

КОМПЛЕКСНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ ПОРАНЕНЬ У РЯТУВАЛЬНИКІВ ДСНС УКРАЇНИ: ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУП ІЗ РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ТРАВМАТИЗАЦІЇ

COMPREHENSIVE ANALYSIS OF THE PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES OF INJURIES IN RESCUERS OF THE STATE EMERGENCY SERVICE OF UKRAINE: COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF GROUPS WITH DIFFERENT DEGREES OF TRAUMATISATION

У статті представлені результати дослідження психологічних наслідків у рятувальників ДСНС України, які зазнали поранень під час виконання завдань за призначенням в умовах повномасштабної війни. Метою статті є висвітлення особливостей психологічного стану рятувальників, які внаслідок отриманих поранень мають ампутації, і тих, хто їх не має. Наголошено, що зростання кількості поранених серед особового складу зумовлено участю рятувальників у ліквідації наслідків ракетних і дронівих атак із частим потраплянням під повторні обстріли ворога. Підкреслено важливість розрізнення поняття «поранення» як фізичного ушкодження, яке виникає внаслідок механічного впливу зовнішнього чинника й має чітке медичне та юридичне визначення в офіційних документах, від поняття «травма», що є більш ширшим та охоплює як фізичну, так і психічну травматизацію, що спричинені стресовою або небезпечною подією. Проаналізовано нормативно-правову базу України, за якою встановлюється факт отримання поранення під час виконання бойових або службових завдань. Подано результати пілотажного дослідження, проведеного у 2025 році. До вибірки досліджуваних увійшли 44 рятувальники ДСНС України, які зазнали поранень протягом останніх двох років і мають різний ступінь тілесного ушкодження й ампутацію. Така вибірка зумовлена поставленим завданням порівняти рівень прояву посттравматичних симптомів, депресії, якості сну, емоційних станів і психосоматичних проявів. З отриманих результатів встановлено таке: наявність ампутації значно підвищує ризики розвитку симптомів ПТСР, поглиблює тривожно-депресивні емоційні стани, ускладнює адаптацію та знижує якість сну. Водночас у всіх учасників виявлено підвищене психоемоційне напруження незалежно від тяжкості поранення. Таким чином, підтверджено необхідність використання диференційованих підходів до психологічного супроводу поранених рятувальників з урахуванням особливостей і тяжкості ушкодження, специфіки служби в ДСНС. Відзначено актуальність мультидисциплінарного підходу до вибору психологічних заходів відновлення й реабілітації загалом. Отримані результати доцільно використовувати в розробленні ефективних моделей і програм із психологічного відновлення, а надалі сформувати систему цільової підтримки для персоналу ДСНС, який зазнав поранень.

Ключові слова: поранення, психологічне відновлення, психологічна підтримка ряту-

вальників, психологічна травма, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), психосоматика, якість сну, депресія, емоційний стан.

The article presents the results of a study on the psychological consequences among rescuers of the State Emergency Service of Ukraine (SESU) who sustained injuries during the performance of their duties in the context of full-scale war. The purpose of the article is to highlight the psychological condition of SESU rescuers who, as a result of their injuries, underwent amputations and those who did not. The paper emphasizes that the increase in the number of wounded personnel is due to their participation in the aftermath of missile and drone attacks, often under repeated enemy shelling. The importance of differentiating the term "injury" as a physical damage caused by an external mechanical factor (with a clear medical and legal definition and documentation) from the broader concept of "trauma" is underlined. Trauma encompasses both physical and psychological harm caused by a stressful or dangerous event. Ukrainian legal regulations determining the official recognition of combat or service-related injuries are reviewed. The article presents the results of a pilot study conducted in 2025, involving 44 SESU rescuers who sustained injuries within the last two years and have varying degrees of bodily damage and amputation. This sample was formed to compare the severity of post-traumatic symptoms, depression, sleep quality, emotional states, and psychosomatic manifestations. Findings show that the presence of amputations significantly increases the risk of PTSD symptoms, intensifies anxiety-depressive emotional states, complicates adaptation, and reduces sleep quality. At the same time, all participants demonstrated elevated psycho-emotional tension regardless of injury severity. Thus, the necessity of applying differentiated approaches to the psychological support of wounded rescuers based on the type and severity of injury and the specifics of SESU service is confirmed. The study also highlights the relevance of a multidisciplinary approach in planning psychological recovery and rehabilitation. The obtained results can be applied in developing effective psychological recovery programs and establishing a targeted support system for SESU personnel who have sustained injuries.

