



**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ ЗАНЯТЬ
З ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ
ДЛЯ ВИХОВАНЦІВ ГУРТКІВ**



**КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«ХАРКІВСЬКА ОБЛАСНА СТАНЦІЯ ЮНИХ ТУРИСТІВ»
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ**

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ ЗАНЯТЬ
З ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ ДЛЯ ВИХОВАНЦІВ ГУРТКІВ**

Харків
2022

УДК 37.011.33

ББК 74.200.5

Упорядник збірника:

Т.М. Астапова, керівник гуртків – методист Комунального закладу «Харківська обласна станція юних туристів» Харківської обласної ради

Л.С. Софінська, рятувальник Громадської організації «Гірська оперативно-рятувальна служба», Львівська область

І.І. Черненко, кандидат медичних наук, доцент Харківського національного медичного університету, лікар-невропатолог Комунального некомерційного підприємства Харківської обласної ради «Обласний госпіталь ветеранів війни», фахівець незалежної міжнародної медичної гуманітарної організації «Лікарі без кордонів»

М.В. Яворівський, викладач Навчального пункту підготовки гірських рятувальників Державної служби України з надзвичайних ситуацій, начальник Львівської обласної контрольно-рятувальної служби туристсько-спортивної спілки України

Загальна редакція: В.А. Редіна, кандидат педагогічних наук, доцент, директор Комунального закладу «Харківська обласна станція юних туристів» Харківської обласної ради

Рекомендовано рішенням педагогічної ради Комунального закладу «Харківська обласна станція юних туристів» Харківської обласної ради від 01.06.2022 № 2.

Методичні рекомендації щодо організації занять з тактичної медицини для вихованців гуртків / Т.М. Астапова, Л.С. Софінська, І.І. Черненко, М.В. Яворівський; заг. ред. В.А. Редіна, Харків, 2022. 58 с.

Методичні рекомендації містять матеріали щодо організації занять з тактичної медицини для вихованців гуртків у рамках реалізації державної політики щодо впровадження Концепції національно-патріотичного виховання дітей та молоді.

Видання адресоване педагогам, керівникам гуртків закладів позашкільної освіти.

ЗМІСТ

ВСТУП	4
МОТИВАЦІЯ НА ЗАНЯТТЯХ З ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ	5
Як структурувати заняття	7
Як готуватися до заняття	10
ГАСЛО ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ: «ПРАВИЛЬНІ ДІЇ У ПРАВИЛЬНИЙ ЧАС!»	11
Етапи надання допомоги у тактичній медицині	15
Евакуаційні категорії та медичне сортування	21
ІНДИВІДУАЛЬНА ТАКТИЧНА АПТЕЧКА	22
ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА З НАДМІРНИМ ПОЧУТТЯМ ПРОВИНИ В КРИЗОВІЙ ІНТЕРВЕНЦІЇ	39
ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПІД ЧАС ВІЙНИ	41
ТУРБОТА ПРО СЕБЕ ПІД ЧАС ВІЙНИ: 7 БАЗОВИХ НАВИЧОК	45
ЯК ЗАСПОКОЇТИ ДИТИНУ ПІД ЧАС ВІЙНИ	49
ДОБІРКА КОРИСНИХ ІГОР ДЛЯ ДІТЕЙ	52

Коли в дім приходить війна – люди рятують свої життя, а потреба в якісній освіті відходить на другий план. Як би боляче та прикро не було це визнавати, ми повинні адаптуватися до навчання під час війни.

Для більшості закладів освіти продовження освітнього процесу стає важливою місію. Крім звичайних уроків та занять гуртків, навіть віртуальне спілкування дітей у колі друзів та однолітків дає змогу розуміння того, що в житті залишилося місце чомусь звичному та сталому. Звична навчальна реальність допомагає знайти опору під ногами, можливість розвитку та вдосконалення.

У сьогоdnішньому світі грамотність і можливість здобувати знання не є привілеями, вони є звичайним правом кожної дитини. Якісна освіта вже давно стала незмінним атрибутом розвитку цивілізації і під час війни доступ до неї, за змоги, не повинен припинятися, наскільки б важко психологічно це не було. Прочитані книжки, опановані навички – це маленькі кроки до успішного та щасливого майбутнього нашої країни. Все, що для цього потрібно зробити, – навчатися. Опановувати програму, користуватися можливістю відкритого доступу до додаткової освіти, продовжувати розвивати свої таланти.

Реалії сьогодення диктують нам нові виклики, серед яких – знання з основ тактичної медицини. Ми обов'язково переможемо. І діти знову будуть просто прибігати на заняття гуртків, щоб отримати нові вміння.

МОТИВАЦІЯ НА ЗАНЯТТЯХ З ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Найперша і найголовніша складова ефективного освітнього процесу – це мотивація. Це основна вимога як до викладача, так і до аудиторії. Лише вмотивований педагог структуровано готується до занять, працює над своїм голосом і тілом, переконливо доносить інформацію і, найголовніше, може мотивувати аудиторію. Лише вмотивована аудиторія готова слухати і сприймати інформацію та сумлінно відпрацьовувати практичні завдання до набуття необхідних навичок.

Світова педагогічна практика вже давно взяла курс на навчання, яке зосереджене на учнях (дитиноцентризм, студентоцентризм). В основі його лежить чітке визначення мети навчання і розуміння потреб аудиторії. Викладач має врахувати: мету, мотивацію, потреби кожного слухача, очікувані результати, попередні знання; тип особистості; стиль сприйняття інформації учня. Всі ці пункти мають бути визначеними ще під час підготовки до заняття і основним завданням викладача буде підтримування мотивації протягом усього навчального процесу.

Ще в 1987 році, американський вчений Джон Келлер (John Keller) розробив модель мотивації до навчання ARCS (рис. 1): Attention (заволодіти увагою), Relevance (навчати значущому), Confidence (надавати впевненість у тому, що навчитись можливо), Satisfaction (підтримувати інтерес та забезпечити задоволення від навчання) [5, с. 38].

Для того, щоб «вписатися» у цю модель, викладач повинен бути всебічно підготовленим. Будь-яке заняття є процесом комунікації між лектором та аудиторією, щоб правильно розставити акценти та пріоритети. За «правилом 7-38-55», розробленим американським психологом Альбертом Мерабіаном (Albert Mehrabian) у 1971 році, комунікація буває вербальною (що сказано?), вокальною

(як сказано?) і візуальною (що спостерігається?) [7, с. 17]. Відповідно, ефективність та успіх усної комунікації визначається на:

- 7% тим, що сказано (вербальна) – змістове наповнення;
- 38% тим, як це було сказано (вокальна) – інтонація, темп, гучність мовлення;
- 55% тим, що при цьому спостерігається (візуальна) – міміка, жести, зовнішній вигляд викладача.

Незважаючи на такі цифри, не варто переоцінювати вокальну і візуальну складову комунікації зважаючи на те, що дослідження проводилося у штучних умовах і лише на прикладах емоційної і поведінкової комунікації (на чому наголошував сам Мерабіан). Але також не варто їх недооцінювати.



Рис. 1. Модель мотивації до навчання ARCS
(за Джоном Келлером (John Keller)) [5]

Як структурувати заняття. Якщо заняття неправильно структуроване, інформація не буде сприйматися аудиторією ефективно, тому і навчальний процес буде так само неефективним. Повноцінне заняття має складатися із трьох основних частин: вступ; основна частина; висновок.

Зазвичай, заняття порівнюють або із будинком, де вступ є фундаментом, основна частина – стінами, а висновок – дахом. Досвід показує, що нехтування однією із цих частин (непереконливий вступ чи змазаний висновок) неодмінно веде до зниження ефективності заняття.

Вступ. Перед початком проведення заняття, необхідно обов’язково привітатися і встановити зоровий контакт із аудиторією, зробити наголос на мету, яку поставлено перед собою на це заняття, а також на основні питання, які будуть розглядатися. Вступ повинен привернути увагу і зацікавити аудиторію. Для того, щоб вступ був ефективний, він повинен бути швидкий (3-5 хвилин) і стислий, без заглиблення у подробиці. Обов’язково необхідно повідомити про план роботи, це дозволить дотримуватися заданої теми.

Отже, за будь-яких розкладів важливо, щоб зі вступу учні зрозуміли:

- що вони будуть вивчати (мета заняття);
- чому для них важливо це знати і вміти (мотивація);
- як вони будуть отримувати знання та навички (план).

Чітке визначення мети вже може бути мотивом, проте цього недостатньо. Учні повинні чітко зрозуміти, чому важливо саме їм навчитися.

Для зацікавлення аудиторії можна:

- поставити проблемне питання, вирішення якого аудиторія повинна знайти до закінчення заняття;
- розповісти повчальну історію, яка розкриє важливість саме цієї теми;
- запитати у дітей їх особисту думку або особистий досвід (найбільше мотивованими будуть ті, кому нададуть можливість висловитися).

Основна частина. Педагогу рекомендовано дотримуватися плану чи схеми заняття, тримати його перед очима (роздрукованим на папері, у вигляді невеликої «шпаргалки» або на слайдах), щоб довести важливу інформацію.

Правила структурування інформації в основній частині:

- інформація доводиться від простої до складної;
- інформація вибудовується у логічний ланцюжок;
- інформація розбивається на тематичні блоки (кейси). Для кожного блоку повинна бути презентація, демонстрація, практика, перевірка матеріалу.

Презентація містить основну теоретичну інформацію матеріалу (навички). Необхідно намагатися використовувати для неї якомога більше наочності і ілюстрацій, наводити приклади, далі йде – демонстрація навичок. Важливо чітко проводити демонстрацію матеріалу, бути впевненими, що її бачать усі слухачі і тільки потім повільно наголошувати на усіх важливих кроках і деталях.

Так, на заняттях гуртків, у розділі «Безпека життєдіяльності» вимогою сьогодення обов'язковим є відпрацювання усіх практичних навичок в наданні першої та невідкладної допомоги, знання з основ тактичної медицини. В екстремальній ситуації людина знаходиться у стані емоційного стресу: «вимикаються» процеси мислення та дрібна моторика рук, вмикаються ступор, розгубленість, паніка. Тому основні навички і алгоритми надання першої домедичної допомоги повинні бути відпрацьовані на рівні м'язової пам'яті і рефлексів.

Головне правило для практики: чим більше – тим краще! Керівник гуртка повинен вимагати, щоб усі виконували завдання, контролювати правильність виконання завдання, якщо треба – допомагати.

Рівень оволодіння практичними навичками можна визначати через завдання у формі симуляції (робота в симуляційних класах, відпрацювання на манекенах, тощо) надання допомоги постраждалому в надзвичайній ситуації. Перевіряється

швидкість, вправність, злагодженість роботи всієї групи. Контроль і засоби перевірки визначає викладач відповідно до поставленої мети заняття.

Висновок. Наприкінці заняття для закріплення матеріалу, треба повторно звернутися до мети, завдань, які були визначені у вступі, і основних пунктів плану. У висновку не рекомендовано надавати нову інформацію (вона має бути розглянута і відпрацьована в основній частині), а тільки тезово переглянути вивчене. Під час підведення підсумків наголошується, що вивчений сьогодні матеріал є дуже важливим.

Закінчувати заняття треба на позитивній ноті, тобто, відзначити вдалі моменти, помітний прогрес у роботі.

Висновок дає можливість аудиторії поставити запитання викладачу щодо матеріалу заняття, а також зворотній зв'язок – викладач може поставити запитання аудиторії, щоб перевірити, наскільки був засвоєний матеріал.

Запитання є дуже важливою складовою, але вони можуть стати проблемою і зруйнувати всю структуру заняття. Тому необхідно відповідати лише на ті питання, що стосуються теми, а решту залишити на закінчення заняття або на перерву.

Робота із запитаннями: вислухати повністю запитання; подякувати; повторити його вголос, щоб почула і зрозуміла вся аудиторія; якщо треба, зупинитися і подумати; відповідати чітко, коротко і по суті. Під час відповіді на запитання, необхідно посилатися на основну частину заняття – це посилює і роз'яснює матеріал. Якщо не знаєте відповіді, не вигадуйте і не фантазуйте. Спробуйте переадресувати це запитання аудиторії або можете висловити особисту думку на цю тему, але обов'язково зробіть наголос на цьому. Пообіцяйте знайти відповідь (і для себе в тому числі), обов'язково потім повідомте результат.

