

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЛІКАРІВ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ: ТЕОРЕТИЧНЕ ПІДҐРУНТЯ ТА ТРИКОМПОНЕНТНА МОДЕЛЬ

SOCIO-PSYCHOLOGICAL COMPETENCE OF PHYSICIANS IN MILITARY MEDICAL FACILITIES DURING WAR: THEORETICAL RATIONALE AND A THREE-COMPONENT MODEL

В статті обґрунтовано модель соціально-психологічної компетентності лікарів військово-медичних закладів у контексті російсько-української війни. Актуальність визначається їх роботою в умовах високого ризику, моральної невизначеності та дефіциту часу, де компетентність виходить за межі технічних навичок і охоплює емоційну регуляцію, рефлексивність, етичність і командну комунікацію. Теоретично спираємося на IHPAM, що описує взаємозв'язки соматичного функціонування, психологічного стресу, особистісних функцій і захисних механізмів; враховано нейропсихологічні дані про вразливість когнітивних мереж до втоми під час війни. На підставі огляду літератури та емпіричної перевірки компетентнісної структури (стандартизовані опитувальники, індикатори взаємодії, факторний аналіз) запропоновано трикомпонентну модель: (1) «Емоційна регуляція та життєстійкість у професійному контексті», що поєднує самоконтроль, поінформованість та етичну спрямованість із ризиком неконструктивного копію; (2) «Рефлексивно-адаптивна компетентність», якій властиві прагматичний реалізм, випереджальне подолання й ситуативні схеми адаптації; (3) «Стійкість у складних і проблемних ситуаціях», що відображає інтеграцію завдань, витримування повторюваного стресу й ефективну взаємодію. Практичні імплікації: модулі емоційної регуляції та резилієнсу, симуляційні тренінги з формативним зворотним зв'язком, протоколи командної комунікації (read-back, стандартизована передача) та організаційні рішення зі стабілізації ядра бригад і супервізії. Обмеження стосуються можливих упереджень самооцінювання та специфіки воєнного театру; перспективи – перевірка інваріантності моделі у мультицентрових дизайнах і зв'язків із клінічними показниками безпеки. Запропонована модель надає основу для підготовки, оцінювання та підтримки лікарів у військовій медицині, переводячи «м'які» навички у керуванні цілі освітньої й організаційної політики.

Ключові слова: соціально-психологічна компетентність, військово-медичні заклади, лікарі, емоційна регуляція, стресостійкість, рефлексивно-адаптивна компетентність, командна комунікація, етика, IHPAM, війна, психічне здоров'я, резилієнс, прийняття рішень.

The aim of this article is to substantiate a model of the socio-psychological competence of physicians in military medical facilities in the context of the Russia-Ukraine war. Its relevance stems from work conducted under high risk, moral uncertainty and severe time pressure, where competence extends beyond technical skills to encompass emotion regulation, reflexivity, ethical orientation and team communication. Theoretically, we draw on the Integrated Health and Personality Adaptation Model (IHPAM), which delineates interrelations among somatic functioning, psychological stress, personality functions and defensive-adaptive mechanisms; we also consider neuropsychological evidence on the vulnerability of cognitive networks to fatigue under wartime conditions. Based on a literature review and empirical scrutiny of the competence structure (standardised questionnaires, interaction indicators, factor analysis), we propose a three-component model: (1) Emotion regulation and resilience in the professional context, integrating self-control, situational awareness and ethical commitment while acknowledging the risk of non-constructive coping; (2) Reflective-adaptive competence, characterised by pragmatic realism, anticipatory coping and situational adaptation schemes; and (3) Resilience in complex and problematic situations, reflecting task integration, tolerance of repeated stress and effective interaction. Practical implications include modules for emotion regulation and resilience, simulation-based trainings with formative feedback, team-communication protocols (read-back, standardised handover) and organisational measures to stabilise core teams alongside supervision. Limitations concern potential self-report bias and theatre-specific constraints; future work should test measurement invariance in multicentre designs and examine associations with clinical safety endpoints. Overall, the model provides a foundation for training, assessment and support of physicians in military medicine, translating "soft" skills into actionable objectives for educational and organisational policy.

Key words: socio-psychological competence, military medical facilities, physicians, emotion regulation, stress tolerance, reflexive-adaptive competence, team communication, ethics, IHPAM, war, mental health, resilience, decision-making.

УДК 159.9:614.253.1:355.48
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.73.62>

Вайсберг Мелані
аспірант кафедри психології
Університет Григорія Сковороди
в Переяславі

Постановка проблеми. Російсько-українська війна радикально змінила контекст медичної практики, перетворивши соціально-психологічну компетентність лікарів військово-медичних закладів на критичний ресурс клінічної безпеки, етики та командної узгодженості. У цьому середовищі компетентність виходить далеко за межі техніч-

ної майстерності: вона охоплює емоційну регуляцію, моральну чутливість, стресостійкість і здатність комунікувати в ієрархічних, швидкозмінних та інколи морально травмувальних ситуаціях. Узгоджені огляди військової освіти підкреслюють центральну роль комунікації та лідерства у готовності до розгортання, а також потребу спеціальних

модулів із військово-специфічними сценаріями й наглядом/супервізією для підтримання професійної ідентичності та командної взаємодії [3; 7; 12; 21].

