

**Лінніков Святослав Валерійович,**  
координатор південного офісу Бюро ВООЗ в Україні,  
ORCID ID: 0000-0001-6877-2777  
м. Одеса, Україна

## ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА ДЛЯ ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ У ПРИФРОНТОВИХ ГРОМАДАХ ХЕРСОНЩИНИ В УМОВАХ ОБМЕЖЕНОГО ДОСТУПУ ЕМД: РОЗРОБКА ТА ОБҐРУНТУВАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ЗА ПРИНЦИПАМИ MARCH

**Вступ.** Прифронтові громади Херсонської області зазнають системних загроз від короткодістанційних безпілотників, що ускладнює пересування цивільних і роботу служб реагування. Моніторингові дані ООН вказують, що FPV/короткодістанційні дрони стали провідним чинником цивільних втрат у прифронтових районах, зокрема в урядово-контрольованій частині Херсонщини, а також спричиняють обмеження доступу населення до медичної допомоги. ВООЗ документує значну кількість атак на систему охорони здоров'я в Україні, включно з медичним транспортом, що додатково погіршує доступність екстреної допомоги.

**Мета.** Описати та обґрунтувати навчальну програму домедичної підготовки немедичних фахівців у прифронтових громадах Херсонщини, розроблену за принципами MARCH, як інструмент підвищення виживаності та спроможності громад до самопомоги й взаємодопомоги в умовах затримки або недоступності ЕМД.

**Матеріали і методи.** Застосовано програмно-описовий дизайн: аналіз контекстних ризиків доступу до ЕМД у прифронтових громадах; проєктування модульної програми (безпека та алгоритм дій; контроль масивної кровотечі; базова підтримка прохідності дихальних шляхів і дихання; профілактика гіпотермії; комунікація та виклик допомоги; практичні сценарії). Очікувані результати. Підвищення готовності цивільних діяти у перші критичні хвилини травми; зростання частки правильно виконаних навичок (накладання турнікета, прямиї тиск, тампонування рани; запобігання гіпотермії; безпечна евакуація); формування мережі «перших реагувальників» у громаді та алгоритмів взаємодії з ЕМД і місцевими службами.

**Висновки.** В умовах, коли доступ бригад ЕМД до окремих населених пунктів є нестабільним або небезпечним, MARCH-орієнтована домедична підготовка немедиків є практично доцільною інтервенцією, здатною зменшити втрати від потенційно запобіжних причин та підвищити стійкість громад. Необхідні подальші оцінки ефективності (до/після навчання, утримання навичок, польові індикатори) та масштабування через підготовку інструкторів (формат «Training of Trainers»).

**Ключові слова:** домедична допомога, прифронтові громади, екстрена медична допомога, контроль кровотечі, навчання населення.

**Linnikov Sviatoslav Valeriyovych,** *Coordinator of the Southern Office, WHO Country Office in Ukraine;* ORCID: 0000-0001-6877-2777, Odesa, Ukraine

## PREHOSPITAL AID FOR CIVILIANS IN FRONTLINE COMMUNITIES OF KHERSON REGION UNDER LIMITED ACCESS TO EMS: DEVELOPMENT AND JUSTIFICATION OF A MARCH-BASED TRAINING PROGRAMME

**Introduction.** Frontline communities in Kherson oblast face persistent short-range drone threats that restrict civilian movement and disrupt emergency response. UN monitoring shows that FPV/short-range drones have become a leading driver of civilian harm in frontline areas, particularly in government-controlled parts of Kherson, and they also reduce access to essential services, including health care. WHO has documented numerous attacks on the health system in Ukraine, including incidents affecting medical transport, further undermining timely emergency care.

**Aim.** To describe and substantiate an MARCH-principled first-aid training program for non-medical community members in frontline Kherson, designed to improve survival and community capacity for self- and mutual aid when EMS response is delayed or unavailable.

