Коломоєць Аліна Миколаївна, викладач кафедри психології діяльності в особливих умовах, Національний університет цивільного захисту України, м. Черкаси, Україна, https://orcid.org/0009-0008-6073-466X

Черненко Олександр Миколайович, кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри психології діяльності в особливих умовах, Національний університет цивільного захисту України, м. Черкаси, Україна, https://orcid.org/0000-0002-8621-3175

Вовк Неля Павлівна, кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри психології діяльності в особливих умовах, Національний університет цивільного захисту України, м. Черкаси, Україна, https://orcid.org/0000-0001-6601-7030

Kolomoiets Alina Mykolaivna, tutor of the Department of Psychology of Activity in Special Conditions, National University of Civil Protection of Ukraine, Cherkasy, Ukraine, https://orcid.org/0009-0008-6073-466X

Chernenko Oleksandr Mykolayovych, candidate of Medical Sciences, associate professor, associate professor of the Department of Psychology of Activity in Special Conditions, National University of Civil Protection of Ukraine, Cherkasy, Ukraine, https://orcid.org/0000-0002-8621-3175

Vovk Nelia Pavlivna, candidate of Pedagogic Sciences, associate professor, associate professor of the Department of Psychology of Activity in Special Conditions, National University of Civil Protection of Ukraine, Cherkasy, Ukraine, https://orcid.org/0000-0001-6601-7030

ПСИХОЛОГІЧНІ ВИКЛИКИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАХІВЦІВ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

PSYCHOLOGICAL CHALLENGES OF THE PROFESSIONAL ACTIVITY OF PRE-MEDICAL CARE SPECIALISTS UNDER MARTIAL LAW

Анотація

У статті здійснено комплексний теоретичний аналіз психологічних викликів професійної діяльності фахівців домедичної допомоги в умовах воєнного стану. Особливу увагу приділено феномену моральної травми (moral injury), морального дистресу, емоційного виснаження та професійного вигорання, що виникають унаслідок triage-дилем, дефіциту ресурсів, повторних загроз безпеці та кумулятивного впливу травматичних подій. Показано, що моральні конфлікти, пов’язані з прийняттям рішень у ситуаціях масових уражень, формують специфічну структуру психологічного навантаження, у якій домінують провина, сором, самозасудження та втрата сенсу [1–3]. Обґрунтовано роль морального дистресу як передумови розвитку моральної травми [4]. Визначено психологічні маркери професійної дезадаптації та окреслено напрями профілактики в межах навчальної дисципліни «Домедична підготовка», зокрема етичну підготовку, командну рефлексію, травмо-інформовану супервізію та практики морального відновлення [5–8].

Ключові слова: домедична допомога, психологічна стійкість, моральна травма, moral injury, моральний дистрес, triage, воєнний стан, служби першого реагування.

Abstract

The article provides a comprehensive theoretical analysis of the psychological challenges of the professional activity of pre-hospital care specialists under martial law. Special attention is paid to the phenomenon of moral

injury, moral distress, emotional exhaustion, and professional burnout arising as a result of triage dilemmas, resource shortages, repeated security threats, and the cumulative impact of traumatic events. It is shown that moral conflicts associated with decision-making in mass casualty situations form a specific structure of psychological burden, dominated by guilt, shame, self-condemnation, and loss of meaning [1–3]. The role of moral distress as a prerequisite for the development of moral injury is substantiated [4]. Psychological markers of professional maladaptation are identified, and directions for prevention within the academic discipline “Pre-hospital Training” are outlined, including ethical training, team reflection, trauma-informed supervision, and practices of moral recovery [5–8].

Keywords: pre-medical care, psychological resilience, moral injury, moral injury, moral distress, triage, martial law, first responder services.

Постановка проблеми. Професійна діяльність фахівців домедичної допомоги в умовах воєнного стану здійснюється в середовищі підвищеного ризику, хронічної невизначеності, дефіциту матеріальних і часових ресурсів та постійної загрози життю. Рятувальники, медичні працівники, волонтери та інші представники служб першого реагування змушені приймати швидкі рішення в умовах обмеженої інформації, фізичного та емоційного виснаження.