Дані з досліджень військових хірургічних і міждисциплінарних бригад показують, що структура команди, її розмір та ступінь знайомства безпосередньо впливають на якість комунікації і безпеку пацієнта; водночас ротація персоналу й антифратернізаційні правила можуть гальмувати «говоріння вголос» і відкритий зворотний зв'язок [19; 20]. Впровадження стандартів на кшталт «закритого циклу» (read-back) під час передачі пацієнта та прийняття рішень асоціюється зі зниженням помилок у передгоспітальному та госпітальному середовищах; при цьому фіксується й систематична тенденція лікарів переоцінювати власні комунікативні вміння порівняно з оцінками пацієнтів [5; 9]. Ефективне навчання тут не випадковість, а технологія: симуляції, рольові тренінги, регулярний формативний зворотний зв'язок і ремедіація демонструють сталі ефекти для розвитку міжособистісної та комунікативної компетентності, зокрема у складних розмовах [4; 5; 17; 22].

Концептуально ми спираємося на інтегративні рамки, що поєднують психофізіологічні та особистісно-адаптивні виміри. Зокрема, Integrated Health and Personality Adaptation Model (IHPAM), розроблена на українській вибірці в умовах війни, описує вузли взаємодії соматичного функціонування, психологічного стресу, конструктивних/деструктивних особистісних функцій і захисно-адаптивних механізмів [15]. Дотичні нейропсихологічні дані щодо хронічної втоми серед цивільного населення в умовах тривалого стресу війни демонструють гендерно диференційовані когнітивні вразливості та чутливість мереж мозку до стресу/втоми, що має безпосередні наслідки для клінічного мислення, розпізнавання ризиків і прийняття рішень у лікарів [16]. У сукупності ця література задає теоретичний фундамент для подальшого аналізу соціально-психологічної компетентності як інтегрального конструкта, що підтримує ефективність і безпеку медичної допомоги у військовому середовищі.

Виклад основного матеріалу. Соціально-психологічна компетентність лікарів військово-медичних закладів у контексті російсько-української війни доцільно розглядати як інтегральну сукупність знань, навичок і диспозицій, що забезпечують стабільну клінічну ефективність під тиском бойових загроз, жорсткої ієрархії та дефіциту часу. Сучасні підходи до військової медичної освіти фіксують спектр ключових компетентностей – від клінічних і управлінських до етичних та комунікативних – і підкреслюють, що саме комунікація опосередковує довіру, командну узгодженість і безпеку пацієнта [3; 12; 18; 21]. У військових умовах комунікація додатково навантажена дилемами конфіденційності щодо інтересів командування та швидкоплинними змінами оперативної обстановки, що вимагає спеціальної підготовки та вбудованих практик нагляду/супервізії [2; 13].

При цьому емпіричні дані вказують на ризик систематичної переоцінки лікарями власних комунікативних умінь у порівнянні з оцінками пацієнтів, що підсилюється перевантаженням і бюрократичними бар'єрами [9]. У підсумку, «ядро» компетентності у військовій медицині формується на перетині емоційної регуляції, етики й професіоналізму з доказово обґрунтованими інструментами оцінювання міжособистісної взаємодії.

Безпечна командна робота у військових підрозділах прямо залежить від якості комунікації та структурних рішень у бригадах: знайомство членів команди, її розмір і стабільність зменшують імовірність помилок, тоді як ротація персоналу, жорстка субординація та антифратернізаційні правила утруднюють «говоріння вголос» і зворотний зв'язок [19; 20]. Стандарти на кшталт «закритого циклу» (read-back) під час передачі пацієнта та прийняття рішень знижують ризики у передгоспітальному й госпітальному середовищах [5]. Систематичні огляди та впроваджені навчальні модулі підтверджують ефективність симуляцій, рольових тренінгів, ремедіацій і регулярного формативного оцінювання для розвитку саме тих складових, що у нашій моделі описують «емоційну регуляцію та життєстійкість» і «стійкість у складних/проблемних ситуаціях» [1; 5; 7; 10; 12; 14; 21]. Тим самим література узгоджується з ідеєю, що компетентність військового лікаря – це не лише індивідуальна майстерність, а керована системою властивість команд і організацій, яка підтримується стандартизованими протоколами, тренінгами та культурою безпеки.