**Methods.** A programmatic descriptive study was used: assessment of contextual risks to EMS access in frontline communities; modular curriculum design (scene safety and action algorithm; massive hemorrhage control; basic airway and breathing support; hypothermia prevention; communication and referral; scenario-based practice). The curriculum aligns with evidence-based bleeding control approaches (Stop the Bleed) and Ministry of Health of Ukraine guidelines, adapted to prolonged time-to-care conditions. Expected outcomes. Enhanced civilian readiness to act in the first critical minutes of trauma; increase in correctly performed skills (tourniquet application, direct pressure, wound packing, hypothermia prevention, safe evacuation); establishment of a community “first responders” network and protocols for interaction with EMS and local services.

**Conclusions.** In settings where EMS access to certain localities is unstable or dangerous, MARCH-oriented first-aid training for laypersons is a feasible intervention that can reduce preventable deaths and improve community resilience. Further evaluation is needed to quantify effectiveness (pre/post-training, skill retention, field indicators) and to scale the program through training of trainers.

**Key words:** first aid, frontline communities, emergency medical services, hemorrhage control, civilian training.



**Вступ.** Прифронтові території півдня України характеризуються поєднанням високого ризику травматизації населення та обмеженого доступу до екстреної медичної допомоги (ЕМД) через постійні загрози для пересування, зокрема від короткодістанційних дронів. За даними Моніторингової місії ООН з прав людини, у січні 2025 року саме такі дрони спричинили найбільше цивільних втрат серед усіх видів озброєння; у підконтрольній уряду частині Херсонщини вони становили значну частку всіх втрат [1]. Окремою проблемою є цілеспрямовані атаки на систему охорони здоров'я та медичний транспорт. ВООЗ повідомляла, що лише за перший квартал 2024 року частина верифікованих атак була спрямована на служби ЕМД, зокрема, пошкоджено автомобілі швидкої допомоги та об'єкти баз ЕМД. Станом на грудень 2025 року ВООЗ верифікувала тисячі атак на медичну систему України; майже чверть із них впливали на медичний транспорт (включно зі «швидкими»), що системно знижує спроможність реагувати на невідкладні стани [2]. Дані HRMMU також зазначають, що дрони нерідко атакують не лише цивільних, а й бригади швидкої допомоги та медиків, які прянують на виклики або надають допомогу пораненим після попередніх ударів, що призводить до ще більшого розриву між потребою в допомозі та можливістю її отримати. Такі умови суттєво ускладнюють дотримання принципу «золотої години» в наданні допомоги [3], і справді більшість смертей від бойової травми стається ще до доставки постраждалого до закладу охорони здоров'я [4]. У цій реальності особливої ваги набувають втручання, що підвищують здатність населення прифронтових громад до надання само- та взаємодопомоги у перші хвилини після отримання поранень – до прибуття професійних служб або здійснення медичної евакуації.

**Мета та завдання.** Метою дослідження є описати та науково обґрунтувати спеціалізовану навчальну програму з першої домедичної допомоги для цивільного населення прифронтових громад Херсонської області, розроблену за алгоритмом MARCH, як відповідь на проблеми обмеженого доступу до ЕМД. Відповідно до поставленої мети визначено такі завдання:

1. Визначити ключові контекстні бар'єри доступу до ЕМД у прифронтових громадах;
2. Описати структуру, зміст і методіку навчання за програмою;
3. Запропонувати рамкові підходи до оцінки ефективності навчання (критерії, показники до/після, ретенція навичок);
4. Окреслити механізми впровадження та масштабування програми (підготовка тренерів, взаємодія з системою ЕМД, забезпечення аптечками тощо).