Як готуватися до заняття. Готуючись до заняття, насамперед необхідно визначити цілі, потім критерії оцінки результатів їх досягнення (наприклад,

навчити слухачів накладати турнікет САТ будь-якою рукою на будь-яку кінцівку за 30 секунд). Відповідно до цього визначаються практичні завдання, які дадуть змогу досягнути цього результату, і теоретичне наповнення заняття. Потім необхідно продумати, яким чином зацікавити і вмотивувати аудиторію на навчання і якими будуть підсумки заняття.

Технічне забезпечення заняття. Приміщення або території для проведення заняття необхідно заздалегідь визначити і перевірити. Чи підключається проєктор до комп'ютера, чи немає шматків колючого дроту у траві або розбитих пляшок – недбале ставлення до таких деталей може звести нанівець усю попередню підготовку до заняття, а то й перетворити його на практику надання допомоги.

Тренувальні і витратні матеріали також вимагають перевірки комплектності і технічного стану заздалегідь, щоб раптом не виявилось, що половина турнікетів уже непридатна для використання.

Погода і відповідний одяг. «No raining – no training» люблять повторювати іноземці, але до дощу, як і до пекучого сонця, чи занять за морозної погоди треба підготуватися і перевірити відповідність одягу та спорядження учнів.

Як впоратись із проблемними учнями? Необхідно залучити їх до роботи, врахувати їхні ідеї, залучити інших учнів до допомоги.

Важливо не переходити на особистий рівень, залишатися об'єктивними.

ГАСЛО ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ: «ПРАВИЛЬНІ ДІЇ У ПРАВИЛЬНИЙ ЧАС!»

В умовах воєнного стану варто бути готовим до всього, навіть цивільним особам. Прості речі рятують життя. А чітке розуміння алгоритму дій допоможе взяти себе в руки в екстреній ситуації та надати першу допомогу постраждалому.

Домедична допомога – це найпростіші невідкладні медичні дії, що виконуються терміново безпосередньо на місці після події. Зазвичай, вона надається не медичними працівниками, особами, що на даний момент знаходяться поруч, безпосередньо на місці або поблизу від постраждалого.

Тактична медицина – це надання медичної допомоги власне під час військового стану, враховуючи загрозу бойових дій чи обстрілу. Тактична медицина враховує той факт, що місце і обставини, в яких надається допомога під час бойових дій, принципово відмінні від лікарень, салону машини швидкої допомоги або, навіть, тротуару серед міста.

Варто запам'ятати, що найважливіше правило будь-якої допомоги – збереження власного життя. Це означає, що якщо ви не є впевненими у власній безпеці, то ви не повинні розпочинати надання допомоги.

Розвиток системи надання медичної допомоги в збройних силах країн НАТО привів до поступової зміни підходу до лікування поранених на полі бою та створив передумови виникнення концепції TCCC – Tactical Combat Casualty Care (тактична допомога пораненим на полі бою). У 1996 році Ф. Батлер провів аналіз надання допомоги пораненим на полі бою та причин смертей. Основним висновком його дослідження було те, що існує цілий ряд обмежень під час надання допомоги в разі використання виключно положень, передбачених стандартами Advanced Trauma Life Support (ATLS) – екстрена медична допомога травмованим (ЕМДТ) [4]. У результаті цього він запропонував нові підходи, що й

започаткували новий напрямок – Tactical Combat Casualty Care (TCCC) [1], що зараз є золотим стандартом надання допомоги пораненим в умовах бойових дій.

Згідно з протоколами TCCC, обсяг і порядок надання першої долікарської допомоги визначається тим, де і ким вона надається.

Звісно, існують спеціальні професійні курси, які варто пройти, щоб навчитись правильно виконувати ці чи інші дії. Адже відпрацьовані практичні навички в цьому питанні насамперед результативні і цінні. Та краще бути озброєним інформацією і знати певні алгоритми, якщо ви вже опинились у скрутному становищі і зараз не можете пройти спеціалізовані курси: ці знання можуть допомогти врятувати життя.

Протоколи TCCC поділяються на 4 рівні, які залежать від ролі людини (військовослужбовець чи медик та рівень підготовки) [4]:

- TCCC-ASM (TCCC All Service Members);
- TCCC-CLS (TCCC Combat Lifesaver);
- TCCC-MP (TCCC for Medical Personnel), які своєю чергою також поділяються на 2 рівні.

Стандарти TCCC розроблені згідно останніх аналітичних даних і мають найкращу за їх історію систему надання медичної допомоги та евакуації під час бойових дій. На даний час система навчання відповідно до рекомендацій CoTCCC впроваджена у країнах НАТО, їх союзників, ін. Дотримання рекомендацій дають можливість залишитись живими максимальній кількості поранених військових.

TCCC-ASM розрахований для всіх військовослужбовців (які не є медиками). Цілі TCCC: надати допомогу пораненому; запобігти додаткових травм у військовослужбовців; завершити місію.

За основу курсу з надання невідкладної медичної допомоги в умовах ведення бойових дій в Україні зараз впроваджується програма CLS (Combat Lifesaver), що добре зарекомендувала себе у всьому світі.

ТССС-МР містить рекомендації з тактичної допомоги пораненим в умовах бойових дій для медичного персоналу.

Військово-облікові спеціальності, що стосуються тактичної медицини, офіційно з'явилися лише у 2017 році, хоча ще за рік до того перші українські військові пройшли курс із підготовки за стандартами Сухопутних військ США. Тоді ж, у 2017 році, спеціальність «бойовий медик» офіційно визнана наказом Міністерства оборони України. Бойовими медиками можуть бути як жінки, так і чоловіки, з медичною освітою та без неї, що пройшли відповідну фахову підготовку. Бойовий медик працює безпосередньо на передовій: надає першу домедичну допомогу пораненим, здійснює сортування і організовує евакуацію з поля бою.

У польових умовах або в разі відсутності проточної води для знезараження рук використовують готові антисептичні засоби та розчини. Найбільш відомі та доступні – з закруткою-розпилювачем, містять суміші на основі ізопропилового спирту, який є активним у відношенні більшості патогенних мікроорганізмів та вірусів. Є також гелеподібні засоби для дезінфекції рук, що мають широкий протимікробний спектр. Універсальний варіант – хлоргексидин 0,05% (готовий розчин). На відміну від інших засобів може використовуватися для обробки дрібних травм шкіри, поранень.

Окремо варто відзначити травми шкіри в ході впливу низьких та високих температур і вітру – шкіра стає сухою, з'являється свербіж, тріщини. Регулярне використання кремів забезпечить шкіру поживними речовинами, підтримає її еластичність, забезпечить антисептичний ефект і прискорить процес регенерації тканин.

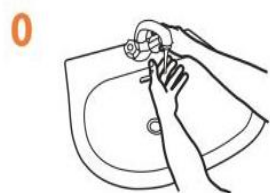
Представлена на малюнку техніка миття рук враховує особливості анатомії кисті та пальців, «сліпі зони» та інші місця, які в більшості випадків залишаються поза увагою (рис. 2).

Накопичення бруду та інфекцій знищується завдяки ретельному миттю ділянок між пальцями, нігтів, складок шкіри на долоні, користуючись звичайним гігієнічним милом, водою або антисептичними засобами.

Виконання цих рекомендацій знизить імовірність зараження хвороботворними бактеріями, вірусами та попередить гнійно-запальні процеси шкіри.

Мийте руки правильно

тривалість процедури 40-60 секунд



0 Намочіть руки водою



1 Нанесіть стільки мила, щоб воно покривало всю поверхню рук



2 Масажуйте долоня до долоні



3 Потріть правою долонею по поверхні лівої руки з переплестеними пальцями і навпаки



4 Потріть руки долоня об долоню з переплестеними пальцями



5 Зачепіть пальці і потріть їх



6 Ретельно вимивайте великі пальці кожної руки



7 Потріть долоні пальцями в круговому напрямку



8 Змийте руки водою

Рис. 2. Технологія миття рук

Етапи надання допомоги у тактичній медицині. Ранній початок надання медичної допомоги – чинник, що значно підвищує шанси на виживання та відновлення функцій життєдіяльності у пораненого. Тому існує поняття «золотої години» – це час після отримання поранення або контузії, протягом якого надається кваліфікована медична допомога.

Основними причинами смерті 80-90% поранених на полі бою є:

- масивні крововтрати – 60%;
- непрохідність дихальних шляхів – 34%;
- пневмоторакс (скупчення повітря та підвищення тиску в легенях) – 6% [1].

Проте, якщо як мінімум 60% особового складу підрозділу вміє надавати першу допомогу, шанси поранених вижити різко зростають, тому всі військові проходять відповідні навчання.

Виділяють три етапи надання допомоги пораненим у воєнно-польових умовах [4]:

- допомога в «червоній зоні» (під обстрілом);
- допомога в «жовтій зоні» (в укритті на полі бою);
- допомога «зеленої зони» (під час евакуації).

Допомога в «червоній зоні» (англ. Care Under Fire – надання допомоги під вогнем у зоні обстрілу). Переважно складається з самодопомоги (використання турнікета і якнайшвидшого переміщення у безпечне місце). У цей період надзвичайно висока ймовірність одержання додаткового поранення. Можливості надання допомоги та час різко обмежені. Обсяг надання медичної допомоги обмежений припиненням критичної кровотечі та евакуацією пораненого.

У «червоній зоні» не проводять огляду пораненого, не знімають захисного обладнання.

Якщо поранений не може переміститися в безпечне місце сам, а ситуація дозволяє надати йому допомогу, то, за можливості, бойовий медик проводить

швидко оцінку стану потерпілого, зупиняє кровотечу, що загрожує життю і переводить пораненого в безпечне положення на боці (рис. 3), або переміщається з пораненим у безпечну зону.

Ознаки життя пораненого в секторі обстрілу визначають лише шляхом усного звертання до нього: «Тебе поранено?», «Тобі потрібна допомога?». Відсутність відповіді трактують як непритомність і потребу надання допомоги. Визначати наявність дихання чи пульсу в «червоній зоні» небезпечно, тому цього не потрібно робити.

Транспортувати пораненого з поля бою необхідно лише в тому разі, якщо дозволяє тактична ситуація. Якщо бойова обстановка не дозволяє швидкого переміщення непритомного постраждалого в укриття, необхідно безпечно для себе перевернути його на бік чи живіт.

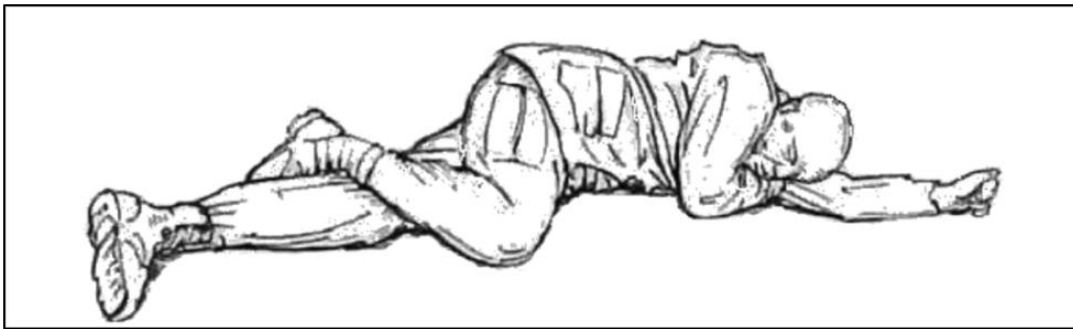


Рис. 3. Переведення пораненого в безпечне положення на боці

У «червоній зоні» необхідно припиняти виключно небезпечно для життя кровотечу.

Під час виконання будь-якої маніпуляції в секторі обстрілу поранений і рятувальник перебувають у небезпеці, тому все необхідно робити максимально швидко з дотриманням правил особистої безпеки (рятувальник не піднімається вище від тіла пораненого, який лежить на землі).

Необхідно пам'ятати, що у секторі обстрілу, в максимально стислий час надається тільки той мінімальний обсяг допомоги, який дозволить пораненому забезпечити його життєздатність під час транспортування в укриття.

