

**ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ, ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ
ТА ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ**

«ЗАТВЕРДЖЕНО»
на методичній нараді
кафедри сімейної медицини, пропедевтики
внутрішньої медицини та лабораторної діагностики
Завідувач кафедри
_____ професор Ірина ВИСОЧИНА
№ ____ «____» _____ 2026 р.

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ**

Навчальна дисципліна	«Загальна практика – сімейна медицина» Блок 6.4. «Хірургія»
Змістовий модуль	Змістовий модуль 2. «Особливості надання допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини»
Тема заняття	Тема 15. Організація допомоги особам, які постраждали від гендерно зумовленого (ГЗН) та інших видів насильства на первинному рівні медичної допомоги. Виявлення ознак ГЗН в практиці ПМД, перша психологічна допомога постраждалим від ГЗН.
Курс	VI
Факультет	Медичний
Спеціальність	222 «Медицина»
Кількість годин	5
Автори	PhD Т.О. Яшкіна

Методичні рекомендації складено відповідно до освітньо-професійної програми підготовки магістрів за спеціальністю 222 «Медицина».

Дніпро

I. Актуальність

Гендерно зумовлене насильство та інші форми міжособистісного насильства є одночасно проблемою громадського здоров'я, порушенням прав людини та клінічно значущою обставиною, яка може визначати причину травми, перебіг захворювання, можливість виконувати рекомендації та безпеку пацієнта. Для багатьох постраждалих працівник охорони здоров'я є першим фахівцем, до якого вони звертаються, навіть якщо безпосередньо про насильство не повідомляють [1–4].

Первинна медична допомога має особливе значення через доступність, повторні контакти, тривалі взаємини із пацієнтом і сім'єю та можливість координувати медичну, соціальну і правничу допомогу. Водночас завдання сімейного лікаря не полягає у розслідуванні події або примушуванні людини до заяви. Медичний працівник повинен розпізнати клінічні сигнали, забезпечити приватність і безпеку, надати необхідну медичну допомогу, першу лінію підтримки, належно документувати дані та діяти відповідно до обов'язкових вимог законодавства і локального маршруту [2–7].

ВООЗ рекомендує не впроваджувати універсальне опитування всіх жінок про насильство під час кожного медичного контакту. Натомість доцільне клінічно обґрунтоване запитування, коли стан, ушкодження, перебіг хвороби або контекст можуть бути спричинені чи ускладнені насильством, а також коли існують умови для безпечної відповіді та подальшої допомоги [1, 8].

В Україні медична відповідь на домашнє насильство і насильство за ознакою статі є частиною міжсекторальної системи, до якої входять охорона здоров'я, Національна поліція, служби у справах дітей, соціальні служби, спеціалізовані служби підтримки та система безоплатної правничої допомоги. Ключовими є Закон України № 2229-VIII, Закон № 2866-IV, постанова Кабінету Міністрів України № 658 та наказ МОЗ України № 278 [5–7, 9].

Межі теми. Основний акцент зроблено на розпізнаванні насильства у практиці ПМД, першій лінії підтримки, першій психологічній допомозі, оцінці невідкладних потреб, безпеці, документуванні та міжсекторальній маршрутизації. Профілактичне консультування, популяційний скринінг і ведення окремих психічних розладів не розглядаються як самостійні блоки.

II. Навчальні цілі

Сформувати здатність безпечно і юридично коректно організовувати допомогу особі з підозрою на гендерно зумовлене або інше насильство на первинному рівні: розпізнавати клінічні та поведінкові сигнали, проводити делікатне клінічно обґрунтоване опитування, надавати першу лінію підтримки і першу психологічну допомогу, оцінювати невідкладні ризики, документувати факти та координувати подальшу медичну, соціальну і правничу допомогу.

Після завершення самостійної підготовки студент повинен знати:

- визначення насильства за ознакою статі, домашнього насильства, насильства з боку інтимного партнера, сексуального насильства та жорстокого поводження з дитиною;
- чотири форми домашнього насильства: фізичну, сексуальну, психологічну та економічну;
- принципи допомоги, орієнтованої на потреби та безпеку постраждалої особи: повага, недискримінація, приватність, конфіденційність у межах закону, добровільність медичного втручання, мінімізація повторної травматизації;
- позицію ВООЗ щодо універсального опитування та клінічно обґрунтованого виявлення насильства;
- клінічні, анамnestичні та поведінкові сигнали, які можуть бути підставою для делікатного уточнення;
- умови безпечної розмови та базові правила запитування про насильство;
- мнемоніку L.I.V.E.S. і зміст кожного її компонента;
- зміст першої психологічної допомоги та принципи «Дивитися – Слухати – Допомогати встановити зв'язок із підтримкою»;
- базові елементи оцінки негайної небезпеки та планування безпеки;
- роль ПМД у медичній оцінці, лікуванні травм, терміновій маршрутизації після сексуального насильства та подальшому спостереженні;

- вимоги наказу МОЗ № 278 до медичного обстеження, документування, інформування та медичної довідки;
- основні обов'язки й межі конфіденційності при роботі з повнолітньою постраждалою особою та дитиною;
- функції Національної поліції, соціальних служб, служб у справах дітей, притулків, денних центрів, мобільних бригад, центрів допомоги врятованим і системи безоплатної правничої допомоги.