**Матеріали і методи дослідження.** Дослідження має програмно-описовий характер із елементами впроваджувального аналізу. Здійснено послідовність: оцінка контексту і ризиків, пов'язаних з обмеженим доступом до ЕМД у прифронтових громадах; проектування навчальної програми домедичної допомоги; визначення моделі оцінювання результатів та ефективності програми. Первинні дані про загрози для медичної евакуації та потреби громад отримано з від-

критих джерел (звітів міжнародних організацій, статистики атак на медичну інфраструктуру). Розробка навчальної програми здійснювалася з урахуванням актуальних доказових підходів у тактичній медицині та першій допомозі. Для аналізу результатів навчання використовували методи описової статистики (обчислення середніх величин, часток, стандартного відхилення) та парний критерій Стьюдента (для порівняння середніх значень до і після навчання).

**Основний матеріал.** Цільовою аудиторією курсу були мешканці прифронтових населених пунктів, які залишаються у громаді та потенційно можуть першими опинитися поруч із постраждалим, не маючи медичної освіти (працівники комунальних служб, волонтери, соціальні працівники, представники місцевої влади, водії, співробітники критичної інфраструктури тощо). Програма тренінгу побудована з опорою на алгоритм MARCH: за результатами навчання учасники отримують базовий набір засобів і відпрацьовують необхідні навички, щоб безпечно виконати критично важливі дії до прибуття медиків і тим самим стабілізувати стан постраждалого. Ключовий акцент зроблено на контролі масивної кровотечі та базових діях для забезпечення прохідності дихальних шляхів – саме ці втручання найсуттєвіше впливають на виживання в перші хвилини травми. Програма узгоджена з рекомендаціями Європейської ради реанімації (ERC) 2021 року щодо першої допомоги [5] та нормативними протоколами МОЗ України (наказ № 441 від 09.03.2022) [6], а також враховує сучасні підходи до зупинки кровотечі, зокрема ініціативи «Stop the Bleed» [7]. Загальна тривалість тренінгу становила 6–8 годин (можливо у форматі 2 дні по 4 години); приблизно 20–30% часу відводилося на теоретичну частину і 70–80% – на відпрацювання практичних навичок та сценаріїв.

Основні модулі курсу включали:

**Модуль 1. Безпека та тактика дій.** Оцінка ситуації і загроз (ризик дронів, обстрілів, мін); принцип «не стати другим постраждалим». Правила виклику допомоги та передача короткого повідомлення про інцидент; координація дій з екстреними службами.

**Модуль 2. Масивна кровотеча (пріоритет № 1).** Навички прямого тиску на рану, накладення тиснучої пов'язки, застосування джгута за показаннями; основні принципи зупинки кровотечі. Відпрацювання на манекенах або тренажерах.

**Модуль 3. Дихальні шляхи та дихання.** Положення постраждалого без свідомості; контроль прохідності дихальних шляхів у межах першої допомоги (відкидання голови, підняття підборіддя); ознаки критичного стану, що потребує негайної евакуації (утруднене дихання, напружений пневмоторакс тощо).

**Модуль 4. Профілактика гіпотермії, шок та іммобілізація.** Запобігання охолодженню постраждалого після значної крововтрати/травми з використанням термоізоляційних засобів та доступних матеріалів; основи іммобілізації подручними засобами.

**Модуль 5. Алгоритм дій до передачі постраждалого професіоналам.** Мінімальна документація (час і перелік наданих втручань); передача постраждалого

бригаді ЕМД; комунікація з місцевими службами, повідомлення про небезпечні невибухлі предмети при їх наявності.

**Модуль 6. Сценарії (симуляційні вправи).** Програвання типових ситуацій – «поранення у дворі», «поранення на дорозі», «поранений у транспорті»; відпрацювання дій в команді 2–3 осіб; контроль помилок і дебрифінг після вправ. Важливим принципом курсу є наголос на особистій безпеці: якщо ризик для цивільного рятувальника залишається високим (активний обстріл, присутність дронів), він повинен діяти лише в межах прийнятної ризику і не наражатися на ураження сам під час спроб допомогти іншому. Ця позиція чітко комунікувалася і підкріплювалася алгоритмами щодо ситуацій, коли надання допомоги є неможливим або має бути відкладеним до зниження рівня загрози.