Допомога в «жовтій зоні» (англ. Tactical Field Care – надання допомоги на полі бою / в зоні укриття) – коли постраждалий перебуває поза межами вогню противника (тимчасове укриття, окоп, бліндаж). Небезпека ворожого вогню у даний момент відсутня, проте медичне оснащення все ще обмежене. Жовта зона дуже умовна, оскільки в будь-який момент може стати як червоною, так і зеленою. Час надання допомоги – від декількох хвилин до декількох годин.

Тут необхідно установити вербальний (зоровий, голосовий) контакт з потерпілим, дістатися до пораненого, використовуючи безпечний шлях, швидко провести огляд та скласти загальну картину про його стан.

Наявність свідомості у пораненого визначають за допомогою запитань, які потребують більш розгорнутих відповідей, ніж «так» чи «ні». Приклади: «Назвіть своє ім'я?», «Яке сьогодні число?», «Де ми знаходимося?». Можна обережно поплескати пораненого по плечу, торкнутися голови.

Основна увага приділяється швидкому пошуку критичної кровотечі, застосовуючи правило «С-А-В-С». Абревіатура «С-А-В-С» – базовий алгоритм роботи з постраждалим. Практично – є порядком і пріоритетністю надання допомоги [11, с. 64]:

С – critical bleeding (англ., критична кровотеча);

А – airways (англ., дихальні шляхи);

В – breathing (англ., дихання);

С – circulation (англ., циркуляція).

Тут необхідно знову оцінити стан пораненого, застосовуючи правило «С-А-В-С» (критична кровотеча – дихальні шляхи – дихання – циркуляція; в українській адаптації – КОЛЕСО (рис. 4): кровотечі – огляд – легені – ефективність – серце – оцінювання), і надати пораненому необхідну допомогу.



Рис. 4. Правило «С-А-В-С» (в українській адаптації – КОЛЕСО)

Алгоритм надання допомоги в «жовтій зоні»:

Первинний огляд постраждалого, а водночас і оцінювання тяжкості його стану базуються на об'єктивному встановленні зовнішніх ушкоджень та фактичному стані серцево-судинної, дихальної, центральної і периферичної нервової систем, можливості ушкодження внутрішніх органів та внутрішньої кровотечі.

Первинний огляд одного постраждалого рятувальник повинен здійснити впродовж 40 секунд. При цьому доцільна така послідовність огляду, в процесі якої здійснюються й невідкладні медичні заходи з рятування життя пораненого:

– припинення критичної кровотечі. Визначення цілісності кровоносних судин та одночасне припинення зовнішньої кровотечі, насамперед артеріальної (накладення джгута або стисної пов'язки). Першочерговість цього заходу

визначається небезпекою для життя постраждалого внаслідок критичної кровотечі (1-3 хвилини);

- відновлення прохідності дихальних шляхів. Ревізія порожнини рота та верхніх дихальних шляхів з одночасним видаленням сторонніх тіл і відновленням функції зовнішнього дихання за допомогою повітропроводу;

- оцінювання стану серцево-судинної системи шляхом підрахунку пульсу. Відсутність пульсації променевих артерій свідчить про зниження АТ нижче ніж 80 мм рт. ст., це може бути причиною внутрішньої кровотечі та орієнтує рятувальника на проведення відповідних заходів медичної допомоги;

- встановлення мовного контакту з постраждалим одночасно з оглядом голови та оцінюванням стану органів чуття: визначення цілісності кісток черепа, огляд органів зору, слуху, шкірної та больової чутливості;

- оцінювання цілісності грудної клітки, живота та попереку (наявність на тілі ран, чужорідних тіл, переломів, зовнішньої кровотечі з рани, підшкірних гематом, ознак пневмотораксу, напруженість м'язів живота та спини тощо);

- оцінювання цілісності кісток таза;

- оцінювання цілісності кісток кінцівок та інших ушкоджень;

- визначення можливості евакуації пораненого залежно від його стану та наявності спеціалізованого евакуаційного транспорту.

Для визначення рівня свідомості пораненого варто використовувати шкалу AVPU. Реакцію оцінюють за чотирма пунктами [4]:

- Alert (притомність). Постраждалий повністю притомний, хоча може бути дезорієнтованим. Спонтанно відкриває очі, реагує на голос (хоча може бути розгубленим), має моторні функції.

- Voice (голос). Поранений певним чином реагує, якщо до нього говорять. Реакція може бути виконана очима, голосом або рухом, наприклад, постраждалий відкриває очі на запитання: «З тобою все в порядку?». Ця реакція може виявлятися

бурмотінням, стогоном або легким рухом кінцівки, викликаним голосом рятувальника.

– Pain (біль). Поранений реагує на больові стимули. Постраждалий із певним рівнем притомності може зреагувати, використовуючи голос, рухаючи очима або тілом.

– Unresponsive (не реагує), іноді розшифровується як «непритомний». Постраждалий не виявляє реакції на голос, накази або біль.

Допомога під час евакуації у медичні заклади «зеленої зони» (англ. Tactical Evacuation Care) – мобільні польові госпіталі, військові чи цивільні шпиталі, спеціалізовані клініки. Переважно полягає у своєчасному супроводі до місця немедичної чи медичної евакуації.

Немедична евакуація потерпілого (Casevac) належить до переміщення потерпілих із використанням немедичного транспортного засобу.

Медична евакуація (Medevac) належить до евакуації потерпілих із використанням спеціалізованого санітарного автомобіля або санітарного літака. На медичних транспортних засобах для евакуації (наземних і повітряних) присутній медичний персонал для надання потерпілим допомоги під час евакуації.

В обох випадках невідкладну допомогу надають згідно з протоколом MARCH (Massive Bleeding – масивна кровотеча, Airway – дихальні шляхи, Respiration – дихання, Circulation – кровообіг, Head injury/Hypothermia – черепно-мозкова травма / гіпотермія) [4].

Оцінювання стану постраждалого за алгоритмом MARCH:

M – Massive Bleeding, масивна кровотеча;

A – Airway, дихальні шляхи;

R – Respiration, дихання;

C – Circulation, кровообіг;

H – Head injury/Hypothermia, черепно-мозкова травма / гіпотермія.

Розрізняють три **евакуаційні категорії** для поранених:

- «А» – екстрена (повинні бути евакуйовані впродовж 2 годин), з критичними травмами, що загрожують життю;
- «В» – пріоритетна (повинні бути евакуйовані впродовж 4 годин), з значними за обсягом пораненнями;
- «С» – звичайна (можуть бути евакуйовані до 24 годин), з незначними пошкодженнями.

Медичне сортування проводять на кожному етапі надання медичної допомоги та евакуації. Від якості проведення сортування залежить дотримання черговості в наданні медичної допомоги та евакуації. Сортування – це постійний процес, який повторюється неодноразово в ході надання медичної допомоги й евакуації, включає комплекс заходів для діагностики пошкоджень, усунення загрозливих для життя станів та передбачає евакуаційно-транспортну складову. Всі, хто залучені до медичного сортування, керуються єдиною класифікацією хвороб, діагностично-лікувальними алгоритмами та вимогами до сортування. Всі маніпуляції фіксують у спеціальній медичній документації.

Найскладнішим принципом медичного сортування з психологічного погляду є усвідомлення того, що допомогти усім потерпілим не вдасться. Саме через це пріоритет віддається тим постраждалим, у яких є більше шансів на виживання. Водночас через брак медичних ресурсів, постраждалі, що отримали травми несумісні з життям, але ще залишаються живими на момент сортування, медичну допомогу отримують у випадку, коли допомога уже надана всім, хто має більше шансів на виживання.

ІНДИВІДУАЛЬНА ТАКТИЧНА АПТЕЧКА

Екіпірування та спорядження XXI століття кардинально відрізняється від зразка кінця XX століття, різниця у 20-30 років колосальна. Стосується це і, зокрема, комплектації індивідуальної тактичної аптечки (ІТА). Якщо раніше максимум, що було – це джгут Есмарха та індивідуальний перев'язувальний пакет (ІПП), то зараз спектр засобів надання екстреної допомоги пораненому значно розширився.

В сучасних умовах ведення воєних дій, всі бійці мають бути забезпечені персональними аптечками рівня IFAK (Individual First Aid Kit). Індивідуальна аптечка бійця такого виду компонування дозволяє надати екстрену допомогу в перші (найважливіші) секунди після поранення, тим самим збільшуючи шанс виживання.

IFAK (Individual First Aid Kit – англ., індивідуальна аптечка першої допомоги) – основний інструмент в наданні першої невідкладної медичної допомоги. Склад IFAK стандартизований, має кілька підвидів і варіантів комплектації, може бути доукомплектований, виходячи з особистих побажань і навичок конкретної людини.

Відповідно до завдань, які необхідно вирішити при наданні першої допомоги в бойових умовах, сучасна тактична аптечка повинна містити:

- медичні рукавички;
- кровоспинний турнікет;
- назофарингеальний повітропровід;
- гемостатичні засоби, перев'язувальні матеріали («ізраїльський бандаж», оклюзійна пов'язка, бинти),
- декомпресійну голку;
- атравматичні ножиці;
- косинку фіксуючу;

- пластир нетканий гіпоалергенний;
- перманентний маркер;
- термоковдру;
- картку пораненого;
- інші доповнення за необхідності.

Медичні рукавички (рис. 5) та їх використання – це питання особистої безпеки.

Рукавички класифікуються за кількома критеріями: розмір, матеріал, еластичність, міцність.

Високоякісний латексний матеріал сприяє комфорту і щільному прилягання рукавичок до рук. Крім цього, латекс не має конкурентів в забезпеченні точних тактильних відчуттів.

Нітрилові рукавички не викликають алергічних реакцій. Стійкі до широкого спектру хімічних речовин.

Рукавички вінілові виготовляються з полівінілхлориду та мають помірний ступінь міцності, вони мають середній ступінь опору розривів та проколів. Рівень пластичності цих рукавичок теж відносять до помірного. Ці характеристики не дозволяють використовувати вінілові рукавички для тактичних аптечок.

Розмір рукавичок підбирається індивідуально. Колір – синій, білий, тілесний, але не чорний – він погано контрастує з кольором крові.

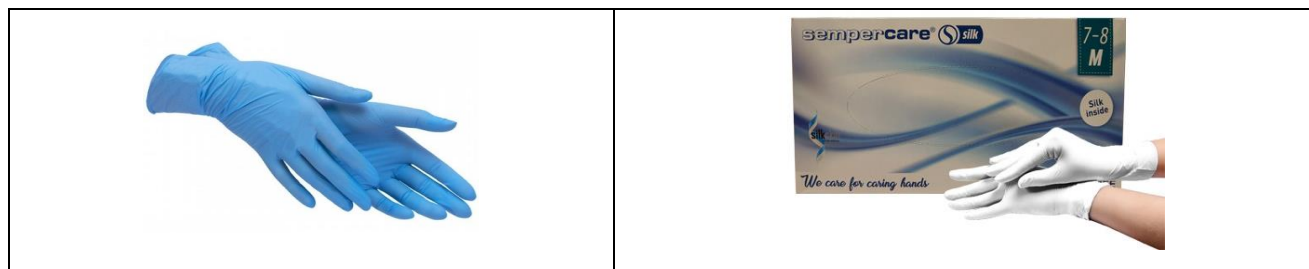


Рис. 5. Медичні рукавички

Кровоспинний турнікет (рис. 6) – найголовніший елемент у тактичній аптечці. Це засіб боротьби з критичною кровотечею, яка виникає при пошкодженні магістральних кровоносних судин кінцівок. При пораненні кінцівок єдина надія не померти від втрати крові – використання кровоспинного турнікета. Застосовується в червоній, жовтій, зеленій зоні. У бійців повинно бути 2 турнікети – один в аптечці, інший ззовні – на самій аптечці або на аmunіції, у однаковому місці, визначеному для всіх у підрозділі). Сертифіковані турнікети – запорука якості. Сучасні кровоспинні турнікети є високотехнологічними інструментами, до яких є суттєві вимоги. Найбільш відомим є кровоспинний турнікет CAT – Combat Application Tourniquet (американський виробник CAT RESOURCES) [10, с. 73].

Він рекомендований американським комітетом TCCC – організацією, яка розробляє алгоритми та стандарти надання першої догоспітальної допомоги для військової сфери. Окрім вищевказаного якісними є турнікети: SICH, Дніпро, SOFTT-W, TMT, RCT. Якісний турнікет, незважаючи на те, що здається простим у виробництві, має серйозні технологічні вимоги до кожної своєї складової та проходить спеціальну перевірку.

