

DOI: 10.31793/2413-5461.2026.15-1.61

М.М. Вірна, О.В. Заремба-Федчишин,
О.В. Заремба

ДНП «Львівський національний
медичний університет
імені Данила Галицького»

УДК: 614.253.8:616-058.8:364.28

РОЛЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ У ВИЯВЛЕННІ ТА НАДАННІ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВІД ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА

Резюме. Насильство є глобальною проблемою громадського здоров'я та серйозним психосоціальним стресовим чинником для постраждалих, їхніх родин і громад. Медичні працівники первинної ланки відіграють ключову роль у ранньому виявленні ознак насильства та наданні першої допомоги, включно з оцінкою фізичного й психічного стану, стабілізацією здоров'я, тестуванням на інфекції, профілактикою та координацією соціально-правових ресурсів. Методика LIVES (Listen, Inquire, Validate, Enhancing, Support) дозволяє системно організувати комунікацію з постражданою особою, забезпечити психологічну підтримку та планування подальших кроків, включно з гарантуванням безпеки й створенням довірливого середовища. Комплексний підхід, що базується на принципах добровільної згоди, поваги, безпеки та конфіденційності, дозволяє мінімізувати наслідки травми, підвищити ефективність допомоги й сприяти відновленню фізичного, психічного та соціального здоров'я постраждалих.

Ключові слова: домашнє насильство, первинна медична допомога, LIVES, психосоціальна підтримка, маршрут пацієнта, медична допомога.

Насильство та жорстоке поводження є серйозними психосоціальними стресовими чинниками, що мають значний вплив на фізичне, психічне й соціальне здоров'я постраждалих, їхніх родин і громад. Гендерне насильство, зокрема, визнане глобальною проблемою громадського здоров'я та прав людини: за даними ВООЗ, понад третина жінок у світі зазнає фізичного або сексуального насильства протягом життя. При цьому постраждати можуть не лише жінки, а й чоловіки, діти та інші вразливі групи, а насильство в сімейному чи соціальному оточенні часто супроводжується порушенням прав і безпеки осіб.

Медичні працівники первинної ланки відіграють ключову роль у виявленні ознак насильства та наданні першої допомоги. Їхні знання й практичні навички щодо ефективної комунікації, прояву емпатії та оцінки потреб постраждалих часто визначають успішність початкового етапу підтримки. Лікар не лише забезпечує медичну допомогу, але й може ініціювати процес комплексного відновлення, який включає психологічну підтримку, координацію із соціальними та правовими службами, а також створення безпечного середовища для постражданої особи.

Емоційні реакції постраждалих можуть варіювати від страху, сорому та провини до тривоги, депресії й стресу, а в деяких випадках ці стани зберігаються і потребують більш комплексної психіатричної або психологічної підтримки. Особливо високий ризик повторного травмування та розвитку небезпечної поведінки спостерігається в осіб, які пережили сексуальне насильство в дитинстві. Важливим є також виявлення поведінкових, фізичних і клінічних ознак насильства, таких як хронічний біль, повторювані травми, психоневрологічні симптоми, небажані вагітності та повторювані інфекції, що передаються статевим шляхом.

Незважаючи на те, що ВООЗ не рекомендує рутинний скринінг на насильство, фахівці первинної ланки повинні бути готовими ініціювати розмову з особами, які демонструють потенційні ознаки насильства, дотримуючись принципів емпатії, конфіденційності та поваги. Комплексний підхід до оцінки потреб постраждалих і забезпечення їхньої безпеки є основою ефективної медичної практики та превенції насильства, що підкреслює важливість підготовки й навчання лікарів первинної ланки.

Перша допомога для постраждалих від насильства є невід'ємною частиною медичного процесу,

спрямованого на допомогу жінкам, які пережили травматичні ситуації. Вона перевершує не лише фізичну підтримку, а й емоційну та психологічну допомогу, щоб забезпечити безпеку і відновлення постраждалої особи. Основний принцип надання першої допомоги базується на методиці **LIVES**, що складається з п'яти основних елементів: **Вислухати (Listen)**, **Запитати (Inquire)**, **Підтвердити (Validate)**, **Подбати про безпеку (Enhancing)**, **Надати підтримку (Support)**. Цей підхід допомагає медичним працівникам встановити контакт із пацієнткою, виявити її потреби та надати необхідну підтримку, не порушуючи її правильних відгуків.