Уміти:

- створити умови для приватної безпечної розмови без присутності ймовірного кривдника;
- визначити, коли клінічна ситуація обґрунтовує запитання про можливе насильство;
- поставити прямі, нейтральні та неосудливі запитання без тиску на розкриття деталей;
- надати першу лінію підтримки за L.I.V.E.S.;
- надати базову першу психологічну допомогу без нав'язування «розбору травми»;
- виявити ознаки невідкладної медичної допомоги та безпосередньої загрози безпеці;
- скласти короткий індивідуальний план безпеки разом із постраждалою особою;
- описати ушкодження і слова пацієнта нейтрально, конкретно та без юридичних висновків;
- визначити, які повідомлення і в які строки є обов'язковими згідно з чинними нормативами;
- побудувати маршрут допомоги з урахуванням медичних, соціальних, правничих і безпекових потреб;
- пояснити пацієнтові межі конфіденційності до передачі інформації іншим суб'єктам, коли це можливо і безпечно;
- організувати безпечний повторний контакт та безперервність допомоги.

III. Компетентності, які забезпечує тема

Загальні компетентності	Спеціальні (фахові) компетентності	Програмні результати навчання
ЗК6. Здатність аналізувати інформацію і приймати обґрунтовані рішення. ЗК8. Здатність до міжпрофесійної взаємодії. ЗК13. Здатність поважати гідність, автономію та права людини. ЗК13. Здатність діяти етично і відповідально.	СК1. Здатність розпізнавати можливе насильство за клінічними ознаками й контекстом. СК8. Здатність надавати першу лінію підтримки та першу психологічну допомогу. СК11. Здатність оцінювати безпеку, надавати медичну допомогу і документувати результати. СК16. Здатність здійснювати міжсекторальну маршрутизацію відповідно до законодавства.	ПРН 4. Виділяти та ідентифікувати провідні клінічні симптоми та синдроми, проводити безпечне клінічне опитування. ПРН 14. Застосовувати L.I.V.E.S. Визначати невідкладні потреби та ризики.

IV. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліна / сектор	Знати	Вміти
Пропедевтика та внутрішня медицина	Принципи клінічного огляду, диференційної діагностики, оцінки травм і соматичних скарг.	Відрізнати медичну оцінку від розслідування; визначати, які симптоми можуть бути наслідком насильства.
Екстрена медицина і хірургічні дисципліни	Ознаки невідкладних станів, травм, кровотечі, черепно-мозкової травми, удушення/странгуляції.	Негайно ескалювати медичну допомогу при загрозі життю або тяжкому ушкодженні.
Акушерство і гінекологія / інфекційні хвороби	Наслідки сексуального насильства; часові межі екстреної контрацепції і післяконтактної профілактики ВІЛ.	Організувати термінову маршрутизацію для втручань, ефективність яких залежить від часу.
Педіатрія	Принципи допомоги дитині, яка постраждала або могла постраждати від насильства.	Застосовувати обов'язкові правила повідомлення і мінімізувати повторне опитування дитини.

Дисципліна / сектор	Знати	Вміти
Медичне право та біоетика	Поінформовану згоду, конфіденційність, обов'язкові повідомлення, права постраждалої особи. Мережу соціальних, спеціалізованих і правових служб.	Пояснювати межі конфіденційності, документувати згоду та діяти в межах компетенції. Передавати людині реалістичні варіанти допомоги і погоджувати безпечну маршрутизацію.

V. Зміст теми

1. Базові поняття: що саме називають гендерно зумовленим та іншим насильством

У клінічній практиці терміни мають використовуватися точно. «Гендерно зумовлене насильство» є ширшим міжнародним поняттям, тоді як у законодавстві України нормативно визначено, зокрема, «насильство за ознакою статі» та «домашнє насильство». Насильство за ознакою статі – це діяння, спрямовані проти особи через її стать або стереотипні уявлення про соціальні ролі, а також діяння, що переважно стосуються осіб певної статі або непропорційно їх зачіпають і спричиняють фізичну, сексуальну, психологічну чи економічну шкоду або страждання, включно з погрозами [6].

Домашнє насильство охоплює фізичне, сексуальне, психологічне або економічне насильство між особами, які перебувають або перебували у сімейних чи близьких відносинах, незалежно від того, чи проживають вони разом. Воно може стосуватися жінок, чоловіків, дітей, людей старшого віку та осіб з інвалідністю [5].

Насильство з боку інтимного партнера – клінічний термін ВООЗ, що охоплює поведінку нинішнього або колишнього партнера, яка спричиняє фізичну, сексуальну чи психологічну шкоду, зокрема фізичну агресію, сексуальний примус, психологічне насильство та контролюючу поведінку [1–3]. Це поняття не повністю збігається з юридичною кваліфікацією конкретної події.