Третій теоретичний вимір стосується «рефлексивно-адаптивної компетентності», яка спирається на метакогнітивні процеси, прагматичний реалізм і випереджальне подолання – поєднання, що підвищує якість клінічних рішень у невизначеності та моральному стресі. Дослідження взаємодії з військовими пацієнтами й ветеранами показують, що культурно-центрована, емпатійно налаштована, але структурована комунікація полегшує опрацювання складних тем (травма, ПТСР, «медично не пояснювані симптоми») та сприяє відповідальному прийняттю рішень [11; 17; 22]. Вбудовані практики рефлексії – дебрифінги, щоденники, мікро-супервізії у клінічних ротаціях – посилюються інституційними рішеннями щодо підготовки до розгортання (embedded rotations, readiness-модулі) і формують саме той «адаптивний каркас», який наш факторний аналіз описує як окрему, відтворювану компоненту компетентності [13; 21]. У цій рамці трикомпонентна модель – емоційна регуляція, рефлексивна адаптивність і стійкість у складних ситуаціях – не лише узгоджується з міжнародними підходами, а й задає практичний вектор для інтервенцій на рівнях індивіда, команди та організації у військово-медичній службі.

На основі факторного аналізу було створено трикомпонентну модель соціально-психологіч-

ної компетентності лікарів у військово-медичних закладах. Компоненти об'єднує різні психологічні характеристики, які є ключовими у визначенні конкретного аспекту професійної компетентності (табл. 1).

Виходячи з факторних навантажень та характеру компонентів у цій моделі соціально-психологічної компетентності лікарів військово-медичних закладів, цей фактор можна було б влучно назвати «Емоційна регуляція та життєстійкість у професійному контексті».

Розглянемо зміст першого фактору. Неконструктивні стратегії (0,930). Високе навантаження вказує на значну залежність від неконструктивних стратегій. Це може свідчити про тенденцію серед лікарів використовувати механізми подолання, які зазвичай не вважаються ефективними в дов-

гостроковій перспективі, можливо, через високий рівень стресу в їхній роботі.

Управління власними емоціями (0,907). Це свідчить про високу здатність регулювати власні емоції, що є важливою навичкою для лікарів для збереження самовладання та ефективності в стресових ситуаціях.

Уникнення/Втеча (0,901). Вказує на тенденцію до використання уникнення або втечі як стратегій подолання стресу. Це може бути реакцією на інтенсивний та складний характер їхньої роботи у військово-медичних закладах.

Фокус на емоціях (0,884). Високий показник свідчить про те, що лікарі часто зосереджуються на емоційних аспектах, що може бути відображенням емоційно напружених ситуацій, з якими вони часто стикаються.

Таблиця 1

**Трикомпонентна модель соціально-психологічної компетентності лікарів
у військово-медичних закладах**

Фактор	Показник	Навантаження
Емоційна регуляція та життєстійкість у професійному контексті	Неконструктивні стратегії	0,93
	Управління власними емоціями	0,907
	Уникнення/Втеча	0,901
	Фокус на емоціях	0,884
	Стратегія заперечення	0,854
	Взаєморозуміння	-0,802
	Поінформованість	0,792
	Прагнення до компетентності	0,754
	Соціальна активність	-0,71
	Позитивна інтерпретація	-0,688
	Комунікативні здібності	-0,674
	ЕІ інтеграція	0,673
	Конструктивна трансформація	-0,669
	Самоконтроль у спілкуванні	0,654
	Контроль vs. неконтрольовані ситуації	0,647
	Порівняння вгору	-0,644
	Обов'язок і досконалість	0,644
	Перцептивно-невербальна компетентність	0,635
	Подолання смутку	-0,625
	Етика	0,619
Рефлексивно-адаптивна компетентність	Когнітивна репетиція	-0,612
	Ідентифікація зі щастям	-0,863
	Загальна конструктивна адаптація	-0,779
	Порівняння за низхідною	0,733
	Нетривіальний сенс	-0,724
	Зміна особистої влади	-0,695
Життєстійкість у складних та проблемних ситуаціях	Антиципаційне подолання	0,614
	Взаємний вплив	0,811
	Толерантність до викликів	0,799
	Складність у вирішенні ситуацій	0,771
	Повторюваність	0,759
	Інтеграція	0,747
	Емпатія	-0,728
	Організаційні здібності	-0,668
	Вміння слухати	0,635
	Соціальна автономія	-0,632

Стратегія заперечення (0,854). Свідчить про помітне використання заперечення як копінг-стратегії. Хоча це може забезпечити короточасне полегшення від стресу, це підкреслює потребу в більш адаптивних копінг-механізмах.

Взаєморозуміння (-0,802). Негативне навантаження означає, що для цього фактору менше характерне взаєморозуміння, що, можливо, вказує на зосередженість на індивідуальному подоланні стресу, а не на спільному порозумінні.

Поінформованість (0,792). Високе навантаження на обізнаність свідчить про те, що лікарі за цим фактором добре обізнані з навколишнім середовищем та ситуацією, що може мати вирішальне значення для прийняття обґрунтованих рішень.

