

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
БІОРЕСУРСІВ І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**

Факультет гуманітарно-педагогічний

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ

**В. о. завідувача кафедри
соціальної роботи та реабілітації**
(назва кафедри)

_____ Григоренко Т.В.
(підпис) (ПІБ)

«_____» _____ 2026 р.

**БАКАЛАВРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
(ДИПЛОМНИЙ ПРОЄКТ БАКАЛАВРА)**

**на тему «СОЦІАЛЬНА ПРОФІЛАКТИКА ДОМАШНЬОГО
НАСИЛЬСТВА»**

Спеціальність 231 Соціальна робота
(код і назва)

Гарант освітньої програми

Доктор педагогічних наук, професор
(науковий ступінь та вчене звання)

_____ Осадченко І.І.
(підпис) (ПІБ)

**Керівник бакалаврської кваліфікаційної роботи
(Керівник дипломного проєкту бакалавра)**

Кандидат педагогічних наук
(науковий ступінь та вчене звання)

_____ Бондаренко Н.О.
(підпис) (ПІБ)

Виконала

(підпис)

Бикос Д.О.
(ПІБ студента)

КИЇВ – 2026

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
БІОРЕСУРСІВ І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**
Факультет гуманітарно-педагогічний

ЗАТВЕРДЖУЮ

**В. о. завідувача кафедри
соціальної роботи та реабілітації**
(назва кафедри)

_____ **Григоренко Т.В.**
(підпис) (ПІБ)

« _____ » _____ 2026 р.

З А В Д А Н Н Я
на виконання бакалаврської кваліфікаційної роботи
студенту (на виконання дипломного проєкту бакалавра
студенту)

_____ Бикос Дар'ї Олександрівні _____

Спеціальність 231 Соціальна робота

(код і назва)

Тема бакалаврської кваліфікаційної роботи (дипломного проєкту бакалавра) «Соціальна профілактика домашнього насильства»

затверджена наказом ректора НУБіП України від «16» березня 2026 року № 779 «С»

Термін подання завершеної роботи (проєкту) на кафедру « » 202 р.

(рік, місяць, число)

Вихідні дані до бакалаврської кваліфікаційної роботи (дипломного проєкту бакалавра):
*наукові розробки вітчизняних і зарубіжних учених; матеріали періодичних видань;
навчальна та довідкова література з теми дослідження.*

Перелік питань, які потрібно розробити:

1. Розкрити теоретичні засади профілактики домашнього насильства у соціальній роботі.
2. Проаналізувати діяльність соціальних служб щодо попередження домашнього насильства.
3. Розробити програму профілактики домашнього насильства «Безпечний дім»
4. Обґрунтувати практичні рекомендації щодо впровадження програми та очікувані результати.

Дата видачі завдання « » _____ 202 р.

Керівник бакалаврської кваліфікаційної роботи

(Керівник дипломного проєкту бакалавра)

_____ **Бондаренко Н.О.**
(підпис) (прізвище та ініціали)

Завдання прийняла до виконання

_____ **Бикос Д.О.**
(підпис) (прізвище та ініціали)

Реферат

Бакалаврська кваліфікаційна робота на тему «Соціальна профілактика домашнього насильства» містить 88 сторінок друкованого тексту, 11 таблиць та додатки. Перелік використаних літературних джерел нараховує 60 найменувань .

Мета дослідження: теоретичне обґрунтування та експериментальна перевірка ефективності соціальної профілактики домашнього насильства.

Об'єкт дослідження: соціальна профілактика домашнього насильства.

Предмет дослідження: програма соціальної профілактики домашнього насильства.

Завдання дослідження:

1. Розкрити теоретичні засади профілактики домашнього насильства у соціальній роботі.
2. Проаналізувати діяльність соціальних служб щодо попередження домашнього насильства.
3. Розробити програму профілактики домашнього насильства «Безпечний дім»
4. Обґрунтувати практичні рекомендації щодо впровадження програми та очікувані результати.

Структура роботи: робота складається з трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел і додатків.

У першому розділі досліджено теоретичні засади попередження домашнього насильства у соціальній роботі, розкрито сутність явища, його форми, причини та наслідки, проаналізовано нормативно-правову базу, а також визначено роль фахівця соціальної роботи у профілактиці домашнього насильства.