Сексуальне насильство – будь-які насильницькі дії сексуального характеру. У контексті домашнього насильства український закон включає дії сексуального характеру стосовно повнолітньої особи без її згоди, а щодо дитини – незалежно від її згоди, а також дії сексуального характеру у присутності дитини [5].

Жорстоке поводження з дитиною законодавство визначає широко: фізичне, психологічне, сексуальне або економічне насильство, домашнє насильство, насильство за ознакою статі, булінг, мобінг та інші форми експлуатації чи незаконних угод щодо дитини [10, 11]. У роботі з дитиною пріоритетом є її безпека, мінімізація повторної травматизації та обов'язкове залучення визначених законом суб'єктів.

Інші форми міжособистісного насильства, з якими може зустрітися сімейний лікар, включають насильство щодо людей старшого віку, осіб з інвалідністю, переслідування, сексуальні домагання, примус і контроль, насильство поза сімейними відносинами та насильство, пов'язане зі збройним конфліктом. Для клініциста першим завданням є не юридична кваліфікація, а безпечна медична відповідь і правильна маршрутизація.

2. Роль первинної медичної допомоги

Сімейний лікар часто бачить не «насильство» як готовий діагноз, а його можливі наслідки: травму, хронічний біль, повторні неспецифічні скарги, порушення сну, репродуктивні або сексуальні проблеми, часті звернення, затримку звернення після травми, суперечливу історію події, надмірно контролюючу поведінку супроводжуючої особи або очевидний страх пацієнта. Жодна окрема ознака не доводить насильства. Вона лише може створити підставу для делікатного клінічного уточнення [1, 2, 8].

АЛГОРИТМ ДІЙ ПРИ ПІДОЗРІ НА НАСИЛЬСТВО НА ПМД

Від виявлення сигналів до безпечного супроводу



Допомога має бути орієнтована на потреби постраждалої особи. Це означає поважати її гідність і рішення, не звинувачувати, не вимагати негайного розриву стосунків, не ставити безпеку під загрозу необережним контактом із кривдником, не передавати зайві відомості іншим людям і не перетворювати медичну консультацію на допит. Виняток становлять ситуації, коли закон прямо встановлює обов'язок повідомлення або необхідне невідкладне втручання для порятунку життя [1–7].

3. Виявлення як клінічно обґрунтоване запитування

ВООЗ не рекомендує універсальне або рутинне опитування всіх жінок про насильство під час кожного медичного контакту, оскільки виявлення саме по собі не довело покращення результатів

здоров'я і може бути небезпечним за відсутності приватності, підготовленого персоналу та маршруту допомоги. Натомість медичний працівник має запитувати про насильство, коли оцінює стани, що можуть бути ним спричинені або ускладнені [1, 8].

Сигнал / ситуація	Що має насторожити	Дія лікаря
Травми	Повторні травми, ушкодження різної давності, невідповідність між механізмом і характером ушкодження, затримка звернення.	Забезпечити приватність; спочатку лікувати небезпечні стани; делікатно уточнити контекст травми.
Повторні неспецифічні скарги	Хронічний біль, головний біль, гастроінтестинальні симптоми, часті відвідування без достатнього пояснення.	Не приписувати симптоми насильству автоматично; за наявності інших сигналів поставити пряме нейтральне запитання.
Репродуктивне / сексуальне здоров'я	Небажана вагітність, повторні ПІСШ, біль, травма статевих органів, примус щодо контрацепції або сексуальних контактів.	Оцінити терміновість; запитати про примус/насильство в приватній обстановці; забезпечити термінову маршрутизацію після сексуального насильства.
Поведінка супроводжуючої особи	Не дає пацієнтові відповідати, контролює документи/телефон, наполягає на присутності, демонструє погрози або приниження.	Знайти клінічно нейтральний спосіб поговорити з пацієнтом наодинці. Не ставити запитань про насильство при можливому кривдникові.
Слова / поведінка пацієнта	Страх, уникнення відповіді в присутності партнера, прохання не телефонувати додому, повідомлення про контроль, погрози або примус.	Пояснити конфіденційність і її межі; запитати про безпеку; запропонувати підтримку без тиску.

Перед запитуванням необхідно переконатися, що розмова відбувається без ймовірного кривдника, дітей старшого віку, знайомих або випадкових перекладачів. Якщо потрібен переклад, слід за можливості користуватися професійним перекладачем, а не членом сім'ї. Питання про насильство не ставлять у присутності партнера, який може бути кривдником.

Приклади доречних формулювань: «Іноді такі травми виникають, коли людину штовхають, б'ють або утримують силою. Чи траплялося з Вами щось подібне?»; «Чи є вдома або у стосунках хтось, кого Ви боїтеся?»; «Чи змушував хтось Вас до сексуальних дій, яких Ви не хотіли?». Після запитання важливо дати час на відповідь. Відмова говорити не повинна погіршувати ставлення до пацієнта.