**Оцінювання знань і навичок.** Перед початком навчання всі учасники пройшли вхідний письмовий тест, а після завершення – аналогічний вихідний тест для оцінки динаміки знань. Тест складався з 30 питань, що охоплювали ключові розділи алгоритму MARCH (M – 10 питань, A – 6, R – 6, C – 4, H – 4; максимальна сумарна оцінка 30 балів). Для уникнення фактора випадкового вгадування правильна відповідь давала +1 бал, хибна – –0,5 бала, опція «не знаю» оцінювалася в 0; таким чином заохочувалося усвідомлення власних меж знань (принцип «не знаєш – не роби»). Успішним проходженням вважався результат від 20 балів ( $\geq 70\%$  правильних відповідей). Практичні навички контролю кровотечі оцінювалися інструкторами за стандартизованим чек-листом (OSCE-підхід) до і після навчання: фіксувалася здатність правильно накласти турнікет або тиснучу пов'язку, виконати тампонування рани, забезпечити профілактику гіпотермії та налагодити базову комунікацію з постраждалим. Критичними вважалися елементи: перевірка безпеки місця події, виявлення масивної кровотечі та зупинка її накладанням турнікета або тампонуванням, відкриття дихальних шляхів; виконання ключових дій протоколу MARCH упродовж  $\leq 5$  хвилин. Для оцінки утримання навичок заплановано фоллоу-ап через 3–5 місяців після тренінгу (короткий повторний тест та моделювання 1 сценарію). В якості процесуальних індикаторів ефективності програми відстежувалися кількість навчених осіб, покриття (кількість громад, охоплених навчанням), забезпеченість учасників індивідуальними аптечками та періодичність оновлювальних навчань.

**Результати дослідження.** У листопаді–грудні 2025 року було проведено 8 виїзних тренінгів для мешканців громад Херсонської області, розташованих на підконтрольній Україні правобережній частині регіону вздовж річки Дніпро, які систематично зазнають щоденних атак дронів і артилерії. В цих громадах доступ бригад ЕМД обмежений з міркувань безпеки, а час до медичної евакуації у складних випадках може сягати 2–5 годин. Це підвищує значущість готовності населення до самостійного надання допомоги у перші критичні хвилини після травми. Загалом у тренінгах взяли участь 80 осіб, із