Key words: injury, psychological recovery, psychological support for rescuers, psychological trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD), psychosomatic disorders, sleep quality, depression, emotional state.

УДК 159.9:614.8(477)
DOI <https://doi.org/10.32782/hbts.75.2.13>
Стаття поширюється на умовах
ліцензії CC BY 4.0

Топчило А.В.

провідний науковий співробітник
навчально-наукової лабораторії
екстремальної та кризової психології
Навчально-науковий інститут
управління та безпеки населення

По території України вже три роки широко-масштабного вторгнення завдаються масовані ракетно-дронові атаки, наслідками яких є надзвичайні ситуації, через що зупиняється промисловість і гинуть люди. Персонал Державної служби України з надзвичайних ситуацій (далі – ДСНС України) одним із перших прибуває на місця ракетно-дронових ударів і здійснює ліквідацію наслідків військової агресії, рятувально-пошукові операції та евакуацію постраждалих. І все це попри повторні цілеспрямовані обстріли, які завдаються безпосередньо по рятувальниках у момент виконання завдань за призначенням. У таких екстремальних умовах зростає кількість випадків поранення особового складу.

Після отримання поранення рятувальники зазнають, окрім фізичних травм і болю, низку глибоких психічних змін, які впливають на їхній емоційний стан, поведінку, соціальну адаптацію, ставлення до себе, до колег і до служби загалом. Поранення, особливо ті, що отримані в екстремальних умовах під час виконання завдань за призначенням, часто супроводжується посттравматичними реакціями: тривожністю, депресивними станами, порушеннями сну, розладами адаптації, розвитком посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР). Ці наслідки можуть мати як короткостроковий, так і тривалий вплив на психічний стан співробітника.

Станом на 1 квітня 2025 року 351 співробітник ДСНС зазнав поранень з початку повномасштабного вторгнення, і ця цифра постійно зростає [11]. На жаль, у вітчизняній науковій літературі питання психологічних наслідків поранення для рятувальників, їх подальшого психологічного відновлення й профілактики повторних кризових станів залишається недостатньо дослідженим, чим і зумовлено актуальність дослідження.

З огляду на це, вивчення психологічних наслідків після поранення в рятувальників ДСНС України має не лише теоретичне, а й практичне значення. Такий аналіз дасть змогу сформувати цілісне уявлення про психологічний портрет постраждалого рятувальника, визначити основні чинники ризику розвитку психічних порушень, а також розробити ефективні алгоритми психологічної підтримки й відновлення.

Дослідження, представлене в статті, спрямовано на виявлення специфіки психотравматичного досвіду в рятувальників, які працюють у зонах підвищеного ризику, й обґрунтування застосування практичних підходів у психологічному супроводі, стабілізації, відновленні й реабілітації поранених співробітників ДСНС України.

Проблема психологічних наслідків, що виникають унаслідок отримання поранень, є предметом закордонних наукових досліджень у галузі медицини та психології.

Так, чітку динаміку розвитку психотравматичних симптомів у віддаленій перспективі висвітлює дослідження S. Southwick (1995), яке охопило

62 ветеранів Національної гвардії США, учасників операції «Буря в пустелі». Протягом двох років спостереження виявлено тенденцію до наростання симптомів ПТСР в досліджуваній вибірці, що свідчило про пролонговану можливість накопичення психологічних наслідків у разі несвоєчасного або недостатнього втручання [4, с. 1150–1155].

A. Greenspan та A. Kellermann (2002) провели низку системних досліджень з метою виявлення негативних психологічних станів у людей, які зазнали вогнепальних поранень. Дослідники визначали рівень психологічного дистресу через 8 місяців після їх виписки з медичного закладу. Результати вказували на те, що більшість госпіталізованих осіб мають довготривале порушення психічного здоров'я, і цей показник суттєво залежить від тяжкості тілесного ушкодження [1, с. 709–716].