У таких умовах професійна ефективність визначається не лише знанням алгоритмів, а й здатністю підтримувати стабільність уваги, керувати стресовою реакцією, діяти в рамках протоколів і водночас залишатися гнучким. Хронічна невизначеність («чи буде повторний обстріл», «чи вистачить ресурсів», «чи встигне евакуація») формує стан постійної мобілізації, який біологічно виснажує нервову систему і підвищує ризик вигорання.

Особливу складність становлять етично навантажені ситуації, пов'язані з пріоритизацією постраждалих, евакуацією, припиненням реанімаційних заходів, вибором між власною безпекою та наданням допомоги. Подібні рішення часто суперечать гуманістичним цінностям і професійній ідентичності фахівця, що створює внутрішній конфлікт між моральними переконаннями та об'єктивними обставинами діяльності [1, 2]. Етичне навантаження посилюється тим, що рішення часто приймаються в умовах дефіциту часу і з мінімальною можливістю «перевірити себе», а наслідки можуть бути незворотними. Крім того, фахівець може одночасно бути і «виконавцем рішення», і «свідком страждання», і «частиною системи», яка не здатна забезпечити достатній ресурс. Це формує багаторівневий конфлікт: між бажанням допомогти, необхідністю діяти за протоколом та обмеженнями реальності.

У разі відсутності системної психологічної підтримки та належної підготовки такі конфлікти накопичуються, трансформуючись у хронічні порушення емоційного стану, професійне вигорання, зниження емпатії та втрату сенсу професійної діяльності.

Зниження емпатії у цьому випадку нерідко має характер захисної реакції: психіка «вимикає» глибоке співпереживання, щоб зберегти функціональність. Однак довготривало це може призводити до деперсоналізації, емоційної відчуженості у стосунках, конфліктів у команді та внутрішнього відчуття «я став (ла) іншим/іншою». Втрата сенсу проявляється як відчуття марності зусиль, сумніви у цінності професії, падіння мотивації й відсутність перспективи.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Феномен моральної травми був систематизований у працях B. Litz та співавт., де moral injury розглядається як наслідок переживання потенційно морально травмуючих подій (PMIEs), пов'язаних із порушенням глибинних моральних очікувань

особистості [1]. Центральними компонентами moral injury виступають почуття провини, сорому, гніву та втрати довіри.

Для домедичної сфери важливими є два механізми: 1) **комісія/омісія** (дія/бездіяльність), коли саме «мій вибір» стає ядром внутрішнього самозвинувачення; 2) свідчення подій, коли фахівець бачить страждання або смерть і не має змоги змінити ситуацію. У другому випадку моральне напруження часто поєднується з безпорадністю, що також підвищує ризики дезадаптації.

J. Shay акцентує увагу на тому, що моральна травма формується внаслідок переживання «зради того, що є правильним» у ситуаціях високої відповідальності та моральної напруги [2]. Подальші дослідження довели, що moral injury є поширеним явищем не лише серед військовослужбовців, а й серед медичних працівників, рятувальників та волонтерів [3].

У професіях допомоги моральна травма часто має «тиху» клінічну форму: зовні людина може зберігати функціонування, але внутрішньо переживати сором, провину, втрату довіри до себе чи системи. Це ускладнює звернення по допомогу, оскільки фахівці можуть соромитися власних переживань або трактувати їх як «слабкість».

Значну увагу приділено поняттю морального дистресу — психологічному стану, за якого фахівець усвідомлює етично правильну дію, але не може її реалізувати через зовнішні обмеження [4]. Хронічний моральний дистрес виступає одним із ключових чинників розвитку moral injury.

Типові джерела морального дистресу в домедичній практиці: нестача оснащення; правила безпеки, що обмежують доступ до постраждалого; логістичні затримки евакуації; потреба зупинитися через ризик для команди. Усе це може викликати внутрішній діалог: «Я повинен/повинна був (ла) зробити більше», навіть якщо об’єктивно можливостей не було.

Оглядові дослідження свідчать про тісний зв'язок моральної травми з депресією, тривожними розладами, посттравматичними симптомами та вигоранням серед first responders [5, 6].