них 54 жінки (67,5%) та 26 чоловіків (32,5%); середній вік учасників становив  $44,0 \pm 5,6$  року. Раніше проходили навчання з першої допомоги 26 учасників (32,5%). За тиждень до початку тренінгу кожен заарестований учасник отримував матеріали для попереднього ознайомлення, а також посилання на відповідний онлайн-курс Академії НСЗУ «Перший на місці події» [8]. Усі учасники виконали вхідний контроль знань перед початком курсу та вихідний – після його завершення. Рівень теоретичної підготовки оцінювався за тестом із 30 питань, структурованим за розділами MARCH: середній сумарний бал до навчання становив  $16,2 \pm 2,8$ , після навчання –  $25,8 \pm 2,0$  (різниця  $+9,6$ ;  $p < 0,001$ ). Найбільший приріст знань відзначений у блоці M (Massive bleeding): середній бал до навчання  $5,2 \pm 1,6$  із 10 можливих, після –  $9,0 \pm 1,0$  ( $\Delta = +3,8$ ;  $p < 0,001$ ). За компонентом A (Airway, прохідність дихальних шляхів) показник зріс із  $3,2 \pm 1,1$  із 6 до  $5,2 \pm 0,8$  ( $\Delta = +2,0$ ;  $p < 0,001$ ). У компоненті R (Respiration, дихання/ураження грудної клітки) – з  $3,0 \pm 1,2$  із 6 до  $5,2 \pm 0,8$  ( $\Delta = +2,2$ ;  $p < 0,001$ ). Менший, хоча статистично значущий, приріст зафіксовано у блоці C (Circulation/Shock): з  $2,2 \pm 0,9$  із 4 до  $3,4 \pm 0,6$  ( $\Delta = +1,2$ ;  $p < 0,001$ ), а також у блоці H (Hypothermia/Head injury): з  $2,6 \pm 0,8$  із 4 до  $3,6 \pm 0,5$  ( $\Delta = +1,0$ ;  $p < 0,001$ ). Частка учасників, які правильно виконали практичну навичку зупинки критичної кровотечі без помилок, зросла з 22% (до навчання) до 86% (після навчання), що свідчить про суттєве підвищення готовності слухачів діяти в одному з найважливіших аспектів домедичної допомоги. Після завершення курсу проводилося опитування щодо якості тренінгу. На питання «Чи були теми, наведені на заняттях, для вас зрозумілими?» (оцінка доступності матеріалу для немедиків) 64 учасники (80,0%) відповіли «так, повністю», 10 (12,5%) – «скоріше так», тоді як 6 осіб (7,5%) відзначили, що деякі теми виявилися надто складними. У відкритих коментарях серед найважчих тем найчастіше згадували накладання турнікета та окремі елементи маніпуляцій для забезпечення прохідності дихальних шляхів (зокрема правильне закидання голови). На питання «Чи відповідає тренінг потребам вашої громади?» (оцінка релевантності навчання) 77 респондентів (96,2%) обрали відповідь «так, цілком релевантно», ще 3 (3,8%) – «швидше релевантно». Самооцінка готовності надавати першу допомогу після проходження курсу виявилася загалом високою: 54 учасники (67,5%) відзначили, що відчувають себе «повністю готовими», 10 (12,5%) – «скоріше готовими». Водночас 8 респондентів (10,0%) відповіли «скоріше не готові» і 8 (10,0%) – «не готові надавати першу допомогу». Серед причин недостатньої готовності у відкритих відповідях переважали: високий рівень небезпеки на місці події, страх нашкодити постраждалому та психологічна неготовність контактувати з великою кількістю крові. Найкориснішими темами тренінгу учасники назвали: контроль масивної кровотечі – 58 осіб (72,5%); оцінку безпеки місця події – 10 осіб (12,5%); усунення асфіксії (удушення) – 6 осіб (7,5%); допомогу при пораненнях грудної клітки – 3 особи (3,8%);

профілактику гіпотермії – 3 особи (3,8%). У питанні щодо побажань до покращення програми (відповіді надали 77 респондентів) у більшості випадків зазначалося, що тренінг не потребує змін або міститиме позитивні відгуки (45 відповідей, 58,4%). Водночас 19 осіб (24,7%) рекомендували збільшити тривалість навчання, 10 (13,0%) запропонували проводити тренінги на регулярній основі (орієнтовно раз на пів року для закріплення навичок), а 3 респонденти (3,9%) наголосили на потребі ще більшої кількості практичних відпрацювань. На питання про теми/навички, яких не вистачило (відповіли 67 осіб), майже половина (32 відповіді; 47,8%) відзначила, що нічого не бракувало у програмі. Серед додаткових запитів найчастіше згадували навчання серцево-легеневої реанімації (13 відповідей; 19,4%), методи переміщення/евакуації постраждалих (6 відповідей; 9,0%) та першу допомогу при переломах (5 відповідей; 7,5%). Інші окремі теми становили сумарно 16,4% від відповідей.