1. Вислухати (Listen). Перший крок при наданні першої допомоги — вислухати пацієнтку. Це дає їй змогу вільно поділитися своїми переживаннями та страхами. Важливо забезпечити безпечне середовище, де жінка може без страху виразити свої емоції та почуття. Слухати активно, не перебиваючи; називати емоції, які відчуває людина («Ви виглядаєте засмучено...»); демонструвати присутність (контакт очима, кивок, спокійний тон); уникати оціночних суджень чи порад («Ви маєте бути сильними», «Все буде добре» не є емпатією). Слухання без перебивання та осуду — це перший крок до створення довірливих стосунків. Вислуховуючи жінку, яка пережила насильство, медичний працівник демонструє готовність підтримувати її та висловити співчуття. Емпатія є основою гуманного та травматично-інформованого підходу в наданні допомоги людині, яка пережила насильство. Через емпатію медичний працівник демонструє почуття, довіру та прийняття. Навіть кілька слів підтримки («Я бачу, що вам зараз непросто») можуть стати початком шляху до відновлення людини, яка пережила насильство.

2. Запитати (Inquire). Наступний етап надання першої допомоги — це запитати. Під час цього етапу медичний працівник має з'ясовувати ті питання, які хвилюють пацієнтку, а також її фізичні, емоційні та соціальні потреби. Це дозволяє визначити ключові аспекти допомоги: чи існує загроза безпеці, чи потрібна психологічна підтримка, чи мала місце фізична форма насильства. Запитання повинні бути чутливими й не спричиняти додаткового стресу. Вони допомагають пацієнтці усвідомити, що її почуття та досвід важливі і потребують уваги.

3. Підтвердити (Validate). Підтвердження пережитого досвіду пацієнтки є важливою частиною процесу. Це не тільки допомагає знизити рівень стресу та страху в пацієнтки, але й забезпечує відчуття розуму та підтримки. Медичний працівник має підтвердити, що пережите насильство не є провиною жінки, а емоційна реакція є нормальною за таких обставин. Доцільно використовувати фрази, які підтверджують цінність і права пацієнт-

ки: «Ви не винні в тому, що сталося», «Це не ваша провина», «Те, що ви пережили, має бути почуте та підтримане». Такий підхід сприяє емоційному відновленню та надає необхідну підтримку постраждалій особі.

4. Подбати про безпеку (Enhancing). Одним із ключових елементів першої допомоги є забезпечення безпеки жінки, яка пережила насильство. Це передбачає оцінку ситуації, визначення безпосереднього ризику або загрози життю та допомогу в плануванні подальших дій для гарантування фізичної безпеки. Якщо жінка перебуває в небезпечній ситуації, важливо обговорити можливі шляхи її захисту, такі як скерування до притулку або зміна безпечного місця перебування. За потреби слід також розглянути можливість залучення інших організацій, наприклад поліції чи кризових центрів.

5. Надати підтримку (Support). Останнім етапом першої допомоги є підтримка пацієнтки, надання соціальної, психологічної та медичної допомоги. Важливо допомогти жінці визначити варіанти подальших дій, зокрема, чи хоче вона звернутися за юридичною, медичною або психологічною підтримкою. Надання підтримки може бути різноманітним, починаючи від консультацій до забезпечення доступу до кризових центрів чи телефонів довіри.

Що НЕ ВАРТО робити під час надання першої допомоги:

- Намагатися вирішити проблеми людини.
- Перекопувати або примушувати її покинути партнера/родину, які чинять над нею насильство.
- Перекопувати або змушувати її звернутися до поліції.
- Ставити детальні запитання, які примушуватимуть її проживати болісні події.
- Просити її проаналізувати, що сталося та чому.
- Змушувати її розмовляти з вами.