Прагнення до компетентності (0,754). Відображає сильне прагнення до професійної компетентності, що є важливим атрибутом для лікарів, які працюють у медичному середовищі з високими ставками.

Соціальна активність (-0,710). Негативне навантаження свідчить про те, що респонденти з високими показниками за цим фактором можуть не надавати пріоритету соціальній активності, можливо, через зосередженість на індивідуальних професійних обов'язках.

Позитивна інтерпретація (-0,688). Менший акцент на позитивній інтерпретації може відображати більш реалістичний або прагматичний підхід у їхній професійній діяльності.

Комунікативні здібності (-0,674). Негативне навантаження вказує на менший фокус на комунікативних здібностях у цьому факторі, можливо, через більший акцент на внутрішньому подоланні та життєстійкості.

ЕІ інтеграція (0,673). Це свідчить про те, що загальна інтеграція емоційного інтелекту відіграє значну роль у цьому факторі, сприяючи комплексному підходу до емоційної регуляції.

Конструктивна трансформація (-0,669). Нижчі бали за цим показником означають меншу опору на конструктивну трансформацію як копінг-стратегію.

Самоконтроль у спілкуванні (0,654). Вказує на важливість самоконтролю у спілкуванні, необхідного для збереження професіоналізму у взаємодії.

Контроль vs. неконтрольовані ситуації (0,647). Відображає здатність розрізняти контрольовані та неконтрольовані аспекти своєї роботи.

Порівняння вгору (0,644). Негативне навантаження тут вказує на те, що порівняння по висхідній є менш поширеним, що може свідчити про зосередженість на особистих стандартах, а не на порівнянні з іншими.

Обов'язок і досконалість (0,644). Підкреслює відданість обов'язку та прагнення до досконалості.

Перцептивно-невербальна компетентність (0,635). Вказує на важливість невербального сприйняття в їхній професійній компетентності.

Подолання смутку (-0,625). Менший акцент на подоланні смутку, що потенційно може свідчити про прагматичний підхід до емоційних проблем.

Етика (0,619). Етика відіграє певну роль у цьому факторі, підкреслюючи важливість моральних принципів у їхній професійній поведінці.

Когнітивна репетиція (-0,612). Менша залежність від повторюваних когнітивних процесів, що свідчить про надання переваги більш динамічним або різноманітним підходам до вирішення проблем.

Цей фактор охоплює складне поєднання емоційної регуляції, життєстійкості та індивідуальних стратегій подолання труднощів, підкреслених сильним почуттям професійного обов'язку та етичною поведінкою. Лікарі з високими показниками за цим фактором, швидше за все, вміють керувати власними емоціями та стресом, зосереджуються на внутрішніх механізмах подолання стресу та демонструють сильну прихильність до професійної компетентності та етики. Однак може спостерігатися тенденція покладатися на неконструктивні стратегії, що вказує на потенційну сферу для розвитку адаптивних навичок подолання стресу та міжособистісної комунікації. Цей фактор підкреслює критичну роль емоційної регуляції в умовах високого тиску у військовій охороні здоров'я, а також потребу в стійкості та індивідуальних навичках подолання труднощів перед обличчям складних професійних вимог.

Другий фактор факторної моделі соціально-психологічної компетентності лікарів військово-медичних закладів, враховуючи складові та їх навантаження, можна назвати «Рефлексивно-адаптивна компетентність».

Розглянемо зміст другого фактору. Ідентифікація зі щастям (-0,863). Високе негативне навантаження свідчить про те, що лікарі з низьким рівнем ідентифікації зі щастям можуть більше покладатися на рефлексивну адаптивну компетентність. Це може свідчити про більш реалістичний або критичний підхід до своєї роботи та життєвих ситуацій, а не ідеалістичний.

Загальна конструктивна адаптація (-0,779). Негативне навантаження означає, що нижчий рівень покладання на загальну конструктивну адаптацію корелює з вищим балом за цим фактором. Це свідчить про фокус на конкретних, ситуативних стратегіях адаптації, а не на узагальненому конструктивному підході.

Порівняння за низхідною (0,733). Позитивне навантаження вказує на те, що порівняння себе з тими, хто перебуває в гіршому становищі, є частиною цього фактору. Це може бути використано як інструмент для отримання перспективи, що допомагає лікарям зберігати відчуття балансу та реалізму у своєму професійному житті.

Нетривіальний сенс (-0,724). Негативне навантаження свідчить про те, що ті, хто дивиться за межі очевидного і шукає глибші смисли, мають нижчі показники за цим фактором. Це свідчить про більш прямий, можливо, прагматичний підхід до розуміння ситуацій.

Зміна особистої влади (-0,695). З цим фактором пов'язаний менший акцент на зміні особистої

влади, що свідчить про стабільне відчуття себе і, можливо, орієнтацію на зовнішні чинники у вирішенні проблем і подоланні труднощів.