### Обговорення

Умови прифронтової Херсонщини сформували поєднання негативних факторів для системи охорони здоров'я: (1) високий ризик ураження цивільних короткодістанційними дронами; (2) обмеження пересування і доступу до базових медичних послуг; додатковий тиск через атаки на медичну інфраструктуру, включаючи автомобілі «швидкої» та рятувальників. Ці чинники призводять до розриву традиційного ланцюга порятунку життя й потребують адаптації підходів до надання допомоги. Зокрема, спостерігається підрих концепції «золотої години» на полі бою, що відзначається і в сучасних дослідженнях, присвячених конфлікту в Україні. За таких обставин модель «перші реагувальники в громаді» стає логічним елементом стратегії підвищення стійкості громади. Вона, звісно, не замінює собою ЕМД, але покликана «закрити» критичний часовий проміжок до надання професійної допомоги. Фокус програми на контролі масивної кровотечі повністю відповідає сучасним міжнародним підходам до навчання цивільних осіб (той-таки проєкт Stop the Bleed) та рекомендаціям з першої допомоги, де зупинка загрозливої для життя кровотечі визначена серед головних пріоритетів. Це обґрунтовується і статистично: геморагічний шок залишається провідною причиною потенційно попереджуваних смертей при травмах[9]. У ході реалізації нашої програми ідентифіковано ключові ризики та враховано шляхи їх мінімізації. Перш за все, існує ризик так званої «героїзації» – спонтанних спроб цивільних надавати допомогу під час активного обстрілу або іншої загрози, що може призвести до додаткових жертв. Для зниження цього ризику до структури курсу включено окремий модуль з оцінки безпеки та чітко визначено критерії, коли надання допомоги є неприпустимим або має бути відкладеним. По-друге, можливим ризиком є некоректне відтворення навичок після завершення навчання. З метою стандартизації та підвищення відтворюваності дій ми використовували уніфіковані чек-листи оцінювання, багаторазове відпрацювання ключо-

вих маніпуляцій та пропонували підтримувальні повторні сесії за потреби. По-третє, програма врахувала етичні аспекти: участь у навчанні була добровільною; всі учасники надали інформовану згоду на участь в опитуваннях і тестуваннях; не здійснювалося збирання або зберігання жодних персональних медичних даних. Якщо виникала потреба в поглибленому зборі інформації про інциденти, це проводилося лише за окремою згодою і відповідно до вимог захисту даних. Важливо відзначити, що наші результати узгоджуються із загальносвітовими тенденціями у підготовці населення до дій у надзвичайних ситуаціях. Зокрема, доведено, що належним чином проведене навчання суттєво підвищує впевненість пересічних громадян у собі та їхню готовність надавати допомогу при сильних кровотечах [10]. У нашому дослідженні близько 20% учасників все ще не відчували повної впевненості після тренінгу, переважно через страх та психологічні бар'єри; це вказує на потребу у додаткових заходах, таких як регулярні тренування, психологічна підготовка і підтримка з боку громад. Крім того, було висловлено запит на включення до програми базових навичок реанімації та допомоги при інших невідкладних станах. Це свідчить про потенціал розширення курсу або інтеграції його з іншими освітніми модулями (наприклад, СЛР) у майбутньому.

### Висновки

1. Активні бойові дії на Херсонщині призводять до того, що доступ бригад ЕМД до місця події може бути нестабільним або надто ризикованим. В цих умовах MARCH-орієнтована підготовка цивільного населення з першої домедичної допомоги є практично обґрунтованою стратегією, яка підвищує готовність громади до самостійних дій у перші критичні хвилини травми.
2. Результати впровадження пілотних тренінгів показали суттєве зростання теоретичних знань та практичних навичок у слухачів, особливо щодо зупинки масивної кровотечі – ключового чинника виживання при травмі.
3. Подальший розвиток програми доцільно спрямувати на масштабування та інституціоналізацію на рівні громад. Перспективним є формат «Training of Trainers» із підготовкою місцевих інструкторів і наставництвом, що забезпечить сталість навчання та зменшить залежність від зовнішніх ресурсів.
4. Важливим напрямом є інтеграція підготовки першої допомоги з існуючими маршрутами екстреного реагування – зокрема, узгодження алгоритмів взаємодії підготовлених мешканців із бригадами ЕМД, місцевими службами та диспетчерськими центрами (де це можливо) для підвищення безперервності допомоги від очевидця до професійної медичної команди.
5. Для підтримання довготривалої ефективності рекомендується забезпечувати учасників мінімальними індивідуальними аптечками (IFAK) з короткими стандартними інструкціями-нагадуваннями, адаптованими до умов громади, а також запровадити регулярні повторні тренувальні сесії кожні 2–3 місяці, спрямовані на відпрацювання критичних навичок і актуалізацію алгоритмів з урахуванням змін обстановки.