При наданні першочергової підтримки особам, які пережили насильство, сімейний лікар відіграє ключову роль у створенні безпечного та довірливого середовища. Насамперед важливо організувати розмову в приватному місці, де сторонні особи не зможуть почути її зміст, водночас уникаючи ситуацій, які можуть привернути небажану увагу або викликати підозру щодо причини візиту пацієнта. Лікар повинен чітко запевнити пацієнта в конфіденційності спілкування, водночас коректно пояснивши можливі винятки з неї відповідно до чинного законодавства, зокрема у випадках загрози життю чи здоров'ю. Пацієнта слід заохочувати до висловлення власних переживань і досвіду, не чинячи тиску та не змушуючи до розмови. Не менш важливо надати людині право на мовчання та прояв емоцій, зокрема сліз, дозволяючи їй рухатися у власному темпі й забезпечуючи до-

статний час для емоційної стабілізації. Такий підхід сприяє формуванню довіри, зменшенню психологічного напруження та створює підґрунтя для подальшої ефективної медичної й міжсекторальної допомоги.

Після надання першочергової медичної та психологічної підтримки сімейний лікар забезпечує належну маршрутизацію пацієнта з урахуванням його потреб, рівня безпеки та бажання отримувати подальшу допомогу. Важливим етапом є оцінка ризику повторного насильства та негайних загроз для життя і здоров'я постраждалої особи.

Залежно від клінічної ситуації пацієнт може бути скерований до лікарів-спеціалістів (хірурга, травматолога, гінеколога, психіатра або психолога), а також до закладів вторинної чи третинної медичної допомоги. За згодою пацієнта сімейний лікар інформує про можливості отримання соціальної, правової та психологічної підтримки, зокрема через центри соціальних служб, мобільні бригади соціально-психологічної допомоги, кризові кімнати або притулки.

Маршрутизація повинна здійснюватися з дотриманням принципів міжсекторальної взаємодії, безпеки та добровільності. Сімейний лікар виступає координатором медичного супроводу, забезпечуючи безперервність допомоги, подальше спостереження за станом здоров'я пацієнта та за потреби повторні консультації. Алгоритм дій лікаря:

1. Пояснення шкоди насильства для здоров'я, безпека пацієнта та правовий захист.

Медичний працівник має чітку професійну відповідальність делікатно й коректно допомогти пацієнтові усвідомити зв'язок між пережитим насильством і станом його здоров'я. Важливо пояснити, що насильство є не лише психологічною травмою, а й серйозною медичною проблемою, яка чинить негативний вплив на всі системи організму.

Тривалий стрес, фізична травма та сексуальне насильство можуть призводити до розвитку хронічного больового синдрому, порушень сну, артеріальної гіпертензії, соматичних скарг без чіткої органічної причини. У жінок часто спостерігаються порушення менструального циклу, ускладнення перебігу вагітності та репродуктивні проблеми. З боку психічного здоров'я поширеними наслідками є посттравматичний стресовий розлад, тривожні та депресивні розлади, емоційне виснаження.

Лікарю доцільно наголосити, що продовження насильства призводить до поглиблення шкоди для здоров'я та може становити безпосередню загрозу життю. Важливо чітко, але підтримуюче озвучити меседж: «Те, що з вами відбувається, є неприйнятним і небезпечним для вашого здоров'я та життя. Ви маєте право на допомогу та захист».

Невід'ємною частиною консультації є оцінка безпеки пацієнта. Сімейний лікар повинен обов'язково поставити прямі, але коректні запитання, зокрема: «Чи відчуваєте ви себе в безпеці вдома?», «Чи маєте ви місце, де можете тимчасово перебувати в разі загрози?». За відсутності безпечного місця проживання пацієнта слід поінформувати про наявність притулків для постраждалих від насильства, які забезпечують тимчасове житло, харчування, базові потреби, медичну та психологічну допомогу на безоплатній і конфіденційній основі.

У практичній роботі медичний працівник може безпосередньо ініціювати звернення по допомогу, зокрема зателефонувати на національну гарячу лінію з питань запобігання та протидії домашньому насильству (15-47) або зв'язатися з мобільною бригадою соціально-психологічної допомоги для організації консультації чи безпечного транспортування постраждалої особи. Також можливе скерування до центрів медико-соціальної реабілітації постраждалих або притулків для тимчасового безпечного проживання.