Важливим напрямом досліджень є аналіз triage-протоколів (SALT, START), які регламентують прийняття рішень у ситуаціях масових уражень [7, 8], а також тактичних алгоритмів домедичної допомоги (MARCH) [9, 10].

Протоколи не лише «організовують роботу», але й виконують психологічну функцію: вони створюють опору, зменшують хаос і частково знижують моральну вагу вибору, переводячи його у формат «рішення за стандартом». Проте навіть за наявності протоколів внутрішній конфлікт може зберігатися, якщо фахівець сприймає правила як такі, що «суперечать людяності».

Мета статті. Метою статті є теоретичне обґрунтування психологічних викликів професійної діяльності фахівців домедичної допомоги в умовах воєнного стану, визначення механізмів формування моральної травми та розроблення профілактичних підходів у межах професійної підготовки.

З огляду на практичну спрямованість домедичної підготовки, особливо важливо поєднати психологічні висновки з навчальними інструментами: кейс-розборами, симуляційними сценаріями, мікронавичками саморегуляції, протоколами командної взаємодії та післяінцидентними форматами обговорення.

Методика дослідження. У роботі застосовано такі методи:

- теоретичний аналіз наукових публікацій з проблем moral injury, moral distress та професійного стресу [1–6];

- порівняльний аналіз triage-протоколів SALT та START [7, 8];

- систематизація психологічних маркерів дезадаптації у сфері домедичної допомоги [5, 6, 9];

- узагальнення міждисциплінарних підходів до психологічної підтримки фахівців екстремального профілю.

Теоретичний характер роботи дозволяє інтегрувати результати з різних професійних контекстів (військовий, медичний, рятувальний), виділяючи спільні механізми та роблячи їх придатними для навчальних програм. Порівняльний аналіз протоколів (SALT/START/MARCH) також розкриває, як стандартизація дій впливає на моральну відповідальність та суб'єктивне відчуття контролю.

Обговорення результатів

1. **Домедична допомога як середовище підвищеного психологічного ризику.**

У воєнних умовах домедична допомога характеризується постійним обмеженням вибору та необхідністю прийняття рішень у дефіциті ресурсів. Логіка triage передбачає пріоритизацію постраждалих, що вступає у конфлікт із гуманістичною моделлю «врятувати кожного» [1, 4].

Психологічно triage створює «парадокс допомоги»: щоб максимально підвищити кількість врятованих, доводиться відкладати чи обмежувати допомогу тим, хто потребує її негайно, але має нижчі шанси на виживання за наявних умов. Це може сприйматися як особиста моральна поразка, навіть якщо з точки зору системи — це оптимальне рішення.

До найбільш психологічно складних ситуацій належать:

- triage у масових ураженнях [7, 8];
- затримка допомоги через небезпеку;
- рішення commission/omission [1, 2];
- професійна безпорадність через нестачу ресурсів [5];
- багаторазовий контакт зі смертю та тяжкими пораненнями.

Кожен із перелічених факторів може запускати різні типи реакцій: triage - провину/сором; затримка через небезпеку - конфлікт між

професійним обов'язком і самозбереженням; commission/omission - токсичне самозвинувачення; дефіцит ресурсів - фрустрацію й безпорадність; повторний контакт зі смертю - емоційне виснаження та «знечулення» як захисну реакцію.

Ці чинники формують високий рівень морального та емоційного напруження. Хронічне напруження проявляється також на фізіологічному рівні: порушення сну, соматичні скарги, підвищена дратівливість, зниження концентрації, що у свою чергу впливає на якість рішень і комунікацію у команді.

2. Психологічні механізми формування моральної травми.

Відповідно до моделі Litz, ключовим механізмом moral injury є конфлікт між пережитою подією та системою внутрішніх цінностей [1]. Після травматичної події формуються негативні когнітивні схеми:

- «Я винен»;

- «Я недостатньо зробив»;

- «Я зрадив своїм принципам».