У дослідженні, проведеному доктором медичних наук T. Grieger і колегами в період з березня 2003 року до вересня 2004 року, обстежено 613 американських військовослужбовців, які зазнали тяжких бойових поранень. Для оцінювання психічного стану використовували валідизовані інструменти скринінгу: рівень ПТСР визначався за допомогою PTSD Checklist (PCL), а наявність симптомів депресії – за шкалою Patient Health Questionnaire (PHQ). Оцінювання здійснювалося в кілька етапів – через 1, 4 та 7 місяців після травмування. Результати дослідження підтвердили чіткий зв'язок між рівнем фізичної тяжкості отриманого поранення й подальшим розвитком посттравматичних психічних розладів, зокрема ПТСР і депресії [2, с. 1777–1783].

У відповідь на виклики, пов'язані з масштабною війною та зростанням кількості поранених серед військовослужбовців, поліцейських і рятувальників, українські дослідники зосередили свою увагу на поглибленому вивченні психологічних наслідків бойових травм, зокрема в контексті роботи з особами, які зазнали фізичних ушкоджень, ампутацій і супутніх психотравматичних факторів.

Зокрема, у наукових працях Т.В. Карамушки, Л.Ю. Полівко й О.Ю. Вісіч (2023) докладно розглянуто досвід психологічного супроводу військовослужбовців, які перенесли ампутації внаслідок бойових дій. Автори акцентують увагу на тому, що поранення з утратою частини тіла формують не лише фізичну інвалідність, а й глибоку психологічну травму, яка включає синдром «утрати цілісності», психоемоційне спустошення, кризи ідентичності, гнів, сором і страх ізоляції. У роботі також висвітлюються етапи адаптації після ампутації, потреба в стабілізації емоційного стану, важливість роботи з почуттям провини, а також надано рекомендації щодо побудови довіри в терапевтичних взаєминах [10, с. 17–42].

Поглиблений підхід до роботи з пораненими розкривається в науковій роботі О.М. Кокуна, І.О. Пішко, Н.С. Лозінської та ін. (2023), де розглядається надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам і членам їхніх

родин. Одним із центральних аспектів є залучення цивільних психологів до роботи з травмованими учасниками бойових дій з акцентом на розуміння психологічного портрета пораненого – людини, яка переживає біль, страх, утрату автономії, пониження або втрату соціального статусу. Автори наголошують, що негативні психологічні стани поранених часто супроводжуються емоційною нестабільністю, дратівливістю, внутрішнім конфліктом між «я-до травми» та «я-тепер», а також зниженням мотивації до відновлення [5, с. 89–108].

Оскільки обґрунтованість наукового дослідження значною мірою залежить від точності тлумачення базових категорій, у контексті дослідження психологічних наслідків поранень надзвичайно важливим є чітке визначення змісту основних і супутніх понять, зокрема «поранення» і «травма», адже вони хоч і тісно пов'язані, але не є тотожними за психологічною сутністю. Це дає змогу відмежувати фізичне ушкодження (поранення), яке є медико-біологічним фактом, від психологічної травми, що відображає індивідуальну психоемоційну реакцію особи на подію. Саме така термінологічна чіткість дає змогу коректно дослідити глибину психічної травми й моделювати ефективні підходи до подальшої психологічної допомоги.

У дослідженні ми розглядаємо поранення як механічне ушкодження м'яких тканин, шкіри, кісток або внутрішніх органів, спричинене дією зовнішнього травмувального чинника (зокрема зброї, осколків, куль, вибухової хвилі тощо). Термін «травма» є міждисциплінарним і вживається в медицині, психології, психіатрії, але його інтерпретація ширша й менш формалізована юридично.

Слушно відмітити, що у військовому або службовому контексті поранення набуває юридичного статусу лише за умови, якщо воно отримане під час виконання службових завдань за призначенням або бойових завдань, має документальне підтвердження (висновок ВЛК, акт службового розслідування) та є підставою для надання статусу пораненого (особи з інвалідністю внаслідок війни, учасника бойових дій тощо).

У нормативно-правовій базі України, зокрема в наказах Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ України), Міністерства внутрішніх справ України (далі – МВС України), Міністерства оборони України (далі – МО України), поняття «поранення» чітко прив'язане до службових обставин і використовується для призначення виплат і встановлення статусу.