Важливо поінформувати пацієнта про наявні механізми правового захисту та підкреслити, що законодавство України забезпечує комплексну підтримку осіб, які постраждали від насильства. Правовою основою є Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству», а також положення Кримінального кодексу України (зокрема, статті 126-1, 153-155).

Пацієнт має право на отримання комплексної допомоги, що може включати втручання правоохоронних органів із винесенням термінового заборонного або обмежувального припису щодо кривдника, соціальний супровід центрами соціальних служб, психологічну підтримку для подолання наслідків травми, а також юридичні консультації щодо подальших правових дій і оформлення необхідних документів. За згодою постраждалої особи лікар первинної ланки здійснює так зване «тепле скерування», що передбачає безпосередній контакт із представниками служб, які надають подальшу допомогу (соціальні служби, мобільні бригади, психологічні центри, правоохоронні органи).

Такий міждисциплінарний підхід дозволяє забезпечити безпеку пацієнта, мінімізувати негативні наслідки насильства для здоров'я та сприяти відновленню фізичного і психічного благополуччя.

2. Надання невідкладної медичної допомоги.

Надання невідкладної медичної допомоги постраждалим від насильства розпочинається з ретельної оцінки загального стану пацієнта. Лікарю необхідно виявити наявність тілесних ушкоджень, активних кровотеч, ознак шоку, гострого болю або

інших станів, що потребують негайного медичного втручання. За показаннями слід своєчасно провести знеболення, стабілізаційні заходи та надати першу медичну допомогу відповідно до клінічних протоколів. У разі тяжкого стану пацієнта, загрози життю або необхідності спеціалізованої допомоги сімейний лікар повинен ініціювати екстрену госпіталізацію або виклик бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги. Усі дії мають бути спрямовані на забезпечення безпеки та збереження життя постраждалої особи.

Під час надання невідкладної допомоги особливу увагу слід приділяти делікатності спілкування. Медичному працівнику необхідно уникати запитань або висловлювань, які можуть викликати в пацієнта почуття сорому, провини чи повторну психологічну травматизацію, зосереджуючись виключно на медичних потребах та підтримці.

3. Медичний огляд та документування випадків насильства.

Діяльність лікаря первинної медичної допомоги при наданні допомоги постраждалим від насильства регулюється чинними нормативно-правовими актами України, зокрема:

- Законом України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» (2017 р., № 2229-VIII);
- Законом України «Про охорону дитинства»;
- Наказом МОЗ України № 278 від 01.02.2019 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги постраждалим від домашнього насильства та насильства за ознакою статі»;
- Наказом МОЗ України № 722 від 05.04.2019 р. «Про організацію надання медичної допомоги постраждалим від сексуального насильства»;
- Наказом МОЗ України № 369 від 11.03.2021 р. «Про затвердження клінічного протоколу медичної допомоги “Сексуальне насильство”».

Відповідно до зазначених документів сімейний лікар має право та обов'язок проводити первинний медичний огляд постраждалих, надавати невідкладну допомогу, забезпечувати скерування до закладів охорони здоров'я вторинного рівня (гінекологічних відділень, центрів медико-соціальної допомоги), а також здійснювати належне документування випадків насильства і за потреби інформувати відповідні служби.

Практична значущість цього етапу зумовлена тим, що саме лікар первинної медичної допомоги найчастіше є першим фахівцем, до якого звертається постраждала особа. Від якості проведеного огляду та документування залежить подальше лікування і фізичне відновлення, своєчасна діагностика травм, інфекцій, небажаної вагітності, можливість збереження доказової бази, а також формування довіри пацієнта до системи охорони здоров'я.

Загальний медичний огляд. Під час огляду лікар оцінює загальний стан пацієнта, наявність тривоги, ознак гострого стресу або емоційного виснаження. Проводиться огляд тіла з метою виявлення тілесних ушкоджень: синців, саден, подряпин, гематом, слідів утримання чи боротьби. Усі виявлені травми підлягають об'єктивній фіксації в медичній документації із зазначенням їх локалізації, розміру, кольору та форми. За письмовою згодою пацієнта може здійснюватися фотодокументація ушкоджень.