---

## REFERENCES

1. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; UN Human Rights Monitoring Mission in Ukraine (HRMMU). Deadly drones: Civilians at risk from short-range drones in frontline areas of Ukraine, 24 February 2022 – 30 April 2025. 2025. Available at: <https://ukraine.ohchr.org/en/Deadly-drones-Civilians-at-risk-from-short-range-drones-in-frontline-areas-of-Ukraine-24-February-2022-30-April-2025> (дата звернення: 18.11.2026).
2. WHO Regional Office for Europe. Triple risk of harm for Ukraine’s health transport workers over other health-care staff, WHO data indicates. 2024. Available at: <https://www.who.int/europe/news/item/04-04-2024-triple-risk-of-harm-for-ukraine-s-health-transport-workers-over-other-health-care-staff--who-data-indicates> (дата звернення: 08.12.2026).
3. Ministerstvo okhorony zdorov’ia Ukrainy. Pro zatverdzhennia poryadkiv nadannia domedychnoi dopomohy osbam pry nevidkladnykh stanakh: nakaz vid 09.03.2022 №441. Available at: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-09032022--441-pro-zatverdzhennja-porjadkiv-nadannja-domedichnoi-dopomogi-osobam-pri-nevidkladnih-standah> (дата звернення: 08.01.2026).
4. Schmitt J, Hoffmann C, De Lesquen H, Prat N, Cellarier D, Monchal T, Balandraud P, Meaudre E. Injury survivability and death preventability during recent conflicts in French combat fatalities: a retrospective study. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2025;99(38,1):867–878. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000004653>.
5. Zideman DA, Singletary EM, Borra V. et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: First aid. *Resuscitation*. 2021;161:270–290. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.013>.
6. Akademiia NSZU. Onlain-kurs “Pershyi na mistsi podii” [Electronic resource]. Available at: <https://academy.nszu.gov.ua/course/view.php?id=266> (дата звернення: 08.01.2026).
7. Wild H. Bringing Victim Assistance Closer to the Point of Injury: Reducing Preventable Death and Impairment among Civilian Casualties of Explosive Weapons. *Explosive Weapons Monitor, Fragments*. 2024; 2(1). Available at: <https://explosiveweaponsmonitor.org/fragments/vol/2/issue/1/article/bringing-victim-assistance-closer-to-the-point-of-injury/> (дата звернення: 09.01.2026).
8. Jarrassier A, Boutonnet M, Duranteau J et al. Initial management of haemorrhagic war casualties: tactical priorities and innovative approaches in modern and future warfare. *Critical Care*. 2025;9(1):509.–513. <https://doi.org/10.1186/s13054-025-05752-6>.
9. Spinella PC, Rasmussen TE, Schafer J et al. Zero preventable deaths after traumatic injury: an achievable goal. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2017;82(6):S2–S8. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000001425>.
10. Van Winkle B, DiBrito SR, Amini N et al. A survey of hospitalized trauma patients in hemorrhage control education: are trauma victims willing to Stop the Bleed? *Journal of Surgical Research*. 2021;264:469–473. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2021.03.015>.

Дата першого надходження статті до видання: 16.04.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 11.05.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 30.05.2026