Турнікет накладається здебільшого як самодопомога, це роблять однією рукою якнайвище на верхню чи нижню кінцівку (плече, стегно). При накладанні турнікета, необхідно здійснювати максимальний тиск до повного зупинення кровотечі.

В умовах обстрілу, якщо локалізація місця поранення точно невідома, накладається турнікет максимально високо на кінцівках – верхня третина стегна або плеча. При правильно накладеному турнікеті кровотеча припиняється і пульс на зап'ястку руки або знизу-позаду внутрішньої гомілки на нозі не виявляється. Кінцівка не має набрякати та набувати синюшного відтінку.



Рис. 6. Складові частини турнікета

Необхідно записати час накладення турнікета у спеціально визначеному місці чи на видимій частині тіла пораненого. Перед часом написати велику літеру

„Т” (турнікет, time), яка є сигналом персоналу, що пораненому накладено турнікет.

У більшості випадків відносно безпечним є накладення турнікета протягом двох годин. Треба прагнути до того, щоби протягом цього часу кровотеча була зупинена іншими методами, або щоб поранений був евакуйований.

Якщо кровоспинний турнікет знаходився на місці накладення більше 6 годин, його зняття має бути виконане тільки медичними працівниками.

Турнікет повинен бути легкодоступним як в аптечці, так і зверху на амуніції.

Турнікет накладається однією рукою поверх одягу, як правило, коли його накладають у порядку самодопомоги на верхню чи нижню кінцівку (верхня третина плеча або стегна) (рис. 7).

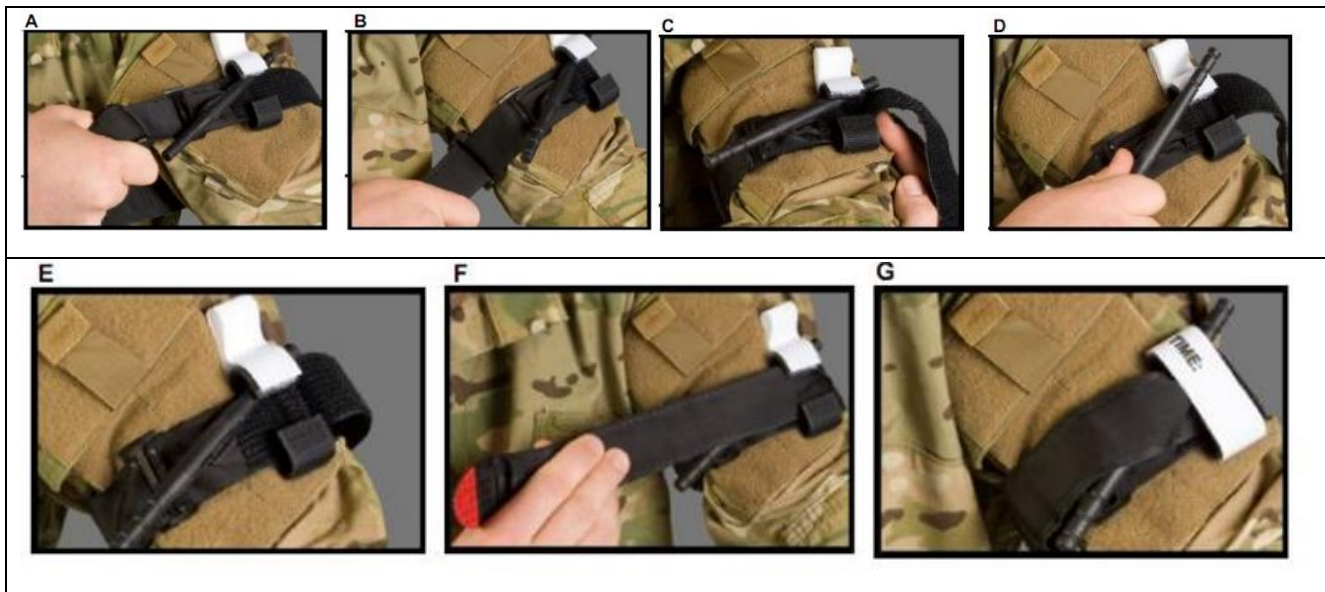


Рис. 7. Накладання турнікета однією рукою

При накладанні, необхідно розмістити постраждалу кінцівку через петлю, яку утворює стрічка турнікета. Для зручності і швидкості накладення намагатися, щоби платформа з важелем розташовувалася зверху кінцівки, а вільний кінець стрічки спрямовувався в напрямку тіла пораненого.

Назофарингеальний повітропровід (назальна трубка). Забезпечує прохідність верхніх дихальних шляхів. Індивідуальний розмір відповідає відстані від кінчика носа до мочки вуха. У комплекті є упаковка лубриканта для змащування трубки перед введенням.

За формою повітропровід представляє з себе гнучку трубку, виготовлену з латексу, і використовується для введення в носовий прохід. При втраті свідомості може виникнути стан, пов'язаний з розслабленням м'язів і западанням язика, що веде до перекриття дихальних шляхів і гіпоксії, наслідком якої є смерть. Введення повітропроводу в носову порожнину дозволяє зберегти життя постраждалого, створюючи вільний хід для дихання.

У своїй конструкції повітропровід має два кінці, один з яких має зріз, що полегшує його введення в назальну порожнину; інший кінець оснащений широким і плоским кільцем, яке утримує повітропровід від повного падіння в дихальні шляхи (рис. 8). Перед постановкою слід обробити зовнішню поверхню назального повітропроводу спеціалізованим лубрикантом Surgilube, який має антисептичний ефект завдяки вмісту хлоргексидинглюконату.



Рис. 8. Назофарингеальний повітропровід

Гемостатичні засоби (рис. 9). За останні роки було розроблено широкий спектр гемостатичних засобів. Ці засоби можна розділити на 3 великі категорії: гемостатики, герметики та клеї. Вони відрізняються за механізмом дії, складом, зручністю, можливістю використання на вологій та сухій тканинах тощо. Гемостатичний засіб, за рахунок хімічної реакції при контакті з кров'ю прискорює

процес коагуляції (згортання крові), зупиняючи критичну кровотечу. Ефективне управління кровотечею для досягнення гемостазу має важливе значення для отримання позитивних результатів.

QuikClot Combat Gauze Z-Folded – бинт, просочений гемостатиком, засіб для зупинки кровотеч та проведення тампонади.

Основою гемостатику QuikClot є цеоліт (zeolit) – природний абсорбент, який викликає швидке згортання крові та подальшу зупинку кровотечі.

QuikClot Combat Gauze перебуває на озброєнні армії та поліції США, рекомендований для використання на полі бою міжнародним комітетом ТССС.

Дана модель складається з бинта, складеного «гармошкою», що дозволяє не витрачати часу на розмотування, а відразу тампонувати матеріал в місце поранення.



Рис. 9. Бинти, просочені гемостатиком

Z-Medica EMS Rolled Gauze – це м'яка біла неткана гідрофільна марля. Вона просякнута каоліном, неорганічним мінералом, який є безпечним та ефективним для прискорення природного процесу згортання крові в організмі. QuikClot не використовує білки тваринного або людського походження і не викликає екзотермічних реакцій.

The Emergency Bandage, більш відомий як «**ізраїльський бандаж**» (рис. 10), використовується для тугої перев'язки рани. Бандаж Olaes (Olaes modular bandage) – сучасний сформований перев'язувальний засіб, що дозволяє швидко і ефективно зупинити кровотечі.

Бандаж запакований двічі, що забезпечує його стерильність. (Зовнішнє пакування можна також використовувати як перев'язувальний матеріал у разі пневмотораксу). Ця пов'язка для екстреної допомоги була винайдена Барнадом Бар-Натаном – ізраїльським військовослужбовцем, медиком і бізнесменом. Він сконструював бандаж на зміну імпровізованим пов'язкам, щоб використовувати у критичних ситуаціях. Бар-Натан витратив чимало років на тестування різних тканин і тиску, і лише в 1995 р. зупинився на бандажі з оптимальним тиском на рану, яка не спричиняла ефекту джгута [8, с. 24].

Цей бандаж став стандартом для елітних підрозділів армії США та замінив попередні пов'язки. У великому масштабі цей засіб був уперше використаний під час війни у Боснії, де із ним пов'язують порятунок багатьох життів. Бандаж Olaes є на озброєнні країн-союзників альянсу НАТО.

Бандаж Olaes (Olaes modular bandage) – універсальний засіб, яке об'єднує в собі функції еластичного бинта, компресуючого елемента, матеріалу для глибокої тампонади рани, а також фіксатора кінця бинта.

Бандаж має герметичну поліетиленову вакуумну упаковку, яка припускає зберігання бандажа в будь-яких умовах. Еластичний бинт бандажа прошитий по всій довжині невеликими смужками-застібками велкро, які фіксують бандаж, тим самим виключаючи розмотування бинта. Під нелипкою до місця поранення марлевою серветкою розміщується матеріал для тампонади, необхідний при проникаючих пораненнях. В кінці бандажа знаходиться елемент кріплення, який дозволяє зафіксувати кінчик бинта і, при необхідності, збільшити тиск на місце поранення.

Бандаж можна накласти однією рукою, що дозволяє потерпілому самотійно надати собі допомогу.

«Ізраїльський бандаж» забезпечує аналогічну джгуту функцію і може сповільнити циркуляцію крові, коли джгут не доступний або якщо травма не є критичною.



Рис 10. «Ізраїльський бандаж» та методика його накладання

Оклюзійна пов'язка (рис. 11) використовується при пораненні грудної клітки. Існують модифікації з клапанами, що випускають повітря з грудної клітки і перешкоджають його потраплянню всередину.

Виготовлена з повітронепроникних матеріалів високої щільності на гелевій основі.



Рис. 11. Оклюзійна пов'язка

Призначена для використання при зовнішньому відкритому пневмотораксі для перешкоджання потраплянню повітря в рану (герметизації проникаючих поранень грудної клітки) і для надання першої невідкладної медичної допомоги потерпілим.

Матеріал вважається «оклюзійним», якщо волога на раневій поверхні зберігається, коли пов'язка укріплена на місці пошкодження тканин. Чергування шарів синтетичної марлі запобігає висиханню рани, перешкоджаючи випаровуванню водяної пари з поверхні рани в атмосферу. Накладення оклюзійної пов'язки забезпечує випаровування парів вологи з рани зі швидкістю нижче, ніж вони виділяються, що створює в ній вологе середовище і сприяє загоєнню.

Цей перев'язувальний матеріал використовуються для герметизації певних типів ран і оточуючих їх тканин від повітря, рідин і шкідливих домішок, таких як віруси і бактерії, при травмах або наданні першої допомоги. Він часто застосовується в якості безпосереднього засобу контролю чистоти рани, а також для зменшення втрати крові.

Оклюзійна пов'язка використовується при пневмотораксі, доповнює кровоспинні засоби при порізах і рваних ранах. У деяких випадках її використовують при відкритих переломах ребер і пошкодженнях верхніх дихальних шляхів.

Правильна техніка накладення оклюзійної пов'язки на грудну клітку вимагає мінімального знання анатомії. Вентильовані перев'язувальні матеріали слід наносити тільки на рани грудної клітки. Накладення оклюзійної пов'язки в польових умовах вимагає підготовки. Найкраще – спеціалізовані курси або майстер-класи з відпрацювання методики на навчальному манекені.

Декомпресійна голка ARS Needle Kit (рис. 12) спеціально створена для надання першої допомоги при напруженому пневмотораксі на догоспітальному етапі. ARS Needle Kit постачається у спеціальному компактному футлярі, який завдяки своїй конструкції не тільки зручний в транспортуванні і зберіганні, але також і забезпечує стерильність вмісту. У середині пеналу знаходиться голка і катетер, довжина яких 8,25 см, що відповідає рекомендаціям міжнародного комітету TCCC.

Довжина голки і універсальність конструкції дозволяють застосовувати ARS Needle Kit у дорослих постраждалих з різними типами будови тіла.

Після введення голки з катетером, сама голка витягується, залишаючи в плевральній порожнині катетер. У свою чергу, катетер має відкритий вхід, дозволяючи контролювати хід виконання маніпуляції. ARS Needle Kit стоїть на озброєнні в штатних аптечках армії США.