Не слід запитувати «Чому Ви не пішли?», «Чому дозволили це?», «Чому не звернулися раніше?». Такі формулювання перекладають відповідальність на постраждалу особу. Не слід також вимагати детального опису кожного епізоду, якщо це не потрібно для медичного рішення або документування.

4. Перша лінія підтримки за мнемонікою

ВООЗ використовує мнемоніку L.I.V.E.S. як практичну модель першої лінії підтримки. Це не психотерапія і не юридичне розслідування. Її мета – допомогти людині відчути, що її почули, визначити актуальні потреби, підвищити безпеку та з'єднати з доступною підтримкою [2–4].

L – Listen – слухати. Уважно вислухати з емпатією, без оцінювання і без тиску на подробиці. Не перебивати, не демонструвати недовіри, не вимагати «доказів».

I – Inquire about needs and concerns – запитати про потреби і занепокоєння. З'ясувати, що для людини зараз найважливіше: медична допомога, безпека дітей, місце ночівлі, зв'язок із близькою людиною, правничі інформація, документування травм.

V – Validate – підтвердити значущість пережитого. Показати, що повідомлене сприйнято серйозно: насильство неприйнятне, відповідальність лежить на кривднику, реакції людини зрозумілі в контексті пережитого. Не давати неправдивих обіцянок.

E – Enhance safety – підвищити безпеку. Оцінити негайну небезпеку і разом визначити конкретні кроки, які реально можуть зменшити ризик після консультації.

S – Support – підтримати зв'язок із допомогою. Запропонувати доступні медичні, соціальні, правничі та безпекові ресурси, зберігаючи право людини на вибір там, де закон не встановлює іншого.



Ключова помилка – намагатися «вирішити життя» людини за одну консультацію. Підтримка може бути корисною навіть тоді, коли постраждала особа сьогодні не готова звертатися до поліції, залишати житло або користуватися притулком. Водночас медичний працівник повинен виконати обов'язкові дії, встановлені законом, і чесно пояснити межі конфіденційності.

5. Перша психологічна допомога постраждалій особі

Перша психологічна допомога – це гуманна, підтримувальна і практична допомога людині після надзвичайно стресової події. Вона не потребує встановлення психіатричного діагнозу і не є «психологічним дебрифінгом», детальним відтворенням травматичної події або примушуванням говорити про пережите [12, 13].

У практиці можна використовувати три дії, описані у настанові BOO3: Look – «Дивитися», Listen – «Слухати», Link – «Допомагати встановити зв'язок із підтримкою». «Дивитися» означає оцінити безпеку, невідкладні потреби і людей із тяжким дистресом; «Слухати» – підійти з повагою,

запитати про потреби й дати можливість говорити без тиску; «Допомагати встановити зв'язок» – сприяти задоволенню базових потреб, отриманню достовірної інформації, соціальної підтримки і необхідних служб [12].



Що робити: представитися, забезпечити максимально спокійне і приватне місце, запропонувати воду або фізичний комфорт, говорити короткими зрозумілими реченнями, запитати, чого людина потребує зараз, допомогти зв'язатися з обраною безпечною особою, надати конкретну інформацію про наступні кроки. Якщо людина мовчить, не потрібно заповнювати паузу запитаннями.

Чого не робити: не змушувати розповідати деталі, не вимагати емоційної реакції, не обіцяти повної конфіденційності, якщо існує законний обов'язок повідомлення, не давати категоричних порад «негайно піти», не критикувати рішення постраждалої особи, не проводити «розбір травми», не використовувати заспокійливі твердження на кшталт «усе буде добре», якщо це невідомо.

Якщо у людини є ознаки безпосередньої загрози життю, тяжкого ушкодження, порушення свідомості, гострого отруєння, вираженої дезорієнтації або поведінки, що створює негайний ризик для себе чи інших, пріоритетом є відповідна невідкладна медична допомога.

6. Оцінка безпеки і короткий план безпеки

Оцінка безпеки проводиться не для прогнозування майбутнього з абсолютною точністю, а щоб визначити, чи може людина безпечно залишити заклад і які дії потрібні зараз. Запитання мають бути конкретними: чи є небезпека повернення додому сьогодні; чи були останнім часом погрози вбивством або тяжким ушкодженням; чи посилюється насильство; чи було удушення/странгуляція; чи має кривдник доступ до зброї; чи переслідує або контролює пересування; чи є небезпека для дітей або інших залежних осіб; чи знає кривдник, де перебуває пацієнт [2, 3].

Особливу увагу слід приділяти повідомленню про удушення/странгуляцію. Навіть за відсутності виражених зовнішніх слідів можливі небезпечні ушкодження дихальних шляхів, судин і нервової системи. За відповідними симптомами необхідна термінова спеціалізована оцінка.