У другому розділі здійснено аналіз діяльності соціальних служб у сфері попередження домашнього насильства, охарактеризовано систему установ і

організацій, визначено основні проблеми та труднощі професійної діяльності, а також проведено оцінку ефективності наявних профілактичних заходів.

У третьому розділі представлено організацію та методику емпіричного дослідження, розроблено програму профілактики домашнього насильства, здійснено оцінку її ефективності на основі отриманих результатів, а також обґрунтовано практичні рекомендації щодо впровадження програми у діяльність соціального працівника.

Ключові слова: домашнє насильство, соціальна профілактика, соціальна робота, фахівець соціальної роботи, соціальні служби, профілактична програма, психологічна реабілітація, міжвідомча взаємодія.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	6
ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА У СОЦІАЛЬНІЙ РОБОТІ.....	12
1.1. Домашнє насильство: сутність, форми, причини та наслідки.....	12
1.2. Нормативно-правові основи попередження домашнього насильства.....	18
1.3. Роль фахівця соціальної роботи у профілактиці домашнього насильства: теоретичний аналіз.....	23
Висновки до першого розділу.....	28
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ У СФЕРІ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА.....	30
2.1. Характеристика соціальних служб та установ, що працюють із випадками домашнього насильства.....	30
2.2. Проблеми та труднощі професійної діяльності у сфері попередження домашнього насильства.....	34
2.3. Оцінка ефективності наявних профілактичних заходів.....	38
Висновки до другого розділу.....	41
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПРОФІЛАКТИКИ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА.....	44
3.1. Організація та методи емпіричного дослідження.....	44
3.2. Розробка програми профілактики наслідків домашнього насильства.....	46
3.3. Оцінка ефективності програми: методи та результати.....	50
3.4. Рекомендації щодо впровадження програми у діяльність соціального робітника.....	63
Висновки до третього розділу.....	65
ВИСНОВКИ.....	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	70
ДОДАТКИ.....	77

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

А – Анонімний код учасниці програми (наприклад, УЧ-01) – умовне позначення, що використовується для забезпечення конфіденційності під час обробки результатів діагностики.

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) – Госпітальна шкала тривоги та депресії; стандартизований скринінговий інструмент для виявлення симптомів тривоги та депресії.

HADS-A – субшкала тривоги у методиці HADS.

HADS-D – субшкала депресії у методиці HADS.

ЦСС / ЦССТДМ – Центр соціальних служб (для сім'ї, дітей та молоді) – основна установа в системі надання соціальних послуг в Україні, що працює з випадками домашнього насильства.

КЦДД – Кризовий центр для дітей та дорослих (можливий варіант – кризовий центр); спеціалізована установа для надання екстреної комплексної допомоги постраждалим від насильства.

ДСТ-Г (Діалектико-поведінкова терапія для лікування посттравматичного стресового розладу) – спеціалізований психотерапевтичний протокол для роботи з травмою.

Δ (Дельта) – символ, що використовується в таблицях для позначення зміни (динаміки) показника між двома вимірами (наприклад, $\Delta = -5$ означає зниження на 5 балів).

SD (Standard Deviation) – стандартне відхилення; статистичний показник, що характеризує розкид даних у вибірці.

$\bar{X}$ (X-середнє) – середнє арифметичне значення.

Резильєнтність (психологічна) – здатність особистості до опору стресу, швидкого відновлення та адаптації після травматичних подій.

Віктимізація – процес або стан перетворення людини на жертву злочину або насильства.

Ретрауматизація – повторне переживання психологічної травми через зіткнення з тригерами, що нагадують про початкову травматичну подію.

Асертивність – здатність впевнено та гідно відстоювати свої права, почуття та думки, не порушуючи меж інших людей.

Травмоінформований підхід (trauma-informed approach) – організаційна та професійна філософія, яка визнає поширеність травматичного досвіду та його вплив і прагне створювати безпечні, підтримуючі умови, уникаючи ретрауматизації.

ВСТУП

Актуальність дослідження зумовлена кризовим поширенням домашнього насильства в Україні, яке посилюється наслідками повномасштабної війни: психологічним напруженням, економічною нестабільністю та міграціями. Офіційна статистика (понад 190 тисяч повідомлень у 2023 році) відображає лише частину проблеми через високу латентність. Наслідки є катастрофічними: понад 85% жінок, що звертаються за допомогою, мають симптоми ПТСР, а понад 1,5 мільйона дітей перебувають у зоні ризику. У цих умовах профілактична робота, спрямована на усунення причин та раннє попередження насильства, стає пріоритетом. Ключову роль у побудові цілісної системи профілактики відіграє фахівець соціальної роботи.