Увага! Застосовувати ARS Needle Kit можуть тільки особи з медичною освітою, або ж ті, що пройшли спеціалізоване навчання! Неправильне використання ARS голки Kit може спричинити травми і погіршення стану потерпілого!



Рис. 12. Декомпресійна голка

Атравматичні ножиці (trauma shears, англ.) – це тип ножиць, що використовуються при наданні допомоги для швидкого та безпечного розрізування одягу пораненого у критичному стані. Атравматичні ножиці, зазвичай, складаються з металевих лез з пластиковими ручками. Одне з лез зігнуто під кутом близько 150 градусів, що забезпечує довше плече сили і візуально відрізняє їх від звичайних ножиць. Широкий тупий наконечник на одному з лез ножиць розроблений аби ковзати по шкірі, мінімізуючи ризик поранення пацієнта при зрізанні одягу (рмс. 13).



Рис. 13. Атравматичні ножиці

Ножиці розроблені для зовнішнього застосування та не підходять для хірургічних та інших інвазивних процедур. За хорошої якості, їх міцна конструкція металу дозволяє їм розрізати міцні матеріали, ремені безпеки, шкіру, навіть тонкий метал та інші тверді поверхні.

Косинка захисна універсальна (фіксуєюча) виготовлена не з тканинного матеріалу. Застосовують при переломах, вивихах для іммобілізації (досягнення нерухомості кісток у місці фрактури, вивиху). При розтягненні зв'язок за допомогою косинки накладають тугу пов'язку на суглоб і таким чином забезпечують спокій та нерухомість пошкодженого місця.

Основна перевага тканинної косинки – універсальність. За допомогою неї можна зафіксувати будь-яку частину тіла, а також утримувати перев'язувальний матеріал. Техніка накладення проста. Підходить для швидкого накладання тиснучої пов'язки, використовується як головний убір (рис. 14).

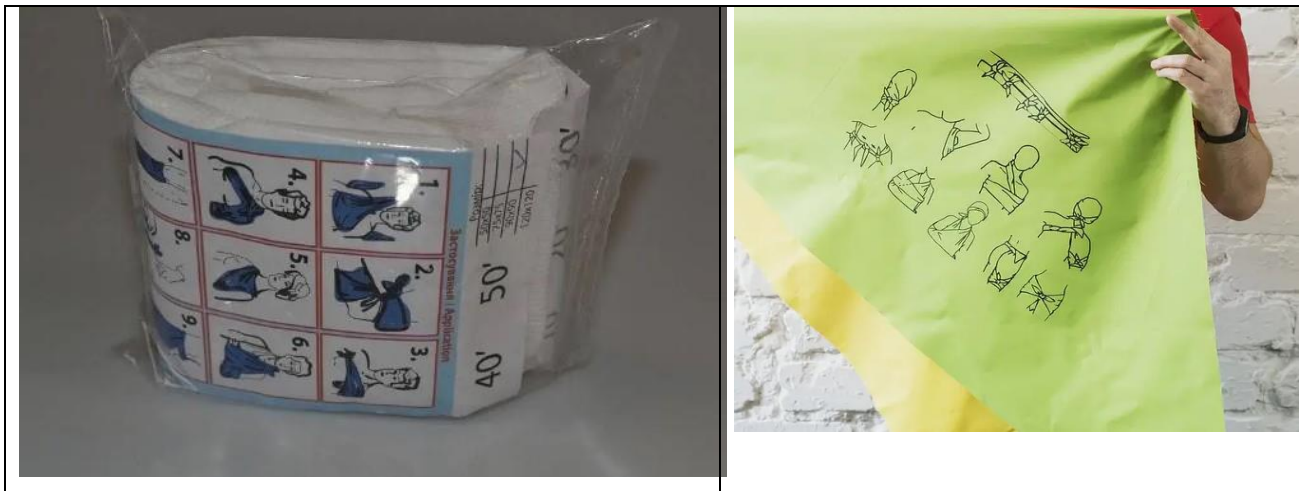


Рис. 14. Косинка захисна універсальна (фіксуєюча)

Пластир нетканый гіпоалергенний (рис. 15). Неткана (паперова, полімерна) основа дозволяє відривати руками, без використання ріжучих інструментів, що дуже важливо в критичній ситуації. Використовується для фіксації катетерів, назальних трубок, зведення країв рани, передачі інформації про потерпілого групі евакуації тощо.

В ІТА використовують армований скотч, що складається з посиленої ПВХ основи, армованої акриловими і тканинними волокнами та клейового шару, з підвищеними адгезійними властивостями (лат. Adhaesio – прилипання, зчеплення), забезпечує його водонепроникність.



Рис. 15. Пластир нетканый гіпоалергенний

Перманентний маркер (рис. 16) використовують для фіксації часу накладання турнікета, заповнення інформації для евакуації, картки пораненого тощо. Спиртовий маркер для написів по будь-яким видам поверхонь, без різкого запаху, чорнило швидко висихає, не містить шкідливих та токсичних речовин

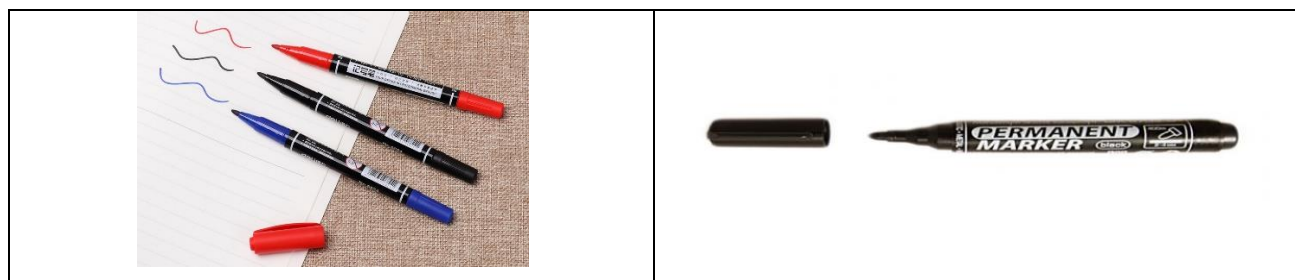


Рис. 16. Перманентний маркер

Термоковдра рятувальна (рис. 17) відбиває до 80% випромінюваного людиною тепла та виготовлена з полієфірної плівки з напленням металу (тонкого шару алюмінію на плівкову основу). Використовується для зігрівання постраждалого на всіх етапах евакуації, призначена для зменшення тепловтрат чи перегрівання людського тіла в екстрених випадках.

За свою водостійкість, вітростійкість, малою вагою (50 г) та розміром 210 на 130 см, рятувальні ковдри звичайно включаються в аптечки першої допомоги. За

своїї малої товщини рятувальна ковдра не вберігає від втрат тепла повністю, що пов'язано з теплопровідністю, тому не є панацеєю і, повинна використовуватися в поєднанні з іншими теплоізоляційними засобами.

Для захисту від холоду використовують ковдру сріблястою стороною всередину, від перегріву – навпаки, сріблястою стороною назовні.

Військовий варіант передбачає покриття тканиною темних кольорів (темно зелений) ковдри з однієї сторони (зовнішньої), для усунення світловідбиваючого ефекту. Тому зазвичай військові термоковдри з обох сторін мають сріблясте покриття.



Рис. 17. Термоковдра рятувальна

Картка пораненого (рис. 18) – індивідуальна первинна медична документація, містить інформацію про пораненого, травму та надану допомогу, супроводжує потерпілого на всіх етапах евакуації. Виконана на вологостійкому папері, заповнюється перманентним маркером.

Картка зроблена на основі стандартів ТССС і є обов'язковою складовою тактичних аптечок. Картка зроблена з непромокаючого матеріалу, і є багаторазовою, все написане можна стерти спиртової серветкою або іншим спиртовмісним розчином. Формат А6 (105 x 148 мм) дозволяє розмістити бланк в більшості сучасних медичних підсумках.

ТИП ЕВАКУАЦІЇ: _____ ВІЙСЬКОВИЙ №: _____

КАРТКА ДОГЛЯДУ ЗА ПОРАНЕНИМ В БОЮ

ПРИЗВИЩЕ ТА ІМ'Я: _____ ІНД.№: _____
 ДАТА(Д-М-Р): _____ ЧАС: _____
 ПІДРОЗДІЛ: _____ АЛЕРГІЇ: _____

Механізм: (відмітьте X всі, що мали місце)

- ☐ Артерія ☐ Опік ☐ Впав ☐ Граната ☐ Вогнепальне ☐ СВП
☐ Міна ☐ Аварія ☐ РПГ ☐ Інша: _____

Інформація травми: (відмітьте всі місця X)

Джгут Пр. рука ТИП: _____ ЧАС: _____		Джгут Лв. рука ТИП: _____ ЧАС: _____	
Джгут Пр. нога ТИП: _____ ЧАС: _____		Джгут Лв. нога ТИП: _____ ЧАС: _____	

Статус: (заповніть клітинки)

Час				
Пульс (частота, місце)				
Кров'яний тиск				
Частота дихання				
Пульс O ₂ %O ₂ насич.				
Притомність (AVPU)				
Шкала болю (0-10)				

ТИП ЕВАКУАЦІЇ: _____ ВІЙСЬКОВИЙ №: _____

Терапія: (відмітьте X всі дії, та заповніть поля)

М: ☐ Джгут (кінцівка) ☐ Джгут (тазовий) ☐ Тиснуча пов'язка
☐ Гемостатична пов'язка Тип: _____

А: ☐ Неушкод. ☐ НФТ ☐ Конікотом. ☐ ЕТТ ☐ Інше Тип: _____

Р: ☐ O₂ ☐ Деком.голк. ☐ Леген.труб. ☐ Оклюз.плів. Тип: _____

С:	Назва	Об'єм	Шлях	Час
Рідина				
Кров				

ЛІКИ:	Назва	Доза	Шлях	Час
Анальгетики (Кетанов, Морфій, т.п.)				
Антибіотики (Моксифлоксацин, т.п.)				
Інші				

ІНШЕ: ☐ Комбат-Піл-Пак ☐ Пов'язк. око (☐ Пр. ☐ Лв.) ☐ Шина

Н ☐ Запобіг. гіпотермії Тип: _____

НОТАТКИ: _____

ПЕРШИЙ РЯТІВНИК

ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я: _____ ІНД.№: _____

Інформація травми: (відмітьте всі місця X)

Джгут Пр. рука ТИП: _____ ЧАС: _____		Джгут Лв. рука ТИП: _____ ЧАС: _____	
Джгут Пр. нога ТИП: CAT ЧАС: 11:50		Джгут Лв. нога ТИП: _____ ЧАС: _____	

Статус: (заповніть клітинки)

Час	11:59	12:30		
Пульс (частота, місце)	92 пр.р.	73 пр.р.		
Кров'яний тиск				
Частота дихання	28	23		
Пульс O ₂ %O ₂ насич.				
Притомність (AVPU)	A	A		
Шкала болю (0-10)	8	6		

Рис. 18. Картка пораненого та приклад її заповнення

Доповненням до IFAK (за необхідності) можуть бути:

– другий турнікет, який необхідно помістити в підсумок швидкого доступу в будь-якому зручному місці, доступному для обох рук. У підрозділі повинна бути домовленість про єдине для всіх місце розміщення другого турнікета.

– додатковий гемостатик або ізраїльський бандаж послужать в разі множинного осколкового поранення.

– таблетки для знезараження води допоможуть уникнути зараження хвороботворними бактеріями.

– гідрогелева пов'язка використовується при опіках, забезпечує знеболювальну, антисептичну, зволожувальну і охолоджувальну дію.

– спиртова серветка зручна для вирішення проблем дрібних саден, подряпин.

Порядок надання домедичної допомоги у разі кровотечі:

<https://www.facebook.com/okornychuk/videos/198061995875826>

Приклади зупинки кровотеч:

1. Накладання перев'язувального пакета:

<https://www.facebook.com/okornychuk/videos/337544578309419>

2. Накладання стискувальної пов'язки:

<https://www.facebook.com/okornychuk/videos/803943860564777>

3. Накладання турнікета:

<https://www.facebook.com/okornychuk/videos/999546567637886>

<https://www.facebook.com/okornychuk/videos/507895160670937>



ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА З НАДМІРНИМ ПОЧУТТЯМ ПРОВИНИ В КРИЗОВІЙ ІНТЕРВЕНЦІЇ

Почуття провини на війні має низку причин виникнення. Одна з головних причин – це смерть та уявлення і переконання, що саме ти міг цьому запобігти. Серед інших причин виникнення надмірного почуття провини можна виокремити наступні: допущення помилок, що призводить до смертей, несвоєчасне реагування на воєнну обстановку та інші.