План безпеки складають разом із людиною. Він може включати безпечне місце на найближчу ніч, спосіб зв'язку з поліцією або довіреною особою, можливість швидко залишити небезпечне місце, зберігання документів і необхідних ліків, безпечний транспорт, домовлений сигнал із близькими, безпечний спосіб подальшого контакту з медичним закладом. Не слід записувати або надсилати план способом, який може бути доступний кривднику.

7. Медична оцінка і допомога на рівні ПМД

Медична оцінка починається зі звичайного клінічного пріоритету: загроза життю, тяжкість травм, потреба в екстреній або спеціалізованій допомозі. Якщо постраждала особа не потребує екстреної чи спеціалізованої допомоги, наказ МОЗ № 278 передбачає надання необхідної медичної допомоги на рівні ПМД [7].

Огляд має бути клінічно необхідним і проводитися за поінформованою згодою. У наказі № 278 передбачена добровільна інформована письмова згода постраждалої особи або законного представника, якщо він не є кривдником; виняток – пряма загроза життю, коли згоду об'єктивно неможливо отримати [7]. Під час огляду треба пояснювати кожну дію, дозволяти людині зупинити неургентну частину обстеження та мінімізувати повторні огляди.

Після сексуального насильства важливо не втратити час для втручання, ефективність яких залежить від строку. ВООЗ рекомендує починати післяконтактну профілактику ВІЛ якомога раніше, оптимально протягом 24 годин і не пізніше 72 годин після потенційного контакту; екстрена контрацепція може бути використана до 120 годин, чим раніше – тим ефективніше [14, 15]. Також оцінюють потребу у профілактиці/лікуванні інфекцій, вакцинації та іншій допомозі відповідно до чинних клінічних настанов. Якщо потрібні послуги недоступні у конкретному закладі ПМД, маршрутизація має бути терміновою і конкретною, а не загальною порадою «звернутися кудись».

Медичний огляд у ПМД не замінює судово-медичну експертизу. Завдання лікаря – лікувати, фіксувати клінічні дані та зберігати нейтральність опису. Не слід проводити додаткові інвазивні маніпуляції лише з метою «зібрати докази», якщо це не передбачено компетенцією, протоколом і належними умовами.

8. Документування: медичний запис як клінічний і правовий документ

Документування має бути своєчасним, точним і об'єктивним. У записі слід зазначати дату і час звернення, хто був присутній, скарги, клінічно значущий анамнез, точний опис ушкоджень, результати огляду, надану допомогу, направлення, інформацію про безпеку, виконані обов'язкові повідомлення та погоджений спосіб подальшого контакту. Важливі слова пацієнта доцільно наводити дослівно в лапках, особливо щодо механізму травми, погроз або примусу.

Слід уникати оцінок «бреше», «істерична», «сама спровокувала», «точно побив чоловік», якщо це не встановлений факт. Краще: «пацієнтка повідомляє, що...», «на правому передпліччі синець овальної форми...», «супроводжуюча особа відповідала замість пацієнтки; після розмови наодинці пацієнтка повідомила...». Лікар описує факти, а не встановлює юридичну винуватість.

Наказ МОЗ № 278 передбачає спеціальний порядок медичного обстеження і документування постраждалих або ймовірно постраждалих від домашнього насильства та насильства за ознакою статі, ведення журналу реєстрації відповідних фактів і медичну довідку встановленої форми [7]. Локальний порядок закладу має забезпечувати захищене зберігання даних і доступ лише уповноважених осіб.

9. Конфіденційність, згода та обов'язкове повідомлення

Конфіденційність є базовою умовою безпечного розкриття насильства, але вона не є абсолютною. До початку детального опитування доцільно коротко пояснити: інформація залишається конфіденційною в межах закону, однак у деяких ситуаціях заклад зобов'язаний повідомити визначені органи. Це особливо важливо для дітей та випадків, що підпадають під спеціальні нормативні порядки [1, 5, 7, 10, 11].

Для випадків домашнього насильства або ймовірного домашнього насильства наказ МОЗ № 278 покладає на заклад охорони здоров'я обов'язок не пізніше однієї доби інформувати уповноважений підрозділ Національної поліції; у випадках щодо дитини також інформується

служба у справах дітей відповідно до встановленого порядку [7]. Для інших видів насильства необхідно визначати правову підставу повідомлення окремо, а не механічно застосовувати порядок домашнього насильства до будь-якої ситуації.

У 2025 році набрав чинності Порядок реагування на випадки насильства та жорстокого поводження з дітьми, затверджений постановою Кабінету Міністрів України № 1513. Він встановлює обов'язки закладів, що працюють із дітьми, щодо невідкладного реагування та повідомлення відповідних суб'єктів [11]. Медичний працівник не повинен обіцяти дитині «нікому не скажу»; правильніше пояснити, кому і навіщо інформацію доведеться передати для її захисту.

10. Міжсекторальна маршрутизація: медична допомога не закінчується направленням

Постраждала особа може одночасно потребувати лікування, безпечного житла, соціального супроводу, захисту поліції, допомоги щодо дітей, правничої консультації та відновлення документів. Тому якісна маршрутизація – це не перелік телефонів, а узгодження конкретного наступного кроку: куди звернутися, коли, як дістатися, чи безпечно телефонувати, які документи потрібні та що робити, якщо сервіс недоступний.