Актуальність теми дослідження зумовлена значними масштабами та глибокою соціальною шкідливістю явища домашнього насильства в Україні, що набуло особливої гостроти в умовах повномасштабної війни. Згідно з офіційною статистикою Національної поліції України, протягом 2023 року було зареєстровано понад 190 тисяч повідомлень про вчинення домашнього насильства або порушення вимог обмежувального припису. Щоденно фіксувалося в середньому 520–540 інцидентів, що демонструє стійкий системний характер проблеми [43]. Однак реальні масштаби є значно більшими через високий рівень латентності: за оцінками експертів Управління Верховного комісара ООН у справах біженців (УВКБ ООН), лише близько 40% постраждалих звертаються до правоохоронних органів, а в умовах війни цей відсоток ще знижується через руйнування інфраструктури, переміщення та страх [31, с. 165].

Ступінь розробленості теми. Проблематика профілактики домашнього насильства та визначення ролі соціального працівника у цій сфері в Україні характеризується високим рівнем наукової розробленості та міждисциплінарністю підходів. У сучасному науковому дискурсі простежується поєднання теоретико-методологічних, прикладних і

порівняльних досліджень, що забезпечує комплексне осмислення зазначеної проблеми. Значний внесок у її вивчення здійснюють українські науковці, зокрема І. С. Поліщук, О. В. Антонова та С. М. Коваль. У працях І. С. Поліщука обґрунтовано методологічні засади соціальної роботи з попередження насильства в сім'ї з урахуванням сучасних соціальних трансформацій, зокрема викликів воєнного стану. Дослідження О. В. Антонової зосереджені на практичних механізмах профілактики, що інтегрують теоретичні положення з аналізом реальних кейсів соціальної роботи. С. М. Коваль, своєю чергою, здійснює порівняльний аналіз міжнародного досвіду та українських реалій, обґрунтовуючи можливості адаптації ефективних зарубіжних моделей у вітчизняну практику.

Поглибленню наукового розуміння проблеми сприяють дослідження, присвячені окремим аспектам феномену домашнього насильства. Так, М. С. Арабаджи та Я. І. Мельник аналізують вплив травматичних соціальних обставин, зокрема воєнного контексту, на динаміку насильства та особливості соціально-психологічного супроводу постраждалих. Організаційно-інституційний вимір проблеми розкрито у працях Л. Д. Василенко і Т. В. Гордієнко, які досліджують моделі міжвідомчої взаємодії, діяльність мобільних бригад та ефективність координаційних механізмів у системі соціальних послуг. Водночас гендерно чутливі аспекти проблематики висвітлено у роботах Ю. О. Безкоровайної, питання роботи з особами, які вчиняють насильство, – у дослідженнях О. С. Захарчук, а специфіку допомоги дітям-свідкам насильства – у працях Т. В. Лисенко.

Отже, наявний науковий доробок формує цілісну, багатовимірну картину досліджуваної проблеми, водночас залишаючи простір для подальших розвідок, зокрема у напрямі розроблення та впровадження комплексних програм профілактики, орієнтованих на сучасні соціальні виклики та потреби постраждалих.

Мета дослідження: теоретичне обґрунтування та експериментальна перевірка ефективності соціальної профілактики домашнього насильства.

Об'єкт дослідження: соціальна профілактика домашнього насильства.

Предмет дослідження: програма соціальної профілактики домашнього насильства.

Завдання дослідження:

1. Розкрити теоретичні засади профілактики домашнього насильства у соціальній роботі.
2. Проаналізувати діяльність соціальних служб щодо попередження домашнього насильства.
3. Розробити програму профілактики домашнього насильства «Безпечний дім»
4. Обґрунтувати практичні рекомендації щодо впровадження програми та очікувані результати.

Теоретико-методологічна основа інтегрує чотири підходи:

- системний – для розгляду профілактики як цілісної системи взаємопов'язаних елементів;
- діяльнісний – для аналізу структури та інструментів професійної діяльності соціального працівника;
- середовищний (екологічний) – для оцінки впливу різних рівнів соціального середовища на ризики насильства;
- теорія зміни соціальної поведінки – для розробки механізмів впливу на глибинні установки та норми.