Сімейний лікар не проводить судово-медичної експертизи, однак має право документувати медичні ознаки насильства для подальшої передачі до спеціалізованих структур. Огляд генітальної ділянки проводиться виключно за добровільною згодою постраждалої особи, після чіткого пояснення його мети, з дотриманням принципів делікатності, гігієнічності та приватності. Фіксуються будь-які патологічні зміни: гематоми, садна, розриви, виділення, ознаки запалення або сторонніх тіл. Доцільно використовувати пояснювальні формулювання, наприклад: *«Ми перевіряємо, чи немає травм або інфекцій, які потребують лікування. Це важливо для вашого здоров'я»*.

За наявності підозри на сексуальне насильство сімейний лікар не проводить інструментального вагінального огляду, а забезпечує скерування до лікаря-гінеколога або спеціалізованого медичного центру відповідно до наказу МОЗ України № 369.

Лабораторна діагностика та профілактика. У межах компетенції сімейного лікаря можуть бути ініційовані лабораторні обстеження, зокрема тестування на ВІЛ, вірусні гепатити В і С, сифіліс, інші інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), а також тест на вагітність. Згідно з наказами МОЗ України лікар первинної медичної допомоги має право розпочати профілактичні заходи, включно з постконтактною профілактикою ВІЛ, екстреною контрацепцією та антибіотикопрофілактикою.

Після сексуального насильства існує високий ризик інфікування ВІЛ, ІПСШ, гепатитом В, а також небажаної вагітності. З огляду на те, що багато постраждалих не мають можливості або ресурсу для повторного звернення, повний обсяг профілактичної допомоги доцільно надавати під час першого візиту. Для цього в закладах охорони здоров'я передбачені стандартизовані спеціальні набори для постконтактної профілактики (PEP-Kits) ВІЛ та екстреної контрацепції, визначені наказом МОЗ України № 278 й узгоджені з рекомендаціями ВООЗ і ЮНФПА. Такі набори можуть включати антиретровірусні препарати для постконтактної профілактики ВІЛ, засоби екстреної контрацепції, тест на вагітність та інструкції для лікаря і пацієнта. Екстрену контрацепцію рекомендовано пропонувати

всім жінкам, які зазнали зґвалтування, без необхідності попереднього тестування на вагітність. Повторний візит рекомендується в разі затримки менструації понад один тиждень.

Профілактичний захід	Часове вікно	Клінічні рекомендації
Постконтактна профілактика ВІЛ (АРТ)	до 72 год після контакту	Призначити комбіновану АРТ-схему на 28 днів; перше дозування — одразу на місці.
Профілактика ІПСШ (гонорея, хламідіоз, трихомоніаз, сифіліс)	бажано до 24-48 год	Одноразова антибіотикопрофілактика за схемами МОЗ (азитроміцин, цефтріаксон тощо).
Екстрена контрацепція	до 120 год (5 діб)	Препарати левоноргестрелу або уліпристалу; за відсутності — комбіновані ОК (метод Юзпе).
Вакцинація/імунопрофілактика проти гепатиту В	якнайшвидше	Якщо постраждала не вакцинована — зробити 1 дозу вакцини.
Профілактика правця	негайно	Ввести анатоксин або антиправцеву сироватку при травмах зі шкірним ушкодженням.

4. Документування та взаємодія з іншими службами.

У медичній карті необхідно зазначити факт звернення, опис загального стану, тілесних ушкоджень і емоційного стану, згоду або відмову від огляду, обсяг наданої допомоги, рекомендації та здійснені скерування. У разі підтвердження факту насильства лікар діє відповідно до статті 22 Закону України «Про запобігання та протидію домашньому насильству». Повідомлення відповідних служб є обов'язковим у випадках, що стосуються неповнолітніх, осіб з інвалідністю або недієздатних осіб.