Перший необхідний офіційний документ – це довідка про обставини поранення (додаток 5 до Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних силах України, затверджений Наказом МО України від 14.08.2008 № 402), що містить відомості про обставини поранення та є підставою для надання соціальних гарантій [6]. Він має ключове значення для підтвердження факту отриманого поранення у зв'язку з виконанням

військових обов'язків або службових завдань за призначенням. У ньому зазначаються точні обставини події: час, місце та ситуація, за яких завдано ушкодження. Довідка оформлюється на підставі результатів службового розслідування, яке проводить командир військової частини або керівник відповідного підрозділу.

Після завершення лікування військовослужбовець або співробітник проходить військово-лікарську комісію (далі – ВЛК), яка визначає, чи є поранення наслідком проходження служби, оцінює стан здоров'я, ступінь придатності до подальшої служби, необхідність у додатковому лікуванні, реабілітації чи протезуванні. Висновок ВЛК слугує офіційною підставою для нарахування грошових виплат, отримання соціальних пільг та інших форм державної підтримки.

Необхідною передумовою для отримання грошових виплат під час перебування у відпустці на лікування після поранення є офіційне підтвердження того, що отримане поранення класифікується як «тяжке». Така кваліфікація здійснюється відповідно до класифікатора ступенів тяжкості травм і поранень, затвердженого Наказом МОЗ України від 04.07.2007 № 307 [7].

Аналогічно статус пораненого після службового розслідування встановлюється й у системі ДСНС України, а подальший супровід здійснюється відповідно до Методичних рекомендацій з організації соціального супроводу поранених та родин загиблих, полонених і зниклих безвісти співробітників ДСНС України під час збройної агресії російської федерації проти України до окремого доручення ДСНС від 22.11.2024 № В-1209 [9].

Психологічний супровід персоналу, який зазнав поранень висвітлює Наказ МВС України «Про затвердження Плану здійснення психологічного супроводу військовослужбовців Національної гвардії України, Державної прикордонної служби України, поліцейських та осіб рядового та начальницького складу служби цивільного захисту, членів їх сімей під час дії воєнного стану та професійного відбору психологів (mental tutor)» від 15.01.2024 № 27 [8]. У ньому запроваджена програма професійної психологічної підтримки співробітників сектору безпеки й оборони психологами свого відомства.

На основі аналізу нормативно-правових актів і наукових джерел як вітчизняних, так і закордонних авторів можна стверджувати, що проблема психологічних наслідків поранення ґрунтовно досліджена переважно стосовно військовослужбовців. Натомість психоемоційні особливості поранених рятувальників, які виконують службові завдання в умовах постійної бойової загрози й обстрілів, залишаються недостатньо висвітленими як у науковій літературі, так і в нормативних документах.

У зв'язку з вищезазначеним, метою пілотажного дослідження, яке проводилося з квітня по липень 2025 року, стало визначення психологічних наслід-

ків, які виникають після отримання поранень у персоналу ДСНС України. Вибірку дослідження становили 44 співробітники підрозділів ДСНС України (Дніпропетровської, Запорізької, Миколаївської та Одеської областей), які зазнали поранень протягом останніх двох років під час виконання завдань за призначенням. Респонденти були поділені на дві групи: група N-1 – 22 рятувальники, які внаслідок поранення зазнали ампутації, та N-2 група – 22 рятувальники, які не зазнали ампутації унаслідок поранення.

Таке формування груп досліджуваних пояснюється необхідністю порівняти характер і глибину психоемоційних змін у рятувальників залежно від тяжкості отриманого поранення, зокрема наявності або відсутності ампутації. З огляду на те що ампутація є не лише фізичною втратою, а й глибокою психологічною подією, яка супроводжується кризою ідентичності, утратою відчуття цілісності, тривожністю, почуттям провини й ізоляції, передбачено виокремлення цієї підгрупи з метою глибшого розуміння особливостей їхнього психологічного реагування.

Для дослідження прояву психічних станів використовували такі українськомовні й адаптовані психодіагностичні інструменти: анкету здоров'я пацієнта (PHQ-9) (Patient Health Questionnaire – PHQ-9) R.L. Spitzer, K. Kroenke, J.B. Williams; опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу (ОС ПТСР О.А. Блінова); опитувальник рівня агресивності А. Басса – М. Перрі (Buss-Perry Aggression Questionnaire, BPAQ); пітсбурзький опитувальник якості сну (PSQI) – (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI); анкету для виявлення психосоматичних розладів О.С. Чабан, О.О. Хаустова; шкалу диференціальних емоцій К. Ізарда.