Можна виокремити два джерела виникнення надмірного почуття провини: особистісна схильність та невідповідність уявлень про те, як необхідно діяти в ситуації і як це відбувалося насправді.

Етап проживання горя або прийняття неминучого. За Е. Кюблер-Росс [9, с. 35], закономірно людина проходить п'ять етапів проживання горя (прийняття неминучого):

- заперечення реальності;
- злість та пошук винуватого;
- пошук компенсації;
- депресія;
- прийняття.

Отже, почуття провини – це форма переживання закономірної стадії злості та пошуку винуватого в тому, що трапилося.

Головне завдання в роботі з надмірним почуттям провини – не допустити його наростання до депресивного стану та суїцидальних дій, знизивши інтенсивність переживання та пошук альтернативних бачень.

Є закономірне правило – якщо напругу казати про те, що людина не винна, навіть якщо для більшості це є очевидним та раціональним, то це не дає ніяких результатів, так як почуття провини – це сфера почуттів, де закони логіки не

діють. Тому важливий принцип роботи з провиною: працювати опосередковано через запитання.

Один з підходів по роботі з надмірним почуттям провини – це орієнтовні запитання, що допомагають розширити бачення ситуації, зменшити інтенсивність переживання та інтегрувати цей досвід в майбутнє [12, с. 113]. Алгоритм питань наступний:

– Що трапилося? (Хто щось зробив або не зробив, з добрим або злим наміром?) – дозволяє прояснити бачення ситуації.

– Чому так сталося? (Чиясь навмисна дія?) – дозволяє прояснити бачення причини.

– Чому так себе поведив? – як для себе пояснює людина свої дії.

– Чи завжди маєш змогу мислити розумно і раціонально, без винятків?

– Чи завжди бачиш всі можливості вибору?

– Які можливості дій бачиш в тій ситуації зараз?

– Чи існував кращий вибір ніж той, що було обрано?

– Чи перебував вже раніше в такій ситуації?

– Чи існував якийсь спосіб, щоб розпізнати, які були б найкращі дії в даній ситуації?

– Чи уявляв наслідки кожного можливого вибору, якщо б поступив інакше? Які б то були дії і наслідки?

– Чи існував найкращий вибір дій?

– Чи усвідомлював той найкращий вибір дій увесь час?

– Чи бракувало якоїсь інформації, щоби зробити кращий вибір?

– Чи мав час на обмірковування вибору дій?

– Що ускладнювало прийняття рішення (хаос, драматичні події, стан здоров'я, відсутність підтримки, біль)?

– Яка була мета дій (вчинку)? Чи був намір комусь зашкодити, хто постраждав? Чи було задоволення з негативних наслідків вчинку?

Важливо пам'ятати про відповідальність за наслідки тоді, коли є: намір; виконання; задоволення від справи.

– Чи в тих умовах, чи була змога прийняти розумне (не «найкраще»!) рішення?

– Чи був реалізований намір?

– Чи могло б бути ще гірше?

– Помилки не застерегли від чогось гіршого? В який спосіб?

– Якщо б це сталося знов, що б ти зробив, сказав, як би повів себе інакше? (Можна зробити «візуалізацію» «виправленої версії» події).

– Якщо б так зробив твій приятель, то як би ти себе почував? Що би ти йому сказав? Як би втішив, вибачив, зрозумів?

Результат від даного підходу може бути різний – від лише зменшення інтенсивності переживання провини до повного вивільнення від цього почуття. На це впливають наступні фактори: трагічність події (наприклад, велика кількість загиблих), значимість стосунків із іншими учасниками ситуації (як до нього відносяться товариші, чи має він підтримку від родичів), час, що минув від цієї події (як давно це трапилося).

Важливо пам'ятати, що кожна людина унікальна, тому даний підхід може спрацьовувати не для всіх. Проте ряд методів по роботі з провинною дозволяють працювати опосередковано з даними переживаннями.

ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПІД ЧАС ВІЙНИ

Проблема посттравматичного стресового розладу на сьогодні гостро стоїть для нашої держави, зважаючи на військову агресію росії. Наслідки зростання психічних розладів мають суттєве значення для соціальної сфери держави,

соціального розвитку та можуть спостерігатися тривалий час. Саме тому пошук і обґрунтування нових ефективних методів боротьби з посттравматичними стресовими розладами у дітей є на сьогодні вкрай актуальними для подолання як поточних, так і майбутніх негативних медикосоціальних наслідків від цих розладів.

Під час військових дій перша психологічна допомога за пріоритетністю займає провідне місце. Проте саме шоківі реакції іноді ставлять під загрозу життєдіяльність людини. Тому важливо знати порядок дій допомоги в таких випадках.

Шокова реакція – це первинна нормальна реакція на ненормальний стрес бойових дій. Розвивається під час бойових дій або одразу після них. Тривалість шоківі реакції – до трьох днів. Надалі, якщо своєчасно не надати психологічну допомогу, є ризик розвитку гострого стресового розладу, а потім і посттравматичного розладу.

Серед шоківих реакцій розрізняють:

Психічний шок. Прояви: спостерігається завмирання, шкіра блідніє, пульс та серцебиття прискорюється, очі витрішкуваті та блимають, мовлення паралізоване, часткова втрата зв'язку з реальністю. Людина може чути приглушено, проте практично всі знаходяться поза зоною її сприйняття. Небезпека даного стану полягає в тому, що людина своєчасно може не зреагувати на дії противника, обстрілу тощо.

Ступор. Прояви: відсутність будь-яких довільних рухів та мовлення, відсутність реакції на зовнішні подразники (шум, світло, дотики), застигання в певній позі (наприклад, в позі ембріона), дихання поверхневе та повільне, стан повної нерухомості. В даному стані людина нікого не бачить і не чує.

Рухове збудження. Прояви: різкі рухи, безцільні та безглузді дії, людина може бігти в будь-якому напрямку, абсолютно не орієнтуючись в просторі та

навколишній загрозі. Людина нікого не чує та не бачить до моменту встановлення з нею контакту. Цей стан небезпечний тим, що, втрачаючи зв'язок з реальністю, людина може бігти в сторону противника, наражаючись на вогонь, на мінні поля та потрапляти під артобстріли. Також небезпекою даного стану є те, що інші, піддавшись паніці, можуть побігти за цією людиною.

Лють. Прояви: втрата зв'язку з реальністю, повна або часткова, хаотичні рухи, спрямовані на знищення будь-чого навкруги, крик.

Плач. Прояви: зв'язок з реальністю частковий, сприйняття тунельне, виступають сльози, губи подригують, мовлення частково зберігається, проте емоційно приглушене, спостерігається стан пригнічення, загальмовуються рухи. В цьому стані людина може чути та бачити. Ця реакція призводить до неможливості прийняття рішень та цілеспрямованих рухів, які наприклад, надати першу медичну допомогу.

Істерика. Прояви: зберігається частковий зв'язок з реальністю, проявляється надмірне збудження в поведінці та мовленні, надмірний крик, голосіння, мова емоційно насичена та швидка, може плакати навзрид.

Панічний страх. Прояви: швидке серцебиття та прискорений пульс, дихання часте та поверхнєве, висока напруга м'язів, що призводить до застигання. Сприйняття тунельне, зв'язок з реальністю частковий, відчуття контролю ситуації та загрози відсутнє. Відрізняється від стану психічного шоку та ступору тим, що людина чує та може бачити, проте не може зробити довільних рухів.

Нервові тремтіння. Прояви: тремтіння може з'явитися в кінцівках рук, ніг або всього тіла. Людина не може зупинити його за власним бажанням або силою волі.

Безпорадність. Прояви: байдуже ставлення до навколишнього, млявість та пригніченість, загальмованість дій, мовлення повільне та з великими паузами, людина виявляє мінімальну волю до життя. Дана реакція загалом настає по

завершенню військової ситуації, коли людина стикається з наслідками бойового протистояння: смерть та поранення товаришів, згоріла техніка, зруйновані будинки. Її небезпека полягає в тому, що якщо завчасно не допомогти вийти з даного стану, то є ризик наростання депресивного стану та реалізації суїцидальних дій.

Маячня та галюцинації. Прояви маячні: розірване мовлення, хаотичний опис реальності, що не відповідає дійсності, помилкові уявлення, в яких людину неможливо переконати. Прояви галюцинацій: чує голоси та звуки, бачить людей, відчуває запахи та інше, які чує (бачить) лише ця людина. Дана шокова реакція виникає внаслідок довготривалої нервової перенапруги, таким чином психіка намагається впоратися з нею. Галюцинації та маячня призводять до повної втрати зв'язку з реальністю, що може призвести до скоєння суїцидів. Цей стан класифікується як реактивний психоз, і людина може повернутися в нормальний стан, коли опиниться в безпечній зоні, де їй нічого не загрожує.

Якщо людина переживає сильний стрес під час воєнних дій, після пережитого можуть спостерігатися повторні переживання: «картинки наяву», спотворене або точне повторне переживання того, що сталося, у нічних снах, постійні спогади про жахливі події, підвищена збудливість з яскравими спалахами гніву чи, навпаки, емоційний ступор.

У стресовій ситуації для дитини дуже важлива реакція дорослих. Що впевненіше поведуться батьки, то захищеніше почуватимуться діти. Адже малеча виробляє власну модель поведінки, спостерігаючи за значущими дорослими, тому важливо піклуватися не лише про дитину, дорослим варто старанно дбати про себе. Саме дорослі – головне джерело допомоги та підтримки для дитини.

ТУРБОТА ПРО СЕБЕ ПІД ЧАС ВІЙНИ:

7 БАЗОВИХ НАВИЧОК

Турбота про себе (англ., «Self-Care») [12, с. 114] – це наш обов’язок 24 години на добу 7 днів на тиждень. Саме обов’язок, який ми повинні сумлінно виконувати, навіть під час війни. Особливо під час війни.

Ми не знаємо, коли цей весь жах закінчиться. Але незалежно від того, де ми знаходимося та чим займаємося, вносячи свій вклад в нашу спільну Перемогу, одне з найголовніших завдань кожного – подбати про себе. Якщо ми не подбаємо про себе, то не зможемо допомогти комусь іншому. Тільки якщо ми будемо якісно дбати про себе, свій емоційний і психологічний стан, ми зможемо з мінімальними втратами – для себе, нашого життя і нервової системи – впоратися з наслідками жахливих подій навколо.

Кожен виконує це завдання по-своєму, але є 7 базових навичок, які потрібно прокачувати щоденними практиками.

1. Дихання – це один із фізіологічних процесів, інтенсивність та глибину якого ми можемо контролювати, повертаючи собі таким чином відчуття контролю. Глибоке дихання – це ефективний спосіб зменшення почуття тривоги та дії стресу. Слідкуйте за диханням та періодично запитуйте себе «А як я дихаю?».

Проста дихальна вправа: Покладіть одну або обидві руки на живіт. Повільно вдихніть через ніс. Ваша рука і живіт повинні піднятися, оскільки повітря наповнює ваші легені. Повільно видихайте через рот. Ваша рука і живіт повинні опуститися під час видиху. Робіть це протягом 1-2 хвилин. Подивіться, як ваша рука підіймається і опускається під час дихання.

2. Приймайте та нормалізуйте емоції. Іноді ми намагаємося приховувати або уникати неприємні емоції. Але насправді корисніше розпізнавати ці емоції та

проживати їх. Якщо ви відчуваєтеся пригніченими, тривожними, сумними або розлюченими – дайте собі знати, що це нормально. Скажіть собі: «Все, що я відчуваю, це нормально. Це навколо мене події не нормальні, війна – це не нормально. А все, що відбувається зі мною і з моїм тілом, це все нормально».

Знижуйте кількість негативних думок. Учені порахували, що об'єм думок в голові людині складає близько 6000 за день. До того ж більшість цих думок є негативними, особливо у нинішній ситуації війни.