Належне документування випадків насильства є важливою складовою роботи сімейного лікаря, оскільки медична документація може мати як клінічне, так і юридичне значення. Усі виявлені факти насильства, за згодою пацієнта, повинні бути ретельно та об'єктивно зафіксовані в медичній документації із дотриманням принципів конфіденційності.

Записи мають містити точний опис скарг пацієнта, характеру та локалізації тілесних ушкоджень, а також їх відповідність повідомленим обставинам. Доцільно використовувати нейтральні формулювання без оціночних суджень, зазначаючи факти зі слів пацієнта. За можливості слід фіксувати дату й час звернення, механізм отримання травм, результати об'єктивного огляду та надану медичну допомогу. У разі наявності видимих ушкоджень

рекомендовано застосовувати схеми тіла або фотодокументацію відповідно до чинних нормативних вимог та з обов'язкової згоди пацієнта.

Під час огляду важливо дотримуватися принципів об'єктивності та нейтральності: фіксувати лише факти, без припущень і оціночних суджень. Інформацію зі слів пацієнта слід записувати дослівно в лапках. Наприклад: «*Пацієнтка повідомляє: “Чоловік ударив мене кулаком по обличчю”. Виявлено гематому в ділянці правого ока*». Неприпустимими є формулювання з інтерпретаціями чи припущеннями щодо вини постраждалої.

У разі реальної загрози життю або безпеці лікар зобов'язаний діяти згідно з алгоритмом екстреного реагування, включно з інформуванням поліції, служби в справах дітей або мобільної бригади соціально-психологічної допомоги.

Лікар первинної ланки не визначає ступінь тяжкості тілесних ушкоджень і не проводить експертизу, однак забезпечує первинний огляд, стабілізацію стану та належне документування. За згодою пацієнта лікар інформує про можливість звернення до судово-медичного експерта, забезпечує скерування або супровід та сприяє збереженню ланцюга доказів, уникаючи знищення чи пошкодження потенційно важливих матеріалів.

Судово-медична експертиза є не каральною процедурою, а важливим інструментом захисту прав постраждалих. Своєчасне скерування значно підвищує достовірність результатів. Таким чином, лікар первинної ланки виконує не лише лікувальну, а й захисну функцію, забезпечуючи доступ постраждалих до медичних і правових механізмів допомоги з дотриманням етичних та конфіденційних стандартів.

5. Подальше спостереження та підтримка.

Для досягнення повного відновлення фізичного, психічного та соціального здоров'я необхідне систематичне подальше спостереження, а також координація допомоги між медичними, соціальними й правовими службами. Подальше спостереження дозволяє оцінити ефективність проведеного лікування та профілактичних заходів, включаючи тестування на ВІЛ, інфекції, що передаються статевим шляхом, і визначення вагітності. Воно також забезпечує своєчасне виявлення ускладнень або появи нових клінічних симптомів, що є критично важливим для своєчасного коригування лікувальної тактики.

Повторні огляди проводять:

- через 2 тижні: контроль стану, тестування на інфекції, що передаються статевим шляхом, оцінка психологічного стану;
- через 4-6 тижнів: тест на вагітність, за потреби — ультразвукове дослідження;
- через 3 та 6 місяців: повторне тестування на ВІЛ, гепатити В і С, сифіліс;

- за показаннями: контроль стану після лікування або вакцинації.

Психологічний стан пацієнтки є не менш важливим аспектом догляду. Подальше спостереження сприяє виявленню ознак депресії та посттравматичного стресового розладу, а також забезпечує підтримку психоемоційного стану та запобігання розвитку тривалих психічних розладів. Водночас воно дає змогу гарантувати безпеку постраждалої особи, підключити необхідні соціальні та правові ресурси, а також забезпечити сталість і безперервність медико-соціальної допомоги.

Усі заходи з надання допомоги ґрунтуються на принципах ВООЗ, що включають повагу до пацієнтки, забезпечення її безпеки, підтримку, конфіденційність та гідність. Такий підхід дозволяє забезпечити комплексну та безперервну допомогу постраждалим від сексуального насильства, мінімізувати ризик ускладнень та сприяти відновленню фізичного і психічного здоров'я.