Порівняльний аналіз двох груп респондентів – рятувальників ДСНС України, які зазнали поранень під час виконання службових обов'язків без ампутації, і тих, хто має ампутації, дав змогу виявити як спільні, так і диференційовані психологічні наслідки залежно від характеру отриманого ушкодження.

У представників обох груп фіксувалися типові ознаки психологічного реагування на травматичну подію: підвищена тривожність, фонове напруження, епізоди порушення сну, відчуття виснаження й соматичні прояви стресу. Спільною характеристикою для більшості респондентів стало відчуття вразливості, зниження психоемоційної стабільності й загострення реакцій на повторний вплив тригерів, пов'язаних із травматичною ситуацією.

Для вивчення рівня посттравматичних розладів використано опитувальник ОС ПТСР (О.А. Блінова). У групі, до якої увійшли рятувальники з ампутаціями, результати розподілилися таким чином: 50,01% учасників демонструють усі характерні ознаки ПТСР (виражена симптоматика); 33,29% мають часткові прояви, що дає підстави говорити про високу ймовірність наявності ПТСР; лише 16,67% не виявили клінічно зна-

чущих симптомів ПТСР за цією шкалою. У групі рятувальників без ампутацій розподіл виглядає дещо іншим: 33,87% мали виражену симптоматику ПТСР; у 16,87% зафіксовано ймовірність наявності окремих симптомів; 50,49% не проявляли ознак посттравматичного синдрому. Такий розподіл демонструє, що наявність складного тілесного ушкодження (ампутації) значно підвищує ризик розвитку ПТСР. Це підтверджує тезу, що ступінь фізичної травми є фактором тяжкості психічної реакції.

Для оцінювання стану сну в групах досліджуваних використано методику індексу якості сну Пітсбурзького університету (Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI). Отримані результати вказують на наявність виражених розладів сну в респондентів обох досліджуваних груп, що зумовлено високим рівнем загального психоемоційного напруження та зниженої відновлюваності нервової системи. У групі рятувальників з ампутаціями 66,67% опитаних показали клінічно значущі порушення сну (загальний бал PSQI > 5), що свідчить про наявність труднощів із засинанням, часті пробудження вночі, знижену якість відпочинку, відчуття втоми після пробудження та зменшення загальної тривалості сну. У групі рятувальників без ампутацій аналогічні порушення сну спостерігалися в 41,67% учасників дослідження, що також є суттєвим, але статистично нижчим показником порівняно з групою, яка перенесла ампутації. Порушення сну в обох групах можна розглядати як вторинні симптоми ПТСР, тривожних розладів, підвищеного рівня збудження, а також постійного психологічного напруження.

За результатами методики «Анкета виявлення психосоматичних розладів» О.С. Чабан та О.О. Хаустової визначено, що в групі з ампутаціями 83,23% респондентів відзначено наявність виражених психосоматичних скарг, що свідчить про високе напруження емоційної сфери й недостатню адаптацію до нових життєвих умов. У групі рятувальників без ампутацій лише 8,33% опитаних указали на подібні проблеми, решта респондентів не повідомляли про психосоматичні симптоми клінічного рівня.

За результатами методики «Шкала диференційних емоцій» К. Ізарда, у групі рятувальників, які мають ампутації, у 83,47% випадків виявлено високі показники гострого негативного емоційного реагування й такий самий показник тривожно-депресивних емоцій. Дані свідчать про переважання таких емоцій, як страх, горе, гнів, відраза, провини та сором. Це вказує на наявність тривалого внутрішнього напруження, емоційного спустошення та переживання втрати особистісної цілісності, що супроводжує складне тілесне ушкодження. У групі рятувальників без ампутацій індекс вираженості тривожно-депресивних емоцій спостерігається в 41,67% респондентів, а гострих негативних – у 33,33%. Хоча ці показники є статистично нижчими, вони

також демонструють наявність емоційного дистресу, що потребує відповідної психологічної підтримки.