Вправа «пошук предметів чорного кольору». Подивіться навколо та знайдіть усі предмети чорного кольору. Заплющіть очі. Ви запам'ятаєте все чорне, а якщо попросити назвати, що в вашому оточенні, наприклад, блакитного кольору – навряд чи згадаєте. Ми концентруємося на чорному (негативному), особливо в важких обставинах. Проте щоб вистояти – ми маємо бачити й те, задля чого йдемо до Перемоги. Привчайте свій мозок помічати не тільки негатив навкруги.

3. Протилежність негативному мисленню – позитивне світосприйняття, навіть під час війни. Три ключові ідеї позитивного світосприйняття:

– «Так буде не завжди». Це про віру. Війна також закінчиться, перемога буде. Проте тут важливо не встановлювати дати, адже ніхто не знає, коли саме.

– «Не все так погано». Це про надію. Так, є безліч жахливих подій. Проте є й ті, за які можна триматися, щоб іти далі.

– «Я люблю себе». А отже, не кажу собі: «Все погано – і я сам поганий, тому що не зробив...». Натомість краще говорити собі: «Так, мені болять. І іншим болять. Але я роблю все, що можу в цій ситуації».

4. Відновлюйте внутрішні ресурси. Внутрішній ресурс – це наявність фізичних і психічних сил, енергії, потенціалів для вирішення завдань і труднощів. Тільки в ресурсі ми можемо бути продуктивними. Якщо ми не наповнюємо себе ресурсом, а тільки витрачаємо, то його стає з кожним разом все менше та менше, і поступово можна повністю вичерпати всі свої резерви. А це не допустимо!

Арт-техніка «квітка ресурсів». Намалюйте ромашку, з пелюстками і листочками на стеблі, і обов'язково, щоб квітка була заземленою, тобто мала опору, землю звідки проростає.

На кожній пелюстці напишіть особистісну рису, яка є характерною для вас, якою ви пишаєтесь, яка вам допомагає в житті (доброта, комунікабельність, щирість, цілеспрямованість тощо). У кожного буде індивідуальний набір якостей в пелюстках, тому що ми всі різні.

На листя впишіть імена людей (родичів, друзів), які вас підтримують у складних ситуаціях, на яких ви можете покластися. Кількість листя у кожного буде своя, адже це також індивідуальні особливості.

Тепер перейдіть до опори. Це те, на чому тримається ваша квітка, з чого зростає. Що є вашою опорою в житті? Що є незмінно важливим в різних ситуаціях, є з вами завжди? Звичайно в ідеалі, це і є ваш внутрішній стрижень, ваша опора. Наша опора – це внутрішній стрижень, його треба знати, наповнювати завжди і берегти.

Ваш квітка ресурсів готова!

5. Даруйте собі щоденні маленькі радощі та смійтеся. Дуже важливо, щоб навіть під час війни, ви знаходили час, аби зайнятися справами, які вам здаються цікавими, розслаблювальними або веселими. Не має значення, що це таке. Головне, щоб потім ви не звинувачували себе за них. Є можливість насолоджуватися життям – робіть це. Важливо відновити відчуття безперервності життя та знаходити маленькі життєві радощі щодня.

Техніка «моменти задоволення». Згадайте ті моменти, які вам приносили задоволення. Наприклад, філіжанка кави рано-вранці; вечір, проведений за переглядом серіалів; читання книжки; перегортання стрічки в Instagram тощо. Складіть список таких моментів, у ньому має бути не менше ніж 10 пунктів. Визначте, що приносить задоволення найбільше. Підкресліть те, що не потребує

великих коштів, а також те, що можете робити без допомоги інших. Тобто ви визначили речі, які можете самостійно робити тут і зараз та які допоможуть вам відновитись.

Після формування списку вам потрібно 3 елементи робити щодня, хоча б по 10–15 хв. Якщо не хочеться це робити, змушуйте себе. Так ви привчаєтеся турбуватися про себе.

Смійтеся та не стримуйте себе. Це не соромно! Це зараз ліки для українців. Сміх не лише знижує напругу, а й допомагає відсторонитися від важких думок. Гортайте меми перед сном.

6. Говоріть собі слова підтримки. Замість того, щоб говорити собі негативні чи критичні речі, спробуйте висловлювати позитивні твердження («Я вижив/-ла», «Я сильний/-а», «Я гарна людина») або заспокійливі слова самопідтримки («Я вірю, що все буде добре», «Я роблю все можливе», «Зараз я в безпеці», «Що б я не робив/-ла – зараз це найкраще, що я можу»).

Слова психологічної самопідтримки: твої потреби важливі; ти можеш не поспішати; ти можеш бути і сильним, і слабким, у різних своїх станах ти цінний; коли ти плануєш багато робити, будь ласка, сплануй таку ж кількість відпочинку; ти можеш відмовляти різним людям; ти можеш просити про допомогу, коли тобі це потрібно; ти маєш право злитися; як добре, що ти живеш; подбай, в першу чергу, про себе; у стресових ситуаціях, ти можеш одночасно відчувати, думати та діяти, довіряй собі та відчувай, що важливо для тебе; це так важливо, коли ти дбаєш про себе; у тебе є стільки часу, скільки тобі потрібно.

7. Звертайтеся за допомогою та допомагайте іншим. Звертайтеся за допомогою до своїх близьких та людей, яким ви довіряєте. Можна так і сказати прямо: «Поговори зі мною». Розмовляйте з ким завгодно та про що завгодно. Звертайтеся за допомогою до психологів. І, звичайно, не забувайте підтримувати інших, тих, хто поруч. Можна поговорити, допомогти змістити фокус уваги,

навчити якійсь техніці дихання чи релаксації. Обіймайтеся більше і кажіть близьким «Я тебе люблю». Частіше говоріть «дякую», «обіймаю», цікавтеся як справи – «як ти?». І найголовніше: запам'ятайте: турбота про себе – це не егоїзм, а навпаки, одне з наших ключових щоденних завдань. Бути уважним до себе – наш обов'язок. Догляд за собою повинен дати вам відчуття безпеки, комфорту, здоров'я та турботи, а не перевантаженості чи стресу. Так ви не витрачаєте свою енергію, а тільки примножуєте її. Варто лише трохи потурбуватися про себе в теперішньому, і ви позбавите себе від багатьох проблем у майбутньому.

ЯК ЗАСПОКОЇТИ ДИТИНУ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Під час війни діти потребують особливої уваги. Вони напружені, переживають страх та тривогу. Це насамперед помітно з їхньої поведінки: деякі діти стають плаксивими, вередливими та дратівливими, інші — виявляють агресію. Що довше дитина буде жити у стані небезпеки, то більше закріплюватимуться нові сценарії поведінки. Як наслідок, вони можуть стати звичними у будь-якій критичній ситуації.

Звук сирени: як зменшити стрес у дитини? Звук сирени є неприємним як для дорослих, так і для дітей, також він часто супроводжується метушнею та панікою. Щоб знизити напругу, психологи радять готувати дітей до цього сигналу: наприклад, на звук сирени придумати якусь мелодію, яку можна б просто мугикати. Що ритмічнішою і танцювальною вона буде, то краще. Можна запитати дитину: «Тобі ця мелодія нічого не нагадує, на що вона схожа?». Якщо дитина вловить в ній звук сирени, тоді запропонуйте наспівати. Якщо ні, поясніть, промугикайте цю мелодію, хай дитина спробує підспівати, порухатися, потанцювати під неї. Цим можна трохи знівелювати стрес.

Що робити у бомбосховищі: методи заспокоєння. Перебуваючи у бомбосховищі, дитині варто приділяти чимало активної уваги. Зокрема, не

рекомендується говорити загальні формулювання, бо вони не дають дитині жодного розуміння, що відбувається. Коли дорослі кажуть, що все буде гаразд, але самі бояться, то дитина тієї фрази зовсім не сприймає, вона зчитує батьківську напругу, страх і все решта, що їй не пояснили, вона дофантазовує. А те, що діти дофантазують, є значно перебільшеним, у 100 разів страшнішим, ніж реальна ситуація. Якщо дитина є маленька, просто говорити, що все буде добре – неефективно, дитина не розуміє абстракцій, варто просто відволікати.

Щоб дитина легше перенесла час в укритті, їй варто взяти зі собою улюблену іграшку. Це має бути плюшева, м'якенька іграшка, дуже приємна на дотик, яка є з дитиною в час спокою, з якою вона спатки лягає, яка є частинкою звичайного домашнього життя. І коли трапляється ситуація підвищеної небезпеки, коли треба спускатися у бомбосховище, цю іграшку треба взяти до укриття. Іграшка може надати дитині впевненість у власних силах. Для цього потрібно запропонувати дитині потурбуватися про неї. Треба сказати, твій ведмедик боїться, він маленький, треба підбадьорити його. Запитайте у дитини: «Як це можна зробити?». Поцікавтесь, що можна сказати ведмедику, може, обійняти. Так дитина вкаже, що треба зробити. І ви разом з нею це робите. До прикладу, співаєте пісеньку для ведмедика. Так дитина буде почуватися впевненіше.

Заспокійливе дихання. Метод повітряної кульки. Коли ми стривожені, дихаємо часто і поверхнево. Тому, щоб заспокоїтися, потрібно зробити дихання глибшим, опустити його до живота. Дорослі та старші діти можуть практикувати дихальні вправи, малечі ж доцільно запропонувати це зробити в ігровій формі.

Дайте дитині повітряну кульку. Подбайте завчасно, щоб вона була. Берете кульку рукою, вдих через ніс, видих у кульку. Відставили її, затиснули, щоб не спускала, і знову. Заохочуйте дитину видихати все більше. Коли ви надуєте кульку, її можна відпустити. Вона буде літати – вже якась невелика розрада. Також це може бути уявна кулька. Дути її треба таким самим методом. Можна

мати пір'інку при собі, бавитись піддуванням догори. Подути на дитину, вона на вас. Треба гратися з повітрям.

Вірші, забавки та пісні. Психологи радять вивчити з дитиною вірші, забавки, аби вона мала заняття в укритті. Особливо позитивно на дитячу психіку впливає музика. Запишіть на телефон пісеньку, яка дитині подобається, щоб ви разом з нею могли підспівувати, бо спів дуже заспокійливо впливає на дітей. Коли ми чуємо голос ближнього і свій голос, нам стає спокійніше. Крім того, вмикається природна система заспокоєння через дихання. Якщо вам, вдасться тією пісенькою заразити всіх поблизу чи ще когось, і ви будете співати разом, від цього стане легше всім довкола.

Малюнки. Найгірше людина відчувається у двох ситуаціях – при невизначеності та безсиллі. Аби покращити психологічний стан, людині потрібно повернути хоча б частковий контроль над ситуацією. Зокрема, можна запропонувати дітям зробити щось, щоб змінити стан справ.

Наприклад, треба казати: «Якщо ти намалюєш малюнок, що зараз відбувається, яка ситуація у твоєму домі, як ти відчуваєшся зараз, як ти сприймаєш цю війну, то ми його віддамо волонтерам, які збирають малюнки дітей і показують їх у всьому світі. Таким чином ти можеш закликати весь світ допомогти нам. Так ми можемо змінити ситуацію, щоб швидше настав мир».

Також психологи радять попросити дитину намалювати світ по закінченні війни або ж створити листівку для військових. Скажіть, що можна намалювати мрію – світ після війни. Як це буде виглядати? Поясніть дітям, що кожна думка є матеріальною. Коли ми усвідомлюємо цілі, промальовуємо їх, ми стаємо на крок ближчими до їхнього здійснення. Також можна намалювати малюнок для солдатів, щоб підбадьорити їх. Коли зайняті наші руки, наше тіло, воно переробляє гормон стресу, який виділяється.

Старшим дітям необхідно намагатися коректно пояснити ситуацію, не приховувати стан справ. Якщо дитина вже розуміє пояснення, їй можна сказати, що відбувається і чому ви зараз тут. Поясніть, що нагорі зараз є небезпека. Якщо дитина не випитує конкретно – не вдавайтеся в подробиці, але, якщо вона питає, поясніть, що нагорі можуть бути обстріли, інші небезпеки. Це тільки – ймовірність, але якщо вона є, ми маємо тут залишитися. Заспокойте її, надайте впевненість, що все буде гаразд. Аргументовано поясніть, що це укриття – дуже міцне, надійне, якщо навіть нагорі буде вибух, з нами буде все добре. Також скажіть, що в нас є воїни, котрі небезпеку вгорі усувають. Також, що з нами є інші люди, які нам допоможуть.