Методи дослідження. На теоретичному рівні використовуються аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та моделювання для опрацювання літератури та формування концепції. Емпіричний рівень включає аналіз документів (звітів, статистики), а також якісні методи: напівструктуровані інтерв'ю (експертні опитування) та анкетування працівників соціальних служб та суміжних інституцій для оцінки реального стану практики.

На проектно-конструктивному рівні основним є метод соціального проектування, підкріплений експертними оцінками та контент-аналізом для розробки програми. Загальна методика ґрунтується на принципах системності та об'єктивності.

Наукова новизна полягає в комплексному обґрунтуванні та структурній розробці програми профілактики, яка інтегрує різнопланові напрями діяльності фахівця соціальної роботи (діагностика, індивідуальна, сімейна, громадська робота) в єдиний системний алгоритм, адаптований до умов воєнного та повоєнного часу.

Практична значущість дослідження полягає в тому, що розроблена програма може бути впроваджена в діяльність територіальних центрів соціальних служб, кризових центрів та громадських організацій.

Структура роботи: вступ, три розділи, висновки до кожного розділу, загальний висновок, список використаних джерел, додатки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА У СОЦІАЛЬНІЙ РОБОТІ

1.1. Домашнє насильство: сутність, форми, причини та наслідки

Визначення та розкриття сутності домашнього насильства виступає фундаментальною передумовою формування ефективної профілактичної діяльності у сфері соціальної роботи. Окреслене явище не обмежується окремими конфліктами чи епізодичними сімейними суперечками, а постає як систематична модель поведінки, спрямована на встановлення влади та контролю одного члена сім'ї над іншим(и) шляхом заподіяння шкоди, залякування або приниження [40, с. 18–20].

Сучасне міждисциплінарне трактування поняття в українському науковому та правовому дискурсі поєднує кілька взаємопов'язаних вимірів. Правовий аспект, закріплений у Законі України «Про запобігання та протидію домашньому насильству», визначає його як умисне діяння фізичного, сексуального, психологічного або економічного характеру, що здійснюється у сімейному колі чи серед близьких осіб і призводить або може призвести до шкоди здоров'ю, життю, честі, гідності та майновим правам людини [див. аналіз у 49, с. 210–212]. Запропоноване визначення акцентує на інтенційності дій, їх повторюваності та багатовимірності форм насильницького впливу.

Соціально-психологічна інтерпретація розглядає домашнє насильство як різновид соціальної девіації, зумовлений патріархальними установками, асиметрією владних відносин у сім'ї та соціальними нормами, що допускають прояви агресії у приватній сфері [23, с. 135]. Характерною ознакою виступає циклічність розвитку насильницьких дій, що включає фази наростання напруження, відкритого конфлікту та тимчасової стабілізації («медовий місяць»), у межах яких формується травматичний зв'язок між

агресором і постраждалою особою, що істотно ускладнює розрив деструктивних відносин [5, с. 37–38].

З позицій соціальної роботи домашнє насильство постає як комплексна криза сімейної системи, що порушує її функціональну рівновагу, підвищує рівень небезпеки для її членів і потребує багаторівневого професійного втручання – від індивідуальної кризової допомоги до організації міжвідомчої взаємодії та мобілізації ресурсів громади [40, с. 25]. Значущого розширення набуває коло суб'єктів насильства, до якого відносять не лише подружжя чи батьків і дітей, а й колишніх партнерів, осіб, які спільно проживають або ведуть спільне господарство, а також інших близьких осіб незалежно від юридичного статусу взаємин [49, с. 212].

Синтез правового, соціально-психологічного та практико-орієнтованого підходів дозволяє визначити домашнє насильство як систематичну інтенційну модель зловживання владою у близьких стосунках, що реалізується через фізичні, психологічні, сексуальні та економічні форми впливу, порушує базові права і свободи людини та спричиняє деструктивні зміни у функціонуванні сімейної системи. Багатовимірне розуміння феномену формує концептуальне підґрунтя для розробки диференційованих профілактичних стратегій, які поєднують правові механізми захисту, психосоціальну підтримку та інструменти соціальних змін.

Для ефективної діагностики, профілактики та надання цілеспрямованої допомоги фахівцю соціальної роботи необхідно чітко розрізняти види та конкретні форми проявів домашнього насильства. Класифікація ґрунтується на характері впливу та сфері, на яку спрямовані зловживання.

