

характер, так і негативний. З негативного боку, суб'єкт може зловживати становищем та надмірно застосовувати повноваження або ж навпаки, нерішучість до відповідальності);

по-третє, пошук інформації та реалізація (працівник або самостійно не ухвалює рішення, або не здійснює пошук інформації, що теж викликає стан незадоволення своєю роботою і може негативно впливати на діяльність).

Особливістю юридичної професії є право втручатися в особисте життя людей та притягувати до кримінальної відповідальності. Психологічний стан юриста визначає низку завдань не тільки розумових, але й практичних, спираючись на законодавство. Правильне використання влади залежить від особистих якостей фахівця, досвіду та професіоналізму в своїй справі. У більшості юридичних осіб розвивається професійне почуття відповідальності за наслідки своїх вчинків. Такі усвідомлення та контрольовані рішення містяться в такій галузі науки, як психологічна культура. Вона вивчає психічні закономірності не тільки юриста, але й учасника юридичної справи. Також впроваджує оцінку ситуації, яка склалася.

Отже, на успіх фахівців та їх професійну компетентність впливають соціально-психологічні чинники. Головну роль у формуванні репутації становлять особисті якості працівника, які повинні бути не лише справедливими, але навіть інколи жорсткими, бо юристу потрібно вміти відрізнити правду від брехні, а істину від гніву та не піддаватися емоціям. Особливий чинник – це самореалізація особи та адекватність у своїх рішеннях.

1. Про прокуратуру : Закон України. *Відомості Верховної Ради*. 2015. № 2–3. Ст.12.

2. Про затвердження Положення про Спеціалізовану антикорупційну прокуратуру Офісу Генерального прокурора : Закон України. Із змінами, внесеними згідно з наказом Офісу Генерального прокурора від 28.08.2022 р. № 395.

3. Коновалова В. О., Шепітько В. Ю. Юридична психологія : підручник. 2-ге вид., перероб. і допов. Харків : Право, 2008. 240 с.

Анна СОПІЛЮК

курсант ННІ права та підготовки фахівців для підрозділів Національної поліції Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ (м. Дніпро, Україна)

ПРОБЛЕМАТИКА ТА ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИВЧЕННЯ ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ У СИСТЕМІ ПРАВООХОРОННИХ ОРГАНІВ

Зважаючи на участь великої кількості працівників Національної поліції (далі – НПУ), військовослужбовців Національної гвардії (далі – НГУ) та Збройних Сил України (далі – ЗСУ) в антитерористичній операції (далі – АТО), яка триває на Сході України в сучасних умовах, гостро постала проблема удосконалення медичної підготовки особового складу військових та правоохоронних підрозділів держави як невід'ємного елементу їх боєздатності.

Практика (неочікувана гібридна війна) виявила на початкових етапах АТО значну неготовність військових формувань (а також й суспільства загалом) до забезпечення виживання військових, поліцейських та населення внаслідок ураження сучасними видами зброї на територіях ведення бойових дій. На початку проведення АТО до 30 % поранених, яких можна було б врятувати, гинуло (у Другій світовій війні цей показник в Червоній армії не перевищував 25 %).

Найбільш частими причинами загибелі військових від поранень, смерті від яких можна було б запобігти шляхом надання долікарської допомоги (далі – ДД), є крововтрата (60 %), пневмоторакс (30 %), обструкція дихальних шляхів (5 %), інші причини – 5 % [2].

Водночас порівняльний аналіз кількості смертей військовослужбовців армій країн-членів НАТО, які беруть участь у військових конфліктах, свідчить про загибель не більше ніж 3 % поранених [2]. Військова медична доктрина цих держав виходить з реального становища – значної обмеженості в польових умовах під час бою військових лікарів та іншого професійного медперсоналу щодо можливості негайного надання першої допомоги.

У зв'язку з цим застосовується сучасний підхід у реалізації плану надання пораненим бійцям ДД, який передбачає комплекс оперативних заходів, такими суб'єктами:

- 1) самим пораненим в порядку самопомоги;
- 2) іншим бійцем у порядку взаємодопомоги;
- 3) бійцем-рятувальником (санітар в ЗСУ, солдат-немедик, який здійснює заходи із збереження життя як вторинну місію, після виконання своїх основних обов'язків бійця);
- 4) парамедиком (санінструктор роти в ЗСУ).