Сектор / служба	Основна роль	Коли особливо потрібні
Національна поліція	Негайне реагування на загрозу, прийняття заяв/повідомлень, застосування передбачених законом заходів безпеки.	Безпосередня небезпека, злочин, домашнє насильство, обов'язкове повідомлення закладу.
Соціальні служби та спеціалізовані сервіси	Оцінка соціальних потреб, мобільні бригади, денні центри, притулки, спеціалізоване консультування, центри допомоги врятованим.	Потреба у безпечному проживанні, соціальному супроводі, відновленні ресурсів, тривалій підтримці.
Служба у справах дітей	Захист прав і безпеки дитини, міжвідомча оцінка та реагування.	Дитина постраждала, могла постраждати, була свідком або перебуває під загрозою.
Безоплатна правнича допомога	Правові консультації, представництво, процесуальні документи для осіб, які мають право на таку допомогу.	Потреба в обмежувальному приписі, захисті прав, зверненні до суду чи інших органів.
Спеціалізована медична допомога	Травматологія, хірургія, акушерство/гінекологія, інфекційні хвороби, судово-медична експертиза та інші профілі.	Тяжкі травми, сексуальне насильство, часово чутливі втручання, потреба у спеціалізованому огляді.

Закон України «Про соціальні послуги» визначає загальні засади системи соціальних послуг [16]. Для постраждалих від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі діють, зокрема, мобільні бригади соціально-психологічної допомоги, притулки, денні центри і спеціалізовані служби первинного соціально-психологічного консультування; окремо розвиваються центри допомоги врятованим [17–20]. Особи, які постраждали від домашнього насильства або насильства за ознакою статі, належать до категорій, що мають право на безоплатну вторинну правничу допомогу відповідно до законодавства [21].

11. Особливі ситуації у практиці сімейного лікаря

Дитина. Не проводити багаторазове детальне опитування, особливо про сексуальне насильство. Зібрати лише інформацію, необхідну для безпеки та медичної допомоги, пояснити межі конфіденційності, залучити не-кривдника з числа законних представників, якщо це безпечно, і виконати обов'язкове повідомлення. ВООЗ рекомендує дитинозорієнтовану, гендерно чутливу допомогу з мінімізацією додаткової травматизації [22].

Людина з інвалідністю або залежністю від догляду. Кривдник може одночасно бути доглядальником, контролювати гроші, ліки, засоби пересування, комунікацію або доступ до

медичної допомоги. Розмова має відбуватися без супроводжуючої особи, якщо це можливо і не погіршує безпеку; необхідно забезпечити доступну комунікацію і не сприймати залежність від догляду як згоду на контроль.

Людина старшого віку. Насильство може проявлятися не тільки травмами, а й недоглядом, позбавленням ліків, харчування або коштів, примусовим підписанням документів, ізоляцією. Когнітивне порушення не скасовує обов'язку оцінити безпеку та здатність людини висловити власну волю.

Сексуальне насильство, пов'язане зі збройним конфліктом. Підхід залишається орієнтованим на постраждалу особу: безпека, медична допомога, L.I.V.E.S., документування в межах компетенції, поінформована маршрутизація. Не слід вимагати звернення до правоохоронних органів як передумову медичної допомоги. Для медичного працівника принциповими є своєчасні клінічні втручання та збереження автономії постраждалої особи в межах закону [23].

12. Комунікаційна безпека: коли навіть добрий намір може нашкодити

Не залишайте голосових повідомлень, SMS або електронних листів із прямим згадуванням насильства, якщо не погоджено безпечний канал. Не телефонуйте на спільний сімейний номер без згоди. Не передавайте інформаційні буклети, якщо їх знаходження може збільшити ризик. У медичній карті використовуйте професійну, нейтральну мову та враховуйте правила доступу до записів.

Не конфронтуйте ймовірного кривдника під час консультації. Це може збільшити небезпеку після виходу із закладу. Якщо супроводжуюча особа наполягає на присутності, можна використати звичайне правило закладу: частину огляду проводити з кожним дорослим пацієнтом наодинці.

Не використовуйте дітей як перекладачів. Якщо професійний перекладач недоступний, необхідно оцінити ризики та знайти найбезпечніший доступний варіант, уникаючи осіб, пов'язаних із потенційним кривдником.