Антиципаційне подолання (0,614). Відображає важливість передбачення та підготовки до викликів як частини цієї рефлексивної адаптивної компетентності. Вказує на проактивний підхід у вирішенні професійних проблем.

Цей фактор відображає поєднання самоаналізу, реалізму та адаптивних стратегій у професійному контексті. Лікарі, які набрали високі бали за цим фактором, ймовірно, залучені до рефлексивних практик, критично оцінюють свої ситуації та адаптуються відповідно до них. Вони можуть не ототожнювати себе з ідеалістичними або надмірно позитивними перспективами, а натомість зберігати збалансований, реалістичний погляд на свою роботу і життя. Включення випереджаючого подолання свідчить про те, що ці лікарі не є пасивними у своєму підході; вони активно готуються та адаптуються до майбутніх викликів. Цей фактор відображає зрілий, збалансований підхід до професійного життя, коли лікарі усвідомлюють свої обмеження і сильні сторони, і вони адаптивно орієнтуються у своїх ролях, не втрачаючи при цьому з поля зору реальність. Ця рефлексивна та адаптивна компетентність має важливе значення в умовах високих ставок і часто непередбачуваного середовища військової охорони здоров'я, де збалансований і реалістичний підхід може мати вирішальне значення для ефективного прийняття рішень і надання допомоги пацієнтам.

Для третього фактору факторної моделі соціально-психологічної компетентності лікарів військово-медичних закладів, виходячи з компонентів та їхнього навантаження, цей фактор можна було б назвати «Життєстійкість у складних та проблемних ситуаціях».

Взаємний вплив (0,811). Високе позитивне навантаження вказує на те, що лікарі, які ефективно впливають на інших і зазнають впливу у відповідь, отримують високі бали за цим фактором. Це відображає сильну міжособистісну динаміку, що має вирішальне значення в складних медичних умовах.

Толерантність до викликів (0,799). Сильна здатність переносити та вирішувати складні ситуації є важливим аспектом цього фактору, що має важливе значення для лікарів, які працюють в умовах високого рівня стресу.

Складність у вирішенні ситуацій (0,771). Це свідчить про високу компетентність в управлінні та вирішенні складних ситуацій, що є ключовою навичкою в медичній практиці, особливо у військовій охороні здоров'я.

Повторюваність (0,759). Означає, що лікарі, які набрали високі бали за цим фактором, вміють ефективно справлятися з повторюваними та рутинними аспектами своєї роботи, що є важливим аспектом життєстійкості.

Інтеграція (0,747). Вказує на здатність інтегрувати різні аспекти своєї роботи та оточення, що є важливою навичкою для комплексного догляду за пацієнтами та прийняття рішень.

Емпатія (-0,728). Негативне навантаження свідчить про те, що з цим фактором пов'язаний нижчий рівень емпатії, що, можливо, вказує на більш аналітичний або сфокусований на завданні підхід у складних ситуаціях.

Організаційні здібності (-0,668). Низькі бали за організаційними здібностями є частиною цього фактору, що потенційно може означати фокус на ситуативному управлінні, а не на структурованій організації.

Вміння слухати (0,635). Відображає важливість вміння слухати в управлінні складними ситуаціями та взаємодією, що є важливим компонентом ефектної комунікації.

Соціальна автономія (-0,632). Низький рівень соціальної автономії корелює з цим фактором, що свідчить про схильність до спільної роботи у складних ситуаціях.

Цей фактор відображає поєднання стійкості, адаптивності та ситуативної обізнаності. Лікарі, які набрали високі бали за цим фактором, ймовірно, добре орієнтуються в складних і проблемних ситуаціях у своєму професійному середовищі та вміють керувати ними. Вони демонструють здатність впливати на інших та ефективно взаємодіяти з ними, ефективно справлятися з повторюваними завданнями та інтегрувати різні елементи своєї роботи. Незважаючи на менший акцент на емпатії та організаторських здібностях, ці лікарі відзначаються практичною стійкістю, демонструючи здатність адаптуватися та реагувати на динамічний і часто вимогливий характер військово-медичної роботи. Цей фактор підкреслює важливість стійкості та адаптивності перед обличчям професійних викликів, особливо в умовах високого рівня стресу, коли ефективне управління складними ситуаціями має вирішальне значення.

Трифакторна модель для лікарів військово-медичних закладів представляє комплексну картину їхньої соціально-психологічної компетентності, що охоплює різні аспекти, необхідні для їхнього професійного функціонування. Виявлені фактори є наступними:

«Емоційна регуляція та стійкість у професійному контексті» зосереджується на управлінні емоціями, подоланні стресу та дотриманні професійної етики. Він підкреслює важливість емоційної стабільності та стійкості в умовах високого тиску в медицині.