Метою теми є розгляд проблематики та вдосконалення вивчення тактичної медицини у системі правоохоронних органів.

Дослідженням цієї проблеми займалися науковці (В. І. Плиско, В. В. Бондаренко, О. М. Івлев, А. Р. Лушак); успішне використання тактичних знань в екстремальних ситуаціях (В. Я. Горбачевський); використання ситуативного методу в тактичній медицині у (Ю. П. Сергієнко, С. А. Антоненко, А. М. Андріянов).

Отже, засвоєння курсантами знань тактичної медицини впродовж підготовки у ВНЗ МВС України має бути зорієнтованим на формування базових навичок з надання працівниками поліції само- та взаємодопомоги в умовах службово-бойової діяльності, в зонах обстрілу та укриття під час проведення оперативних заходів (спецоперацій) та на етапах евакуації поранених.

Практичні заняття з тактичної медицини в системі ДД базуються на таких основних поняттях, як:

1) «золота година» – час, необхідний для надання пораненому необхідного обсягу медичної допомоги (швидка евакуація з поля бою в польовий чи спеціалізований госпіталь як вирішальний фактор у порятунку поранених);

2) «платинові 10 хвилин» – перші хвилини після поранення, які є найкритичнішими; заходи протягом цього часу найбільш суттєво впливають на виживання пораненого та подальше успішне відновлення організму.

Надання ДД пораненим у службово-бойових умовах має свої особливості на кожному етапі:

1) перший етап – допомога в «червоній зоні» («надання допомоги під вогнем», в зоні стрільби), тобто надання домедичної допомоги в секторі обстрілу;

2) другий етап – допомога в «жовтій зоні» («надання допомоги на полі бою», «надання допомоги в військово-польових умовах», «надання допомоги в зоні укриття»); тобто транспортування (переміщення) пораненого з поля бою в сектор укриття та виконання там заходів реанімації;

3) третій етап – надання допомоги під час тактичної евакуації з поля бою в медичні заклади «зеленої зони» – мобільні польові госпіталі, військові чи цивільні шпиталі, спеціалізовані клініки, тобто надання допомоги в секторі укриття [1, с. 6–7].

Основний обсяг ДД в бойових умовах передбачає володіння правоохоронцем такими оперативними вміннями та дотримання ним принципу правильності під час виконання таких дій:

1) в секторі обстрілу – переведення з положення «на спині» в положення «на животі»; тимчасова зупинка зовнішньої кровотечі (шия, кінцівки);

2) в секторі укриття – первинний огляд пораненого (визначення ознак життя), швидке обстеження з ніг до голови (пошук наявних ушкоджень), в разі потреби – тимчасова зупинка кровотечі (голова, тулуб), серцево-легенева реанімація, накладання пов'язок на рани кінцівки і тулуба, фіксація переломів та шийного відділу хребта, підготовка до транспортування пораненого в безпечну зону [1, с. 6–7].

Також у процесі навчання варто звертати увагу курсантів на такий базовий принцип тактичної медицини, як проведення заходів ДД у секторі обстрілу здійснюється тільки за наказом командира, оскільки основним у бою є виконання бойового завдання.

В окремих випадках, коли дозволяє тактична ситуація, рішення бійці ухвалюють самостійно. Медична допомога надається у вигляді самопомоги та взаємодопомоги.

Особливістю має й перевірка ознак життя пораненого в секторі обстрілу, які визначаються шляхом тільки усного звертання до нього: «Тебе поранено? Тобі потрібна допомога?». Відсутність відповіді трактується як непритомність особи і потреба в наданні ДД (визначати наявність дихання чи пульсу в цих умовах небезпечно, тому рятувальник цього не робить). Знімати з пораненого засоби захисту (шолом, бронезилет) теж не можна, оскільки рятувальник тим самим піддає себе й потерпілого додатковому ризику бути ураженим вогнем ворога.

Транспортувати пораненого із сектору обстрілу необхідно тільки в тому разі, коли дозволяє тактична ситуація.