13. Типові помилки

- Автоматично «скринінгувати» всіх пацієнток без приватності, підготовленого персоналу і маршруту допомоги.
- Ставити питання про насильство у присутності партнера, родича або випадкового перекладача.
- Вимагати детальної розповіді, хоча вона не потрібна для медичної допомоги.
- Сумніватися у повідомленні лише через відсутність зовнішніх травм.
- Давати директиву «негайно йдіть від нього/неї», не оцінюючи ризик ескалації.
- Обіцяти абсолютну конфіденційність, не враховуючи обов'язкові повідомлення.
- Плутати медичне документування із судово-медичною експертизою.
- Записувати юридичні висновки або звинувачувальні оцінки замість об'єктивних фактів.
- Зводити допомогу лише до лікування травми і не оцінювати подальшу безпеку.
- Видавати перелік телефонів без перевірки, чи реально і безпечно людина може скористатися послугою.
- Проводити «психологічний дебрифінг» або змушувати людину знову переживати подію під виглядом першої психологічної допомоги.
- Повторно опитувати дитину про деталі події різними працівниками без клінічної необхідності.

14. Інтегрований алгоритм дій на ПМД



Коротка самоперевірка після консультації: 1) чи була людина оглянута наодинці; 2) чи пояснені межі конфіденційності; 3) чи надано підтримку без осуду; 4) чи оцінено негайну небезпеку; 5) чи не пропущено часово чутливе медичне втручання; 6) чи записані факти нейтрально; 7) чи виконані обов'язкові повідомлення; 8) чи має людина реальний наступний крок і безпечний спосіб повторного контакту.

VI. Алгоритм самостійної підготовки до заняття

- Опрацювати визначення насильства за ознакою статі та домашнього насильства у Законах України № 2866-IV і № 2229-VIII; вміти пояснити, чому ці поняття не є повними синонімами.
- Опрацювати позицію ВООЗ щодо виявлення насильства: відмінність між універсальним опитуванням і клінічно обґрунтованим запитуванням.
- Знати п'ять компонентів L.I.V.E.S. та вміти пояснити та застосовувати на практиці кожен зі складових.
- Опрацювати принципи першої психологічної допомоги ВООЗ: «Дивитися – Слухати – Допомогати встановити зв'язок із підтримкою».
- Повторити ознаки невідкладних станів після фізичного насильства, включно з можливими наслідками удушення/странгуляції.
- Знати часові межі: післяконтактна профілактика ВІЛ – якнайшвидше, не пізніше 72 годин; екстрена контрацепція – до 120 годин після сексуального контакту.
- Опрацювати наказ МОЗ № 278: медичне обстеження, згода, документування, журнал, медична довідка та інформування поліції/служби у справах дітей.
- Опрацювати постанову КМУ № 658 як основу міжсекторальної взаємодії.

9. Для дитячих випадків опрацювати Закон «Про охорону дитинства» та постанову КМУ № 1513 від 19.11.2025.
10. Скласти власну коротку карту локальних ресурсів: поліція, служба у справах дітей, соціальні служби, мобільна бригада, денний центр/притулок, центр допомоги врятованим, безоплатна правнича допомога, заклади для термінової допомоги після сексуального насильства.
11. Відпрацювати 5–7 нейтральних фраз для запитування про насильство і 5 фраз підтримки без осуду.
12. Перевірити себе за теоретичними питаннями і переліком практичних навичок нижче.

VII. Основні теоретичні питання теми

1. Що означає «насильство за ознакою статі» за законодавством України?
2. Чим гендерно зумовлене насильство як ширше поняття відрізняється від домашнього насильства?
3. Які чотири форми домашнього насильства виділяє українське законодавство?
4. Що означає насильство з боку інтимного партнера у клінічному контексті?
5. Чому відсутність видимих травм не виключає насильства?
6. Чому ВООЗ не рекомендує універсальне опитування всіх жінок про насильство в кожному медичному контакті?
7. Коли клінічно обґрунтовано запитати про можливе насильство?
8. Які умови мають бути забезпечені до такого запитування?
9. Які формулювання запитань є нейтральними і неосудливими?
10. Чому не слід запитувати «Чому Ви не пішли?»?
11. Що означають п'ять компонентів L.I.V.E.S.?
12. Чим перша лінія підтримки відрізняється від психотерапії та розслідування?
13. Що таке перша психологічна допомога за ВООЗ?
14. Які дії відповідають принципам Look – Listen – Link («Дивитися – Слухати – Допомогати встановити зв'язок із підтримкою»)?
15. Чого не слід робити під час першої психологічної допомоги?
16. Які запитання допомагають оцінити негайну небезпеку?
17. Які елементи може включати короткий план безпеки?
18. Чому удушення/странгуляція потребує особливої клінічної настороженості?
19. Які часово чутливі втручання слід враховувати після сексуального насильства?
20. Які вимоги до поінформованої згоди встановлює наказ МОЗ № 278?
21. Які принципи якісного документування ушкоджень і повідомлення пацієнта?
22. Чому медичний запис не є судово-медичною експертизою?
23. Коли конфіденційність має законодавчо встановлені межі?
24. Які повідомлення зобов'язаний зробити заклад охорони здоров'я при домашньому насильстві відповідно до наказу № 278?
25. Які особливості реагування на випадок насильства щодо дитини?
26. Які функції виконують поліція, соціальні служби, служба у справах дітей і система безоплатної правничої допомоги?
27. Що відрізняє якісну маршрутизацію від простого надання списку телефонів?
28. Які ризики створює небезпечний телефонний або електронний контакт із постраждалою особою?
29. Чому не можна конфронтувати ймовірного кривдника під час медичної консультації?
30. Які дії забезпечують безперервність допомоги після першого звернення?