«Рефлексивно-адаптивна компетентність» підкреслює збалансований, рефлексивний підхід до професійного життя. Вона включає здатність адаптуватися до мінливих обставин, прагматичний погляд на ситуації та здатність до критичної саморефлексії.

«Стійкість у складних і проблемних ситуаціях» підкреслює здатність орієнтуватися в складних

сценаріях, інтегрувати різні аспекти роботи та ефективно управляти повторюваними завданнями. Цей фактор підкреслює адаптивність та ситуативну обізнаність.

Для підвищення професійної компетентності лікарів на основі цієї моделі терапевтичні втручання мають бути зосереджені на

1. Зміцнення навичок емоційної регуляції. Навчання методам управління стресом та емоційною регуляцією може допомогти лікарям краще справлятися з сильними емоціями, з якими вони часто стикаються в роботі. Корисними можуть бути такі техніки, як уважність, когнітивно-поведінкові стратегії та тренування життєстійкості.

2. Розвиток рефлексивних та адаптивних практик. Заохочення рефлексивних практик, наприклад, через ведення щоденників або структуровані сесії підбиття підсумків, може підвищити адаптивну компетентність. Семінари з адаптивного лідерства та управління змінами також можуть бути корисними.

3. Розвиток міжособистісних і комунікативних навичок. Вдосконалення навичок ефективної комунікації, емпатії та активного слухання може підвищити здатність лікарів ефективніше взаємодіяти з пацієнтами та колегами. Рольові ігри та семінари з комунікації можуть допомогти в цьому розвитку.

4. Сприяння підходам, заснованим на співпраці та командній роботі. Сприяння спільній роботі та міждисциплінарній командній роботі може підвищити соціальну автономію та взаємний вплив, що має вирішальне значення для управління складними ситуаціями. Заходи з командоутворення та міжпрофесійні освітні програми можуть сприяти досягненню цієї мети.

5. Розвиток навичок вирішення проблем і прийняття рішень. Навчання поглибленому вирішенню проблем і прийняттю рішень може допомогти лікарям ефективно долати складнощі військово-медичного середовища. Особливо ефективними можуть бути тренінги на основі сценаріїв та семінари з прийняття рішень.

6. Сприяння особистому благополуччю та самодопомозі. Зосередження уваги на особистому благополуччі та самодопомозі є життєво важливим для запобігання вигоранню та підтримання високих професійних стандартів. Семінари з питань балансу між роботою та особистим життям, профілактики вигорання та стратегій самодопомоги мають бути невід'ємною частиною програми втручання.

7. Сприяння етичному та професійному розвитку. Безперервна освіта щодо етичних дилем, професійної поведінки та нововведень у медичній практиці може посилити їхню прихильність до професійної етики та досконалості.

Спрямовані на ці сфери, терапевтичні втручання можуть ефективно підтримувати лікарів у підвищенні їхньої соціально-психологічної компетентності, що призводить до покращення догляду

за пацієнтами, кращого управління стресом і загальної професійної задоволеності в складних умовах військової охорони здоров'я.

Отримана трикомпонентна рамка висвітлює характерну для військово-медичного середовища «парадоксальну рівновагу»: висока емоційна саморегуляція співіснує з опорою на неконструктивні копінг-стратегії (уникання, заперечення). У практиці це виглядає як функціональний стоїцизм, що підтримує діяльність у гострих умовах, але одночасно підвищує ризик «мовчазного виснаження» та звуження міжособистісної чутливості. Доречними є інтервенції, що поєднують тренування емоційної регуляції (mindfulness/КПТ-протоколи) з системними засобами безпеки комунікації: стандартизованими передачами пацієнта, read-back («закритий цикл») і регулярними мікро-дебрифінгами. Такі кроки безпосередньо відповідають на відомі вузли ризику у військовій медицині – непорозуміння при передачах і в команді – та водночас компенсують притаманну лікарям тенденцію переоцінювати власні комунікативні вміння під адміністративним і часовим пресом [5; 9].

Другий кластер – рефлексивно-адаптивна компетентність – описує прагматичний реалізм і випереджальне подолання як метакомпетенції прийняття рішень у невизначеності. Література показує, що ці якості «виросуються» не лише індивідуальними практиками рефлексії (щоденники, супервізія), а й правильною архітектурою підготовки: вбудованими ротаціями у бойові підрозділи, readiness-модулями й симуляціями зі структурованим формативним фідбеком [1; 5; 13; 14; 21]. Таке навчання опосередковує не лише навички «говорити складне», а й стиль мислення – від емоційної реактивності до прогнозувальної оцінки ризику, що є критично важливим для безпеки пацієнта у швидкозмінній операційній обстановці.