Тактична медицина – це особливий розділ невідкладної медичної допомоги з іншим концептуальним алгоритмом дій щодо надання домедичної допомоги пораненому (потерпілому) на полі бою. У сутність сучасної тактичної медицини закладений інший порядок надання невідкладної медичної допомоги, ніж зазвичай, під час дорожньо-транспортної пригоди, надзвичайної ситуації та/або при вогнепальному пораненні мирного часу. Цей аспект важливий під час викладання військово-медичної підготовки, в тому числі й у вищих медичних навчальних закладах III ступеня акредитації. Майбутні медичні фахівці повинні не тільки надавати невідкладну медичну та домедичну допомогу, але й проводити заняття з майбутніми військовими. Друга відмінність тактичної медицини – це заходи, які закладені до об'єму домедичної допомоги, як наприклад, внутрішня окісткова інфузія, декомпресія легенів тощо.

Основа тактичної медицини – правильні дії у правильний час. А для того щоб усі дії набули ефекту, максимально наближеного до реального бою – в практичному тренінгу використовувалось задимлення, засоби шумової імітації. В такий спосіб досягалась і психологічна готовність учасників тренінгу до надання меддопомоги в бою.

Тактична медицина чітко визначає і встановлює алгоритм надання домедичної допомоги на полі бою, чим створює реальні умови щодо збереження життя в умовах, які складаються навколо пораненого в реальній тактичній обстановці. Процес надання домедичної допомоги пораненим у бойових умовах поділяється на два етапи [2].

Перший – безпосередньо в секторі обстрілу, надання домедичної допомоги в момент поранення, тобто на самій позиції зі значним ризиком отримання додаткового кульового чи іншого поранення; другий – в секторі укриття – в місці, захищеному від прямого вогню супротивника з використанням елементів захисту природного (пагорби, схили) чи штучного походження (стіни, будинки, захисні інженерні конструкції) тощо [2, 3].

Надання домедичної допомоги в секторі обстрілу умовно називають «червоною» зоною. У цьому секторі безпосереднього вогневого контакту жоден військовослужбовець не може наблизитись до пораненого, тому поранений повинен надати собі самопомогу – домедичну допомогу – табельними засобами зупинки кровотечі і переміститися у небезпечне місце, яке умовно називають «жовтою зоною». «Жовта зона» безпосередньо в секторі обстрілу може бути пагорбом, колесом машини, стовбуром дерева, природним чи штучним заглибленням, тобто місцем, де можливість додаткового ураження значно зменшується. Тимчасом для пораненого створюються умови для більш ефективної самопомоги та для можливості взаємодопомоги. В умовах бою питання взаємодопомоги вирішується виключно за командою безпосереднього командира підрозділу (групи), тобто стати бійцем-рятувальником – це є вторинна місія солдата. Перша і головна місія військовослужбовця – вести вогонь. У «жовтій зоні» поранений військовослужбовець повинен себе оглянути, перевірити та/або додатково накласти кровоспинний засіб (турнікет), компресійний биндаж, гемостатичну пов'язку, вести знеболюючий засіб та очікувати допомоги. Евакуація, точніше, переміщення пораненого військовослужбовця з «жовтої зони» до «зеленої зони» в тактичній медицині має інший управлінський зміст, який зазвичай вкладається в поняття «евакуація» і називається переміщення – (CASEVAC), яке здійснюється одним чи групою військовослужбовців-рятувальників, немедичними транспортними засобами або літальними апаратами.

Так звана «зелена зона» знаходиться поза місцем основного бою, остронь, визначається командиром підрозділом (групи) до початку бою. В цій зоні може бути присутнім медичний працівник, але не обов'язково і не завжди. Загально доведено, що в умовах сучасного маневреного бою медичний працівник може виконати обмежені медичні заходи, не більші ніж звичайний навчений військовослужбовець. У «зеленій зоні» проводиться повний і ретельний огляд пораненого військовослужбовця іншим військовослужбовцем: з'ясування стану основних вітальних функцій, перевірка якості та відповідності отриманої само та/або взаємодопомоги, додаткове накладання пов'язок, биндажів, сортування та підготовка до медичної евакуації (MEDVAC), з використанням санітарного автомобіля або санітарного літака.