VIII. Перелік практичних навичок до заняття

1. Організувати приватну розмову з пацієнтом, якого супроводжує потенційно контролююча особа.
2. За коротким описом звернення визначити, чи є підстава для клінічно обґрунтованого запитування про насильство.

3. Сформулювати три прямі неосудливі запитання про фізичне, психологічне і сексуальне насильство.
4. Пояснити пацієнтові конфіденційність та її межі простою українською мовою.
5. Надати першу лінію підтримки за L.I.V.E.S. у навчальній ситуації.
6. Надати першу психологічну допомогу без примусу до детальної розповіді.
7. Провести коротку оцінку негайної безпеки і визначити, чи може людина безпечно залишити заклад.
8. Скласти разом із постраждалою особою мінімальний план безпеки.
9. Визначити, чи потрібна термінова спеціалізована допомога після сексуального насильства з урахуванням часових меж.
10. Описати ушкодження нейтральною клінічною мовою та окремо зафіксувати слова пацієнта.
11. Визначити, які повідомлення є обов'язковими у сценарії з дорослою особою і в сценарії з дитиною.
12. Побудувати міжсекторальний маршрут: медична допомога → безпека → соціальна підтримка → правнича допомога → повторний контакт.

IX. Рекомендована література та доказові / нормативні джерела

1. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: WHO; 2013. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548595>
2. World Health Organization. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook. Geneva: WHO; 2014. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.26>
3. World Health Organization. Caring for women subjected to violence: a WHO curriculum for training health-care providers, revised edition. 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039803>
4. World Health Organization. Clinical management of rape and intimate partner violence in emergencies: a training curriculum for health workers. 2025. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240100213>
5. Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» від 07.12.2017 № 2229-VIII, чинна редакція. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-19>
6. Закон України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» від 08.09.2005 № 2866-IV, чинна редакція. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2866-15>
7. Наказ МОЗ України від 01.02.2019 № 278 «Про затвердження Порядку проведення та документування результатів медичного обстеження постраждалих осіб від домашнього насильства або осіб, які ймовірно постраждали від домашнього насильства, та надання їм медичної допомоги». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0262-19>
8. WHO. Evidence and recommendations: identification of intimate partner violence. In: Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK174251/>
9. Постанова Кабінету Міністрів України від 22.08.2018 № 658 «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів, що здійснюють заходи у сфері запобігання та протидії домашньому насильству і насильству за ознакою статі». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/658-2018-%D0%BF>
10. Закон України «Про охорону дитинства» від 26.04.2001 № 2402-III, чинна редакція. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2402-14>
11. Постанова Кабінету Міністрів України від 19.11.2025 № 1513 «Про затвердження Порядку реагування на випадки насильства та жорстокого поводження з дітьми». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1513-2025-%D0%BF>
12. World Health Organization, War Trauma Foundation, World Vision International. Psychological first aid: Guide for field workers. 2011. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205>

13. World Health Organization. Psychological first aid: facilitator's manual for orienting field workers. 2014. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548618>
14. World Health Organization. Guidelines for HIV post-exposure prophylaxis. 2024. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240095137>
15. World Health Organization. Emergency contraception. Fact sheet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
16. Закон України «Про соціальні послуги» від 17.01.2019 № 2671-VIII, чинна редакція. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19>
17. Постанова Кабінету Міністрів України від 22.08.2018 № 654 «Про затвердження Типового положення про мобільну бригаду соціально-психологічної допомоги особам, які постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі».
18. Постанова Кабінету Міністрів України від 22.08.2018 № 655 «Про затвердження Типового положення про притулок для осіб, які постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі», чинна редакція.
19. Постанова Кабінету Міністрів України від 21.08.2019 № 824 «Про затвердження типових положень про денний центр соціально-психологічної допомоги ... та спеціалізовану службу первинного соціально-психологічного консультування ...», чинна редакція.
20. Постанова Кабінету Міністрів України від 19.11.2024 № 1321 «Про затвердження Примірного положення про центр допомоги врятованим».
21. Закон України «Про безоплатну правничу допомогу» від 02.06.2011 № 3460-VI, чинна редакція; ст. 14. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3460-17>
22. World Health Organization. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. 2017. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550147>
23. World Health Organization. Strengthening health sector response to gender-based violence in humanitarian emergencies. <https://www.who.int/activities/strengthening-health-sector-response-to-gender-based-violence-in-humanitarian-emergencies>
24. Рада Європи. Конвенція про запобігання насильству стосовно жінок і домашньому насильству та боротьбу із цими явищами (Стамбульська конвенція); Закон України про ратифікацію від 20.06.2022 № 2319-IX. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_001-11
25. World Health Organization. Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a manual for health managers. 2017. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513005>