Третій компонент – стійкість у складних і проблемних ситуаціях – вказує на здатність витримувати повторюваний стрес і інтегрувати множинні вимоги, але водночас сигналізує про потенційні «вартісні» компроміси: нижчу емпатійність та організаційність. Докази з досліджень військових хірургічних команд чітко демонструють, що знайомство складу, стабільність команди і помірний розмір підвищують якість комунікації та зменшують помилки; натомість часта ротація персоналу та суворі субординації ускладнюють «говоріння вголос» і коригувальний фідбек [19; 20]. Адресні рішення – фіксація ключового ядра команди у критичних змінах, тренування «важких розмов» із пацієнтами/родинами і сценарії з моральною невизначеністю – показали покращення пацієнт-орієнтованої поведінки і скринінгу проблем психічного здоров'я у військових [4; 17; 22].

Теоретично ці висновки добре узгоджуються з Integrated Health and Personality Adaptation Model (IHPAM), що описує взаємодію соматичного функціонування, психологічного стресу, конструктивних/деструктивних особистісних функцій та адаптив-

них захисних механізмів у воєнному контексті [15]. У цій оптиці стійкість лікаря – не лише риса, а динамічний баланс між емоційною регуляцією, рефлексивністю та ситуативною інтеграцією. Додатково, нейропсихологічні дані про хронічну втому в цивільного населення під час війни демонструють гендерно диференційовані когнітивні вразливості мереж мозку; це підказує системним гравцям охорони здоров'я необхідність моніторингу власного персоналу на ознаки нейрокогнітивного виснаження та впровадження превентивних програм [16]. У підсумку найбільш ефективними видаються багаторівневі інтервенції: індивідуальні (регуляція емоцій, адаптивні копінг-набори), командні (read-back, стандарти комунікації, стабілізація складу) та інституційні (вбудовані ротації, супервізія, культура безпеки).

Обмеження інтерпретації стосуються типових методологічних рамок воєнної медицини: можливих упереджень самооцінювання, контекстної специфіки воєнного театру дій, потенційної нестійкості факторної структури у різних підгрупах і відсутності прямих зв'язків із «жорсткими» клінічними кінцевими точками. Майбутні дослідження мають перевірити інваріантність моделі у вибірках різного профілю, доповнити самозвіти поведінковими/симуляційними метриками та оцінити трансляцію навчальних модулів у показники безпеки (помилки, інциденти, тривалість лікування).

Висновки. Соціально-психологічна компетентність лікаря у військово-медичній службі – це не «м'яка» опція, а жорсткий інфраструктурний елемент безпеки. Інтеграція емоційної регуляції, рефлексивної адаптивності та ситуативної стійкості утворює практичний каркас для підготовки, супроводу та управління ризиками в умовах війни. Актуальні дані вказують: підсилення індивідуальних навичок має іти пліч-о-пліч із командними протоколами (read-back, стандартизовані передачі) та інституційними механізмами (вбудовані ротації, супервізія, культура відкритого зворотного зв'язку), які довели здатність зменшувати помилки та покращувати якість допомоги.

Для практики це означає перехід від героїчного «тримайся» до доказових програм: модулі регуляції емоцій і резилієнсу; симуляції з формативним фідбеком; стандарти комунікації і стабілізація ключових ланок команди; скринінг і профілактика нейрокогнітивного виснаження персоналу. Для науки – потребу у проспективних, мультицентрових дизайнах з перевіркою інваріантності, RCT навчальних пакетів і зв'язку з клінічними результатами; інакше кажучи, від «добрих намірів» – до вимірюваних ефектів у полі битви й палаті інтенсивної терапії.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Al-Sheikhly, D., Östlundh, L., & Arayssi, T. Remediation of learners struggling with communication skills: a systematic review. *BMC Medical Education*. 2020. 20. DOI: 10.1186/s12909-020-02074-9.

2. Cole, R., Rudinsky, S., Conley, S., Vojta, L., Kwon, S., Garrigan, A., Prosek, E., & Goolsby, C. The Impact of Medical School on Military Physicians' Readiness for their First Deployment. *Military Medicine*. 2022. DOI: 10.1093/milmed/usac049.

3. Cottey, L., Lillington, C., & Frost, E. Medical leadership and management for military clinicians. *Journal of the Royal Naval Medical Service*. 2019. DOI: 10.1136/jrnms-105-180.

4. Douglas, S., De Andrade, A., Boyd, S., Leslie, M., Webb, L., Davis, L., Fraine, M., Frazer, N., Hargraves, R., & Bickman, L. Communication training improves patient-centered provider behavior and screening for soldiers' mental health concerns. *Patient Education and Counseling*. 2016. 99(7). C. 1203–1212. DOI: 10.1016/j.pec.2016.01.018.

5. Elzey, G., Lauria, M., & Rush, S. Miscommunication and Risk in the Military Prehospital Environment: A Case Series and Review. *Journal of Special Operations Medicine*. 2025. DOI: 10.55460/zfkc-1lw6.