У секторі обстрілу дозволяється виконати зупинку виключно небезпечної для життя зовнішньої кровотечі під час локалізації рани в ділянці шиї, рук чи ніг (є видимі рани, з яких інтенсивно витікає кров, плями на одязі або калюжі крові під частиною тулуба, під рукою чи ногою).

Під час проведення будь-якої маніпуляції в секторі обстрілу поранений і рятувальник перебувають у небезпеці, тому всі дії необхідно виконувати максимально швидко з

дотриманням правил особистої безпеки (рятувальник не підіймається вище тіла пораненого, який лежить на землі). Варто звертати увагу курсантів на все більше застосування в тактичній медицині сучасних медичних засобів для зупинки кровотечі:

1) спеціальних бинтів та гемостатичних засобів Celox©, Guik Clot©, серветок з фурагіном тощо;

2) спеціальних джгутів для самопомоги під час зупинки артеріальної кровотечі – турнікетів С.А.Т. (Combat Application Tourniquet), бажано мати два турнікети – один всередині аптечки, інший – ззовні на самій аптечці або на амуніції (в однаковому місці, визначеному для всіх бійців підрозділу).

Заслужують на увагу в тактичній медицині й оволодіння способами безпечного транспортування потерпілого в зоні ведення вогню – однією особою в положенні лежачи, стоячи (в тому числі з вогневим прикриттям відходу), двома, трьома чи більше особами з можливостями ведення стрільби в різних напрямках.

Отже, результати вивчення передового досвіду надання ДД в умовах службово-бойової діяльності працівників Національної поліції та інших військових формувань необхідно активно впроваджувати у професійну підготовку курсантів ВНЗ МВС України, що сприятиме збереженню їх життя та здоров'я, підвищить бойову готовність сил правопорядку.

1. Група в Фейсбук: Концепція Спасіння Тактична Медицина. URL : <https://www.facebook.com/RescueConceptTacticalMedicine>

2. Юрченко В. Д., Крилюк В. О., Гудима А. А. Домедична допомога в умовах бойових дій : метод. посіб. Київ : Середняк Т. К., 2014. 80 с.

3. Про Національну поліцію : Закон України від 02.07.2015 р. № 580-VIII. *Верховна Рада України*. URL : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/580-19>.

4. Тактична медицина. Курс ПМД онлайн. URL : <http://1staidplast.org.ua/tccc>.

Олександр ТАНЦЮРА

курсант ННІ права та підготовки
фахівців для підрозділів
Національної поліції

Науковий керівник:

Анатолій НАТОЧІЙ

старший викладач кафедри
тактико-спеціальної підготовки
Дніпропетровського державного
університету внутрішніх справ
(м. Дніпро, Україна)

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ГЕНДЕРНОЇ КУЛЬТУРИ ПРАЦІВНИКІВ ПРАВООХОРОННИХ ОРГАНІВ

Реформування правоохоронних органів в Україні відповідно до ефективного захисту основних прав і свобод людини передбачає застосування ефективної міжнародної практики та досвіду та їх інтеграцію в українське законодавство. Правоохоронні органи є зразком для громадянського суспільства, тому суттєві зміни у внутрішньому просторі цієї структури, повага до державної гендерної політики, запровадження гендерної рівності серед працівників, подолання гендерних стереотипів у професійній діяльності.

Гендерна культура, на думку О. Кікінежди, О. Кізь, розглядається як система соціально-економічних, правових та етнопсихологічних умов існування суспільства, що сприяє становленню чоловіка та жінки як рівних соціальних істот [1].

Треба зазначити, що для досягнення мети створення гендерної культури у правоохоронних органах необхідно забезпечити заняття з подолання укоріненних у суспільстві гендерних стереотипів. Також треба приділяти увагу формуванню високих особистісних та професійно важливих якостей правоохоронців, самостійності, відповідальності, модернізації та реалізації творчого потенціалу людини; розвиток навичок впевненості та самостійності, свідомого вибору, захисту своїх прав, мотивації до самореалізації та самовдосконалення в усіх сферах суспільного життя.

Тому нова стратегія правоохоронних органів передбачає формування гендерної