Висновки

Надання медичної допомоги постраждалим від сексуального насильства є багатокомпонент-

ним процесом, що включає не лише первинний огляд та лікування, а й систематичне подальше спостереження, психологічну підтримку та координацію між медичними, соціальними й правовими службами. Ефективна допомога передбачає оцінку стану пацієнтки на різних етапах, своєчасне виявлення ускладнень та проведення профілактичних заходів, таких як тестування на ВІЛ, інфекції, що передаються статевим шляхом, а також визначення вагітності.

Ключовими аспектами роботи медичних працівників є дотримання принципів добровільної згоди, поваги та гідності пацієнтки, забезпечення її фізичної й психологічної безпеки, конфіденційності інформації та міжвідомча співпраця. Дотримання цих принципів є необхідною умовою ефективного відновлення фізичного, психічного та соціального здоров'я постраждалих.

Таким чином, комплексний та системний підхід до надання медико-соціальної допомоги постраждалим від сексуального насильства дозволяє не лише запобігти ускладненням і психологічним травмам, а й забезпечити сталий та безпечний процес відновлення, що відповідає міжнародним рекомендаціям і принципам ВООЗ.

Список використаної літератури

1. World Health Organization. *Clinical management of rape and intimate partner violence in emergencies: training curriculum for health workers, facilitator guide*. Geneva: World Health Organization; 2024. ISBN: 978-92-4-010021-3. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/380157>.
2. World Health Organization. *Caring for women subjected to violence: a WHO curriculum for training health-care providers*. Geneva: World Health Organization; 2021. ISBN: 978-92-4-151710-2. Available from: <https://wkc.who.int/resources/publications/i/item/9789241517102>.
3. World Health Organization. *Clinical management of rape and intimate partner violence survivors*. Geneva: World Health Organization; 2019. ISBN: 978-92-4-000141-1. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240001411>.
4. Feder G, Davies E, Baird K, Dunne D, Eldridge S, Griffiths C, et al. Improving the healthcare response to domestic violence and abuse in UK primary care: interrupted time series evaluation of a system-level training and support programme. *BMC Med*. 2020;18(1):48. doi:10.1186/s12916-020-1506-3.
5. Chan Y, Hairi NN, Choo W, et al. Primary healthcare providers perceived preparedness to respond to intimate partner violence in the public primary healthcare setting: a cross-sectional study. *BMC Prim Care*. 2025;26:92. doi:10.1186/s12875-025-02793-2.
6. Szilassy E, Roy J, Williamson E, et al. Reaching everyone in general practice? Feasibility of an integrated domestic violence training and support intervention in primary care. *BMC Fam Pract*. 2021;22:19. doi:10.1186/s12875-020-01297-5.
7. Міністерство охорони здоров'я України. Методичні рекомендації щодо надання допомоги після сексуального насильства (Наказ МОЗ № 1177). Київ: Міністерство охорони здоров'я України; 2025.

THE ROLE OF THE FAMILY PHYSICIAN IN IDENTIFYING AND PROVIDING CARE TO SURVIVORS OF DOMESTIC VIOLENCE

M.M. Virna, O.V. Zaremba-Fedchyshyn, O.V. Zaremba

Abstract. Violence is a global public health issue and a significant psychosocial stressor affecting victims, their families, and communities. Primary healthcare providers play a key role in the early identification of signs of violence and the provision of first-line medical care, including the assessment of physical and mental health, stabilization of the patient's condition, testing for infections, preventive measures, and coordination with social and legal services. The LIVES approach (Listen, Inquire, Validate, Enhance, Support) enables healthcare professionals to systematically organize communication with survivors, provide psychological support, and plan further steps, including ensuring safety and creating a trustful environment. A comprehensive approach based on voluntary consent, respect, safety, and confidentiality helps minimize the consequences of trauma, increase the effectiveness of care, and support the physical, mental, and social recovery of survivors.

Keywords: domestic violence, primary healthcare, LIVES, psychosocial support, patient pathway, medical care.