6. Hardoff, D., Sagi, D., Frenkel-Nir, Y., & Ziv, A. P19 Evaluation of a simulation-based training programme for doctors and medical students for improving communication skills with adolescents in military healthcare settings. *BMJ Paediatrics Open*. 2019. 3. A11–A12. DOI: 10.1136/bmjpo-2019-rcpch-sahm.25.

7. Hiller, H., Hill, G., Shea, S., Fernandes, J., Earl, K., Knight, J., Schaffrinna, A., Donham, B., & Allen, P. Generating Competent Special Operations Clinicians From Military Graduate Medical Education. *Journal of Special Operations Medicine*. 2022. DOI: 10.55460/h073-bkvg.

8. Hobgood, C., Riviello, R., Jouriles, N., & Hamilton, G. Assessment of communication and interpersonal skills competencies. *Academic Emergency Medicine*. 2002. 9(11). C. 1257–1269. DOI: 10.1197/aemj.9.11.1257.

9. Hussain, Z., Rehman, M., & Khan, M. Doctors' Communication Skills in Military Hospitals – A Critical Analysis. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*. 2022. DOI: 10.51253/pafmj.v72i3.6437.

10. Joshi, T., Budhathoki, P., Adhikari, A., Poudel, A., Raut, S., & Shrestha, D. Improving Medical Education: A Narrative Review. *Cureus*. 2021. 13. DOI: 10.7759/cureus.18773.

11. Koenig, C., Maguen, S., Monroy, J., Mayott, L., & Seal, K. Facilitating culture-centered communication between health care providers and veterans transitioning from military deployment to civilian life. *Patient Education and Counseling*. 2014. 95(3). C. 414–420. DOI: 10.1016/j.pec.2014.03.016.

12. Lall, M., Datta, K., Iyengar, A., Shakya, A., & Kanitkar, M. M3: The military medicine module: A focussed competency-based program. *Medical Journal Armed Forces India*. – 2021. – 77(Suppl 1). S99–S106. DOI: 10.1016/j.mjafi.2021.01.004.

13. Leshen, G., Johnston, S., Ries, A., Ziajko, L., Van Dell, L., & Nissan, D. Establishing an Embedded Psychiatry Rotation with Naval Special Warfare: A Win for Both the Education of Military Psychiatry Residents and the Operational Forces. *Academic Psychiatry*. 2023. 47. C. 402–405. DOI: 10.1007/s40596-023-01823-4.

14. Liu, Y., Huang, Y., Gao, H., & Cheng, X. Communication skills training: Adapting to the trends and moving forward. *Bioscience Trends*. 2017. 11(2). C. 142–147. DOI: 10.5582/bst.2017.01095.

15. Lunov, V. Ye., Matiash, M. M., Abdriakhimova, Ts. B., Pavlov, A. I., & Dzeruzhynska, N. O. Integrated Health and Personality Adaptation Model (IHPAM) for Men Amidst Russia–Ukraine Conflict: Navigating Psychosomatic Health. *Health of Man*. 2024. DOI: 10.30841/2786-7323.1.2024.303827.
16. Matiash, M. M., Lunov, V. E., Prudka, L. M., Rudenko, Y. V., & Prints, V. A. Neuropsychology of chronic fatigue syndrome in civilian population in war conditions. *International Neurological Journal (Ukraine)*. 2024. DOI: 10.22141/2224-0713.20.7.2024.1118.
17. Phillips, L., McAndrew, L., Laman-Maharg, B., & Bloeser, K. Evaluating challenges for improving medically unexplained symptoms in US military veterans via provider communication. *Patient Education and Counseling*. 2017. 100(8). C. 1580–1587. DOI: 10.1016/j.pec.2017.03.011.
18. Puscas, L., Kogan, J., & Holmboe, E. Assessing Interpersonal and Communication Skills. *Journal of Graduate Medical Education*. 2021. 13(2 Suppl). C. 91–95. DOI: 10.4300/jgme-d-20-00883.1.
19. Stucky, L., De Jong, C., & Kabo, F. Military Surgical Team Communication: Implications for Safety. *Military Medicine*. 2020. DOI: 10.1093/milmed/usz330.
20. Stucky, C., Kabo, F., De Jong, M., House, S., & Wymer, J. Surgical Team Structure: How Familiarity and Team Size Influence Communication Effectiveness in Military Surgical Teams. *Military Medicine*. 2023. 188(Suppl 6). C. 232–239. DOI: 10.1093/milmed/usad098.
21. Wellington, T., Hunninghake, J., Nelson, V., Nelson, A., Sjulín, T., Chin, E., Pope, N., True, M., & Markelz, A. Developing Military Doctors: An Institutional Approach to Medical Force Readiness in Graduate Medical Education. *Military Medicine*. 2022. DOI: 10.1093/milmed/usac300.
22. Wilcox, S., & Varpio, L. Finding Comfort in the Discomfort of Difficult Conversations with Military Patients. *Military Medicine*. 2019. DOI: 10.1093/milmed/usz137.