Додатковий блок дослідження стосувався аналізу агресивних тенденцій, які можуть виникати як захисна або компенсаторна реакція на психотравмувальну ситуацію. Для цього використано опитувальник рівня агресивності А. Басса – М. Перрі. У жодного респондента з обох груп не зафіксовано високого рівня агресивності, що свідчить про адаптивний тип емоційного реагування, а також про відсутність тенденцій до зовнішньої деструкції як форми подолання психотравми. Цей факт особливо важливий для прогнозу соціальної інтеграції поранених рятувальників після стабілізації стану.

За результатами анкети здоров'я пацієнта PHQ-9, у групі рятувальників з ампутаціями 52,38% опитаних показали помірний або високий рівень депресивних симптомів, що включають зниження інтересу до діяльності, відчуття безнадії, труднощі зі сном, пригніченість, зниження енергії. У групі без ампутацій цей показник становив 25,33%, що є суттєво нижчим, однак усе ж вимагає уваги з боку фахівців з психічного здоров'я.

Таким чином, за результатами дослідження визначено, що отримання поранення під час виконання службових обов'язків рятувальниками ДСНС України суттєво впливає на їхній психоемоційний стан, незалежно від ступеня тілесного ушкодження, проте в рятувальників, які зазнали ампутацію, спостерігається значно вищий рівень посттравматичних симптомів, психосоматичних розладів, тривожно-депресивних емоцій і порушень сну, на відміну від рятувальників без ампутацій. Такі результати лише підтверджують необхідність розроблення диференційованих програм психологічного відновлення з урахуванням тяжкості поранення й раннього залучення фахівців з психічного здоров'я з упровадження мультидисциплінарного підходу для відновлення поранених рятувальників.

Доцільним напрямом для подальших досліджень є поглиблене вивчення впливу типу отриманого поранення на психологічний стан, мотивацію до служби та якості реінтеграції в професійне середовище. Окрему увагу варто приділити чинним програмам психологічного відновлення, визначенню ролі командної підтримки, сімейного оточення, а також упровадженню мультидисциплінарних моделей психологічного супроводу з урахуванням особливостей діяльності ДСНС України в умовах війни.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Greenspan A., Kellermann A. Physical and psychological outcomes 8 months after serious gunshot injury. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2002. V. 53. № 4. P. 709–716.
2. Grieger T. et al. Posttraumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. *American journal of psychiatry*. 2006. V. 163. № 10. P. 1777–1783.
3. Ovsyannikova Y., Pokhilko D., Krasnokutskyi M., Kerdyvar V., Kreshchuk K. The Nature of Combat Stress Development During Military Operations and Psychotherapy in Extreme Situations. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2024. № 212 (5). P. 270–277. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001768.
4. Southwick S. et al. Trauma-related symptoms in veterans of Operation Desert Storm: a 2-year follow-up. *The American Journal of Psychiatry*. 1995. V. 152. № 8. P. 1150–1155.
5. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : методичний посібник / О.М. Кокун та інші. Київ : 7БЦ, 2023. 175 с.
6. Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України : Наказ Міністерства оборони України від 14.08.2008 № 402. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1109-08#Text> (дата звернення: 14.07.2025).
7. Про затвердження Класифікатора розподілу травм за ступенем тяжкості : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.07.2007 № 307. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0902-07#Text> (дата звернення: 14.07.2025).
8. Про затвердження Плану здійснення психологічного супроводу військовослужбовців Національної гвардії України, Державної прикордонної служби України, поліцейських та осіб рядового та начальницького складу служби цивільного захисту, членів їх сімей під час дії воєнного стану та професійного відбору психологів (mental tutor) : Наказ МВС України від 15.01.2024 № 27.
9. Методичні рекомендації з організації соціального супроводу поранених та родин загиблих, полонених і зниклих безвісти співробітників ДСНС України під час збройної агресії російської федерації проти України : Окреме доручення ДСНС України від 22.11.2024 № В-1209.
10. Психологічний супровід незламних : методичні рекомендації по роботі з військовослужбовцями, які зазнали ампутації внаслідок бойових дій / Т.В. Карамушка та ін. Київ-Львів : Видавець Вікторія Кундельська, 2023. 60 с.
11. Суспільство. Новини України. URL: <https://topnews.volyn.ua/society/2024/04/15/98318.html> (дата звернення: 14.07.2025).