Для цитування: Вірна ММ, Заремба-Федчишин ОВ, Заремба ОВ. Роль сімейного лікаря у виявленні та наданні допомоги постраждалим від домашнього насильства. Практикуючий лікар, 2026, № 1, с. 61-67. DOI: 10.31793/2413-5461.2026.15-1.61.

Адреса для листування: Вірна Маріанна Михайлівна, mmvurna@gmail.com; кафедра сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів ФПДО ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», Пекарська, 69, Львів, 79010, Україна. Заремба-Федчишин Олена Віталіївна, zarembalena@ukr.net; кафедра сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів ФПДО ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», Пекарська, 69, Львів, 79010, Україна. Заремба Ольга Віталіївна, zarembaolga82@gmail.com; кафедра сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів ФПДО ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», Пекарська, 69, Львів, 79010, Україна.

Відомості про авторів: Вірна Маріанна Михайлівна, канд. мед. наук, асистентка кафедри сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів ФПДО ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького». ORCID: 0000-0002-4595-2609. Заремба-Федчишин Олена Віталіївна, канд. мед. наук, доцентка кафедри сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів ФПДО ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького». ORCID: 0000-0002-6153-0457. Заремба Ольга Віталіївна, канд. мед. наук, доцентка кафедри сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів ФПДО ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького». ORCID: 0000-0002-3691-2998.

Особистий внесок: Вірна М.М. — генераторка ідеї, написання статті, аналіз даних літератури, підготовка статті до друку. Заремба-Федчишин О.В. — супровід під час написання статті. Заремба О.В. — оформлення джерел літератури, супровід під час написання статті.

Фінансування: Стаття підготовлена в рамках бюджетного фінансування Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Декларація: Авторки задекларували відсутність конфлікту інтересів і фінансових зобов'язань.

Проходження статті: Надійшла до редакції 04.02.2026 р., прийнята на друкування 12.02.2026 р., надрукована 28.03.26 р.

For citation: Virna MM, Zaremba-Fedchyshyn OV, Zaremba O. The role of the family physician in identifying and providing care to survivors of domestic violence. The Practitioner, 2026, № 1, p. 61-67. DOI: 10.31793/2413-5461.2026.15-1.61.

Correspondence address: Virna Marianna Mykhaylivna, mmvurna@gmail.com; Department of Family Medicine, Cardiology and Emergency Medicine, Faculty of Postgraduate Education, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, 69 Pekarska Street, Lviv, 79010, Ukraine. Zaremba-Fedchyshyn Olena Vitaliyivna, zarembalena@ukr.net; Department of Family Medicine, Cardiology and Emergency Medicine, Faculty of Postgraduate Education, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, 69 Pekarska Street, Lviv, 79010, Ukraine. Zaremba Olha Vitaliyivna, zarembaolga82@gmail.com; Department of Family Medicine, Cardiology and Emergency Medicine, Faculty of Postgraduate Education, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, 69 Pekarska Street, Lviv, 79010, Ukraine.

Information about the authors: Virna Marianna Mykhailivna, Candidate of Medical Sciences, assistant of the Department of Family Medicine, Cardiology and Emergency Medicine, Faculty of Postgraduate Education, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: 0000-0002-4595-2609. Zaremba-Fedchyshyn Olena Vitaliyivna, Candidate of Medical Sciences, associate professor of the Department of Family Medicine, Cardiology and Emergency Medicine, Faculty of Postgraduate Education, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: 0000-0002-6153-0457. Zaremba Olha Vitaliyivna, Candidate of Medical Sciences, associate professor of the Department of Family Medicine, Cardiology and Emergency Medicine, Faculty of Postgraduate Education, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: 0000-0002-3691-2998.

Personal contribution: Virna MM — an idea generator, writing of an article, analyzing literature data, preparation of the article for publication. Zaremba-Fedchyshyn OV — interpretation of results. Zaremba OV — design of literature sources, support during the writing of the article.

Funding: The article was prepared within the budget funding of the Danylo Halytsky Lviv National Medical University.

Declaration of Ethics: The authors declare that there is no conflict of interest or financial bias.

Article: Received 04.02.2026, accepted 12.02.2026, published 28.03.26.