждисциплінарної взаємодії частково врегульовані нормативними актами Міністерства оборони та МВС України, проте єдиного стандарту взаємодії медичного та психологічного персоналу досі не сформовано [2].

Основними напрямками взаємодії фахівців є такі:

спільне ведення пацієнта у стаціонарному лікуванні. На цьому етапі критично важливою є регулярна комунікація між лікарем-хірургом, анестезіологом, медсестрою та психологом під час мультидисциплінарних нарад. Обговорення динаміки стану пацієнта дозволяє коригувати план реабілітації: наприклад, лікар може відтермінувати певні болісні процедури, зважаючи на психологічний стан хворого, а психолог – адаптувати терапевтичне навантаження до рівня фізичного болю та медикаментозного стану пацієнта;

спільна підготовка до операцій і медичних процедур. Дослідження показують, що попереднє психологічне інформування та підготовка пацієнтів до болісних медичних маніпуляцій суттєво знижує рівень тривожності та покращує пристосованість до болю [4]. Психолог у взаємодії з медичним персоналом розробляє індивідуальний алгоритм підготовки до операції з урахуванням особистісних особливостей пораненого;

профілактика та раннє виявлення ПТСР і депресії. Медичний персонал, постійно перебуваючи поряд із пораненим, є першим, хто помічає зміни в поведінці – порушення сну, відмову від їжі, соціальну ізоляцію. Навчання медичних сестер та санітарів базовим навичкам психологічного скринінгу та своєчасне інформування психолога дозволяє суттєво скоротити час від виникнення симптомів до початку надання фахової допомоги [1];

координація виписки та постгоспітальної реабілітації. Перехід від стаціонарного лікування до амбулаторної реабілітації є критичним моментом, коли поранені найбільш вразливі. Спільний план виписки, підготовлений медиком і психологом, включає рекомендації щодо фармакотерапії, фізичної реабілітації та психологічної підтримки, а також алгоритм кризового реагування у разі загострення симптомів;

практичний досвід підрозділів психологічного забезпечення сектору безпеки і оборони України свідчить, що найефективнішою моделлю є інтегрована команда реагування, до складу якої входять лікар, психолог, соціальний працівник та, за потреби, капелан. Щоденна командна комунікація, спільна документація та чіткий розподіл ролей дозволяють уникнути дублювання функцій і забезпечити безперервність допомоги [2; 3].

Серед основних перешкод для ефективної взаємодії виділяють: відсутність єдиних протоколів міждисциплінарної роботи; нестачу психологів у медичних закладах військового профілю; низький рівень обізнаності медичного персоналу щодо психологічних розладів; організаційні бар'єри між відомствами (МОУ, МВС, ДСНС). Подолання цих перешкод потребує системних рішень: розробки державних стандартів міждисциплінарного супроводу поранених, запровадження обов'язкових тренінгів із психологічної першої допомоги для медичного персоналу, а також збільшення штатної чисельності психологів у військово-медичних закладах.

Таким чином, ефективна взаємодія медичного та психологічного персоналу є необхідною умовою повноцінної реабілітації поранених військовослужбовців. Запровадження інтегрованого підходу, заснованого на командній роботі, спільному плануванні та взаємному обміні інформацією, дозволить підвищити якість допомоги, мінімізувати ризики хронізації психічних розладів та сприяти успішній реінтеграції ветеранів у суспільство.

Список використаних джерел:

1. Bisson J. I., Cosgrove S., Lewis C., Roberts N. P. Post-traumatic stress disorder. *BMJ*. 2015. Vol. 351. Art. h6161. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.h6161>
2. Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України та Державної спеціальної служби транспорту: наказ Міністерства оборони України від 09 груд. 2015 р. № 702.
3. Kip K. E., Elk C. A., Sullivan K. L., Kadel R., Lengacher C. A., Long C. J. et al. Brief Treatment of Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder by Use of Accelerated Resolution Therapy (ART). *Behavioral Sciences*. 2012. Vol. 2, No. 2. P. 115–134.
4. Zatzick D., Rivara F., Jurkovich G., Russo J., Trusz S. G., Wang J., Katon W. Enhancing the population impact of collaborative care interventions: mixed method development and implementation of stepped care targeting posttraumatic stress disorder and related comorbidities after acute trauma. *General Hospital Psychiatry*. 2011. Vol. 33, No. 2. P. 123–134.