Ці схеми часто стають «якорями» моральних румінацій: людина знову і знову повертається до одного рішення, програє альтернативні варіанти, шукає «правильний» вихід заднім числом. У цьому процесі суб'єктивна відповідальність може розширюватися («я винен у всьому»), тоді як реальні зовнішні обмеження ігноруються.

Ці переконання підтримують самозасудження, емоційне уникання та соціальну ізоляцію. Соціальна ізоляція посилюється тим, що фахівці часто не хочуть «обтяжувати» близьких деталями пережитого або відчувають, що їх «не зрозуміють». У професійному середовищі перешкодою може бути культура мовчання або страх стигматизації.

У домедичному контексті зазначені механізми посилюються:

- дефіцитом часу;

- кумулятивним характером втрат;

- відсутністю можливостей для емоційної розрядки;

- організаційними проблемами [5, 6].

Організаційні проблеми (нестача підтримки, нечіткі ролі, конфлікти в команді, відсутність справедливого розподілу навантаження) можуть сприйматися як «зрада системи», що підсилює гнів і недовіру — важливі компоненти moral injury. Водночас саме організаційна підтримка здатна суттєво знижувати інтенсивність морального дистресу.

3. Маркери психологічної дезадаптації.

До основних проявів моральної травми належать:

- нав'язливі моральні румінації [1, 2];

- домінування провини та сорому [3];

- емоційне притуплення;

- професійний цинізм;

- деперсоналізація;

- зниження мотивації;

- симптоми вигорання [5, 6].

На поведінковому рівні ці маркери можуть проявлятися як уникання певних типів викликів, небажання брати відповідальність, підвищена конфліктність, різкі реакції на критику, а також як «тунельне мислення» під час стресу. У комунікації з колегами іноді з'являються сарказм, відстороненість або «холодна» манера, що є сигналом виснаження.

Раннє виявлення цих ознак має стати складовою системи психологічного супроводу.

Важливо, щоб раннє виявлення не зводилось до формальних опитувальників, а включало культуру командної турботи, регулярні короткі чек-іни, можливість конфіденційних консультацій та чіткі маршрути скерування до фахівця з психічного здоров'я.

4. Профілактика та психологічна підтримка.

Профілактика моральної травми має базуватися на комплексному підході, що включає:

- формування етичної грамотності;
- навчання командному прийняттю рішень;
- розвиток навичок саморегуляції;
- супервізію та наставництво;
- впровадження практик meaning-making;
- роботу з почуттям провини та сорому [1, 5, 6].

Етична грамотність передбачає не тільки знання принципів triage, а й розуміння «етики дефіциту»: як зберегти людяність, діючи у жорстких обмеженнях. Командне прийняття рішень знижує ризик персоніфікації провини («це тільки я вирішив/ла») і підтримує відчуття спільної відповідальності. Саморегуляція включає короткі протоколи стабілізації (дихання, заземлення, м'язову релаксацію), які можна застосувати між епізодами роботи. Meaning-making і моральне відновлення спрямовані на повернення сенсу, відновлення довіри до себе та зменшення токсичного сорому.

Важливою є інтеграція цих компонентів у навчальні програми. Практично це може реалізовуватись через кейс-метод (розбір етичних дилем), симуляції масових уражень, модулі про моральний дистрес, а також через обов'язкові навички командного «after-action review» як безпечного формату обговорення рішень без звинувачення.

Висновки. Професійна діяльність фахівців домедичної допомоги в умовах воєнного стану супроводжується високим ризиком розвитку моральної травми, зумовленої triage-дилемами, дефіцитом ресурсів і кумулятивним контактом із людськими втратами. Основними проявами є провина, сором, самозасудження, втрата сенсу та професійна дезорієнтація

[1–3]. Важливо, що ці прояви можуть не усвідомлюватися як «психологічна проблема», а маскуватися під втому, роздратування, зниження емпатії, конфліктність або соматичні симптоми. Саме тому необхідні чіткі профілактичні маршрути та нормалізація звернення по психологічну допомогу в професійному середовищі.

Профілактика моральної травми має бути невід'ємною складовою освітнього процесу.