Під час надзвичайної ситуації та війни критично важливо, аби нервова система встигала відновлюватися. Для цього потрібний сон. Зберігайте, якщо можливо, режим сну. Якщо не виходить багато спати вночі, сон має бути частішим. Перед сном питайте дитину, яким був твій день, як ти почуваєшся, тому що час перед сном є найпродуктивнішим для розмов з дитиною. Можете зробити дихальну практику, надути уявну кульку. Перед сном – улюблена колискова, казка, щоб додати відчуття буденності процесу засипання.

Дуже важливо, аби батьки були спокійними та тримали себе в руках, адже дитина насамперед зчитує стан дорослих, який вони транслиують через поведінку, голос та жести, а не слова.

ДОБІРКА КОРИСНИХ ІГОР ДЛЯ ДІТЕЙ

Як би ми не були «готові» до того, що зараз відбувається, неможливо нормально сприймати те, що у 2022 році ми чуємо слово «війна». Усі реакції, які виникали у вас сьогодні вранці чи виникають зараз, – абсолютно природні й не варто відчувати за це провину. Обговорення з дітьми їхніх страхів, спільні релаксаційні вправи, навчання їх корисним методам долаття та створення відчуття комфорту можуть допомогти зменшити тривожність. Прості поради, а

також конкретні активності й ігри можуть допомогти заспокоїти дитину, контролювати її емоції та посилити відчуття захищеності.

Повернення до себе. Обмальовуємо долоньки фарбами, плескаємо. «Привіт, пальчику, як ти живеш?»

Заземлення, почуття опори. Вирощуємо «великі ноги». Залишаємо відбитки, малюнки стопами і долоньками на піску. Малюємо дерева, квіти, кущі – усе з великими і міцними коренями. Тупотимо ніжками сильно, як бегемотики, які проганяють хижаків.

Повертаємо відчуття контролю. Візьміть в руки те, що можна пом'яти (пластилін, глину). Пограйте з конструктором. Зліпіть тварину, якої в природі не існує.

Нехай у дитини буде хтось, хто ще менше від неї — улюблена іграшка, лялька, цуценя: хтось, про кого вона дбатиме.

Гра «Ти де?» – «Я тут!». Створити «сейф», куди малюк зможе заховати свої страхи у формі зім'ятих папірців, шишок, клаптиків, малюнків.

Гра «Тортик». Ця тілесна вправа «заземляє». Важливо, щоб кожна дитина отримала свою частку уваги. Отже, вибираємо, з кого робити «тортик». Потім шарами різної інтенсивності «накладається» цукор, борошно та все решта. Це чудова вправа на зняття м'язових затисків.

Гра «Рукоостискання». Діти вітаються за руку, при цьому не відпускаючи її при стисканні, поки не знайдеться нова людина для стискання іншої руки.

Гра «На щастя – на жаль». Ця класна вправа дає уявлення про те, що вихід зі складної ситуації завжди є. Грають по черзі. Перед підлітком і його друзями озвучується складна ситуація. Наприклад: «В Україні почалася війна». Хтось інший продовжує: «Але, на щастя, вся моя родина ціла». Черга переходить до іншого: «Але, на жаль, мої друзі в іншому місті вимушені три доби поспіль ночувати в бомбосховищі». І далі по колу: «Але, на щастя, українці об'єдналися,

як ніколи за часів незалежності». Тобто всі учасники продовжать і закінчать цю ситуацію. Важливо, щоб діти зрозуміли: будь-яка ситуація надзвичайно багатогранна.

Зробіть «Ловця снів» з паличок і кольорових ниток як павутинку. Можна повісити біля місця, де дитина спить, щоб той «ловив» погані сни і не пускав їх до малюка. Шукаємо ресурси для подолання страхів – ліпимо, малюємо, клеїмо янгола-захисника.

Робимо «Штаб». Навіть якщо ви в бомбосховищі, можна зробити «бункер у бункері» – тільки для дітей. У цьому укритті діти ховаються, розповідають один одному секретики, граються з ліхтариками. А можна там заховатись і цілій родині, обійматись, мріяти.

Малювання – одна з найкорисніших практик. Антистрес-малювання:

- малюйте будиночок – на відчуття меж, на безпеку, майбутнє;
- групові малюнки – відчуття спільності;
- можна намалювати страхи і спалити малюнок (якщо ви у відносній безпеці вдома чи маєте змогу прогулятись у теплу погоду на вулиці);
- можна малювати ватними паличками, краплями, пластиліном;
- малюємо на кольоровому, на темному, на посуді й на тканині.

Якщо хтось загинув, простими словами і чесно відповідайте на запитання дитини про нього і про те, що сталося. Смерть найближчих людей діти переживають по-різному, залежно від віку, але щоб змиритися з подією, багатьом з них потрібна допомога психолога. Це нормально. Якщо ваша дитина вже перейшла в підлітковий вік і після смерті когось із рідних чи знайомих стала апатичною, неактивною, скаржиться, що зникла енергія і нічого не хочеться робити, худне – це ознака депресії. Підліток може почати культивувати біль за померлим просто щоб перевести фокус уваги і пережити. Адже страждання під час переживання втрати – нестерпні.

Що можна робити? Створити книгу пам'яті, де будуть фотографії людини і якісь пам'ятні дрібниці. Дозвольте собі розділити це горе з дитиною на двох. Поплачте разом, якщо вийде. Скажіть хлопчику, що не варто забороняти собі почуття. Бо якраз не плакати – неприродно для організму.

Якщо дитина сумує за будинком, якщо довелося його залишити, або за улюбленими іграшками чи речами – дозвольте виражати смуток і плакати: «Дійсно сумно, що ти втратив(ла)...» За можливості спробуйте щось знайти натомість і втішити. Наприклад, придумайте казку, як стара іграшка прийшла до чарівника і перетворилася на нову. Їй можна залишити ім'я колишньої іграшки – був кіт Васько, а став Ведмідь Василь. Велосипед перетворився на новий самокат.

Переведіть увагу дитини на інші заняття, навчіть нових ігор. Дотримуйтеся звичних ритуалів – наприклад, казка перед сном.

Дитина поводить себе нетипово. Що із цим робити? Якщо дитина поводить себе так, немов не відчуває жодних почуттів (радості чи смутку). Імовірно, дитина відчуває дистрес. За сильного нервового потрясіння, особливо під час зіткнення з досвідом, витримати який дитині не під силу, вона може «зависати» в реакціях, часом не відчуваючи свого тіла. Дитина в стані дистресу може приховувати свої почуття. Потрібна підтримка! Як допомогти? Створіть атмосферу любові та прийняття, щоб дитина буквально «відігрілася» в ній. Проведіть разом час. Посидьте з дитиною, притисніть її до себе, обіймайте частіше. Якщо можете – оберніть її почуття на слова. Дайте їй зрозуміти, що сумувати, злитися чи хвилюватися – нормально. «Схоже, тобі нічого не хочеться. Напевно, тобі сумно. Це нормально!»

Поясніть дитині й те, що сталося. Можливо, ви могли б поділитися з дитиною власними почуттями. Постарайтеся разом займатися чимось приємним – почитайте книжку, заспівайте, пограйте разом. Прості способи повернутися до реальності – ігри з конструктором, ліплення, малювання відбитками рук.

Дитина дуже часто плаче. Що з нею відбувається? У результаті пережитого лиха в житті родини відбулося багато змін. І це природно, що дитина сумує. Коли вона плаче, її організм виділяє речовини, що допомагають заспокоїтись. Діти дуже чутливі до емоційного стану батьків.

Дитина починає поводитись необережно, робить щось потенційно небезпечне. Що з нею відбувається? Може здатися дивним, але коли діти не почуваються в безпеці, то самі часто поводяться небезпечно чи безтурботно. Це спосіб дитини сказати: «Ти мені потрібна(ий). Доведи, що я тобі дорогий – захисти мене!» Як допомогти? Наскільки це можливо, дайте дитині змогу відчути себе в безпеці. Спокійно підійдіть і, якщо потрібно, візьміть її за руки.

Дайте зрозуміти, що те, що він робить, небезпечно. І що ви не хочете, щоб із ним трапилося щось погане. Не кричіть на дитину. Небезпечна поведінка може бути проявом аутоагресії. Чому? Страх завжди збільшує агресію, але діти часто поширюють її на себе. Пограйте в ігри, що випускають агресію. І розкажіть дитині про більш позитивні способи привернути до себе увагу.

Дитина лякається чогось, чого не боялася раніше. Що з нею відбувається? Діти молодшого віку вірять у те, що батьки всемогутні й можуть захистити їх від усього. Ця віра допомагає їм почуватися в безпеці. Після того, що сталося, ця віра похитнулася, а без неї дитині стало страшніше жити в цьому світі.

Багато що може нагадувати дитині про пережите та лякати її (звуки петард, машини швидкої допомоги, люди, що кричать, переляканий вираз вашого обличчя). Ви в цьому не винні – це пережитий досвід.

У підлітка труднощі зі сном: сон переривчастий, сняться жахіття, підліток боїться спати один. У перші місяці після сильного стресу, жахи – це нормальне явище. Під час сну мозок інтенсивно обробляє інформацію про події, що відбулися. Однак якщо жахливі сновидіння повторюється багато разів чи надто правдоподібні – доведеться згодом звернутися до психолога. Уривчастість сну

частіше викликається тривогою, якоюсь незавершеною справою чи спазмуванням м'язів, через яке складно розслабитись. Підлітку можна дозволити спати разом із батьками, але поясніть, що це – одноразово та попросіть розповісти про сон, що повторюється знову і знову, але без подробиць (тільки якщо підліток сам захоче). Поясніть, що так працює мозок. Розкажіть про те, що ви теж відчували страх, відчували себе безпорадно, і це нормально.

Психіка дітей і підлітків має величезні резерви самовідновлення і саморегуляції. Більшість дітей самостійно повертаються до норми після травматичної події без професійної допомоги психологів просто завдяки підтримці і турботі близьких.

Рекомендована література:

1. Військова медицина 2022. Догоспітальна медицина. Протокол TCCC-ASM. Алгоритм MARCH. URL: <https://accemedin.com/material/76/5250>. Дата звернення: 25.04.2022.
2. Домедична допомога (Алгоритми та маніпуляції). Комплект навчально-методичних матеріалів «Знай. Вмій. Врятуй.» URL: <https://books.urc.org.ua/product/domedichna-dopomoga-kishenkovij-variantalgoritmi-ta-manipulyaci%d1%97-komplekt-navchalno-metodichnix-materialiv-znaj-vmij-vryatuj/>. Дата звернення: 25.04.2022.
4. Домедична допомога в умовах бойових дій: основні протоколи. URL: <https://medialt.clinic/blog/vazhlive-pitannya/domedichna-dopomoga-v-umovakh-bojovikh-dij-osnovni-protokoli>. Дата звернення: 20.04.2022.
5. Іллін Є.П. Мотивація і мотиви. Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2013. 512 с.
6. Микитюк С.О., Микитюк С.С. Мотивація навчальної діяльності як ресурс освітнього процесу. URL: http://www.pedagogy-journal.kpu.zp.ua/archive/2021/76/part_2/23.pdf. Дата звернення: 18.04.2022
7. Мотивація як фактор успіху навчальної діяльності / уклад.: С.І. Грущенко; відп. ред. О.Г. Коробкіна. Харків: ХНПУ, 2019. 40 с.
8. Основи тактичної медицини: навчально-методичний посібник / І.І. Тітов, В.В. Голуб, С.О. Колосовський, І.І. Вихло. Вінниця: СПД Каштелянов О.І. 2015. 62 с.
9. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор.: Д.Д. Романовська, О.В. Ілащук. Чернівці: Технодрук, 2014. 133 с.
10. Тактична медицина для підрозділів спеціального призначення. К.: ПП «МВЦ «Медінформ», 2016. 146 с.
11. Тактична медицина: навчальний посібник / В.Д. Шищук, С.І. Редько, М.М. Ляпа. Суми: ТОВ «ВПП «Фабрика друку», 2016. 176 с.
12. Черненко І.І., Чухно І.А. Сучасні методи психологічної терапії хворих із посттравматичними стресовими розладами в контексті їх медико-соціального значення // Міжнародний неврологічний журнал, 2017, № 5, С. 112-115.