Командні розбори мають бути структурованими (що планували, що сталося, що спрацювало, що змінити), без пошуку «винних», з окремим простором для емоційної реакції. Травмо-інформована супервізія повинна враховувати особливості роботи у загрозі та уникати стигматизації. Практики морального відновлення можуть включати нормалізацію обмежень, вправи на самоспівчуття, реконструкцію сенсу, «моральну репарацію» (дії, що повертають відчуття відповідності цінностям), а також підтримку з боку лідерів і колег.

Реалізація цих заходів сприятиме збереженню психічного здоров'я, підвищенню професійної надійності та довготривалої стійкості служб першого реагування [8, 9, 10].

Список використаних джерел

1. Litz B. T., Stein N., Delaney E., Lebowitz L., Nash W. P., Silva C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review, 29*(8), 695–706. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003

2. Shay J. (2014). Moral injury. U. S. Department of Veterans Affairs. https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/cooccurring/moral_injury.asp

3. Koenig H. G. (2021). Moral injury: An increasingly recognized and widespread syndrome. *Journal of Religion and Health, 60*(5), 2989–3011. https://doi.org/10.1007/s10943-020-01009-9

4. Čartolovni A., Stolt M., Scott P. A., Suhonen R. (2021). Moral injury in healthcare professionals: A scoping review. *Nursing Ethics*, *28*(4), 590–602. https://doi.org/10.1177/0969733020966776

5. Rimon A., et al. (2025). Moral injury among medical personnel and first responders across different healthcare and emergency response settings: A narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *22*(7), 1055. https://www.mdpi.com/1660-4601/22/7/1055

6. Maguen S., et al. (2023). Prevalence and correlates of moral injury in first responders. *Journal of Traumatic Stress, 36*(2), 345–356. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38300302

7. Lerner E. B., et al. (2008). Mass casualty triage: An evaluation of the data and development of a proposed national guideline. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 2*(1), 25–34. https://doi.org/10.1097/DMP.0b013e3181656b9c

8. Lin Y. K., et al. (2022). Evaluation of the START triage protocol. *American Journal of Emergency Medicine, 54*, 115–121. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35130942

9. Butler F. K., et al. (2022). Tactical combat casualty care. In *StatPearls*. Stat Pearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493172

10. Кравчук В., та ін. (2023). Застосування протоколу TCCC та алгоритму MARCH. Міністерство охорони здоров'я України. https://health.gov.ua/march-tccc-ukraine

References

1. Litz B. T., Stein N., Delaney E., Lebowitz L., Nash W. P., Silva C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review, 29*(8), 695–706. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003

2. Shay J. (2014). Moral injury. U. S. Department of Veterans Affairs. https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/cooccurring/moral_injury.asp

3. Koenig H. G. (2021). Moral injury: An increasingly recognized and widespread syndrome. *Journal of Religion and Health, 60*(5), 2989–3011. https://doi.org/10.1007/s10943-020-01009-9

4. Čartolovni A., Stolt M., Scott P. A., Suhonen R. (2021). Moral injury in healthcare professionals: A scoping review. *Nursing Ethics, 28*(4), 590–602. https://doi.org/10.1177/0969733020966776

5. Rimon A., et al. (2025). Moral injury among medical personnel and first responders across different healthcare and emergency response settings: A narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 22*(7), 1055. https://www.mdpi.com/1660-4601/22/7/1055

6. Maguen S., et al. (2023). Prevalence and correlates of moral injury in first responders. *Journal of Traumatic Stress, 36*(2), 345–356. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38300302

7. Lerner E. B., et al. (2008). Mass casualty triage: An evaluation of the data and development of a proposed national guideline. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 2*(1), 25–34. https://doi.org/10.1097/DMP.0b013e3181656b9c

8. Lin Y. K., et al. (2022). Evaluation of the START triage protocol. *American Journal of Emergency Medicine, 54*, 115–121. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35130942

9. Butler F. K., et al. (2022). Tactical combat casualty care. In *StatPearls*. Stat Pearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493172

10. Kravchuk V., et al. (2023). Application of the TCCC Protocol and the MARCH Algorithm. Ministry of Health of Ukraine. https://health.gov.ua/march-tccc-ukraine