Узагальнення основних видів домашнього насильства, їх змістових характеристик та типових проявів систематизовано в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Види та форми домашнього насильства

Вид насильства	Характеристика	Приклади
Фізичне	Умисне заподіяння тілесної шкоди або обмеження свободи пересування [40, с. 22].	Удари, штовхання, опіки, зв'язування; обмеження їжі, сну, медичної допомоги; погрози зброєю.
Психологічне	Вплив на психічний стан з метою приниження, контролю та зниження самооцінки; найпоширеніша форма [5, с. 36–37].	Образи, критика, газлайтинг, погрози, ізоляція, ревності як контроль.
Сексуальне	Дії сексуального характеру без добровільної згоди, засновані на примусі [2, с. 59].	Зґвалтування, домагання, примус до практик, контроль репродуктивного здоров'я.
Економічне	Обмеження доступу до фінансів, формування матеріальної залежності [38, с. 46–47].	Відбір доходів, заборона працювати/вчитися, контроль бюджету, примус до кредитів.
Зanedbanня	Невиконання обов'язків щодо забезпечення базових потреб залежних осіб [27, с. 98].	Відмова у їжі, ліках, догляді, безпеці; ігнорування потреб.
Кібернасильство	Використання цифрових технологій для контролю та переслідування.	Контроль соцмереж, стеження, поширення матеріалів без згоди, кіберпереслідування.

Джерело: власна розробка автора

Розуміння цих видів та їх взаємозв'язку є основою для розробки комплексних профілактичних програм. Ефективна профілактика повинна враховувати, що форми насильства рідко зустрічаються ізольовано: психологічний тиск часто супроводжує економічну залежність, а фізичному насильству зазвичай передують тривала кампанія принижень [23, с. 138]. Тому діяльність фахівця соціальної роботи має бути спрямована на виявлення всіх форм зловживань і надання інтегрованої допомоги, що зачіпає як психосоціальні, так і матеріальні аспекти життя жертви.

Аналіз причин виникнення домашнього насильства має вирішальне значення для побудови ефективної профілактики, оскільки дозволяє впливати не на наслідки, а на джерела та чинники ризику. Етіологія цього явища є багаторівневою та складається з взаємодії макросоціальних, мікросоціальних та індивідуально-психологічних детермінант [40, с. 28-30].

Причини виникнення домашнього насильства носять системний характер і ґрунтуються на взаємодії низки чинників. До ключових належать: патріархальні стереотипи та гендерна нерівність, що легітимізують владу та контроль одних членів сім'ї над іншими [23, с. 136]; соціально-економічні фактори (бідність, безробіття, соціальна виключеність), що підвищують рівень стресу та конфліктності [43]; індивідуально-психологічні особливості особистості (низька самооцінка, не вміння конструктивно вирішувати конфлікти, схильність до агресії, досвід перебування у насильницькому середовищі в дитинстві) [42, с. 118]; а також ситуативні кризи, такі як тривалі стреси, втрата коханої людини або військові дії, що значно дестабілізують сімейну систему [31, с. 160].

Додатково слід враховувати, що ризик виникнення домашнього насильства посилюється під впливом сучасних трансформацій соціального середовища, зокрема цифровізації, інформаційного перенасичення та зниження рівня соціальної згуртованості в громадах. Ослаблення традиційних механізмів соціального контролю, а також зростання рівня індивідуалізації сприяють прихованості проблеми та ускладнюють її своєчасне виявлення.

За таких умов особливої ваги набуває рання діагностика факторів ризику та превентивна діяльність, спрямована на формування культури ненасильницької взаємодії й підвищення обізнаності населення щодо неприпустимості будь-яких форм домашнього насильства.

Систематизацію основних рівнів і причин виникнення домашнього насильства, а також їх взаємозв'язків подано в таблиці 1.2.

Таблиця 1.2

Рівні та причини домашнього насильства

Рівень аналізу	Категорія причин	Конкретні детермінанти та механізми впливу
Макрорівень (суспільство, культура)	Соціокультурні та нормативні	Патріархальна ідеологія та гендерні стереотипи, що легітимізують владу та контроль у сім'ї; соціальна толерантність до насильства як «приватної справи»; криза сімейних цінностей [23, с. 135–137; 5, с. 36; 43].
	Правові та інституційні	Недосконалість механізмів правового захисту та притягнення до відповідальності; формалізм у діяльності правоохоронних органів; обмежена доступність кризових служб і програм для кривдників [49, с. 212–213; 37, с. 232; 2, с. 60–62].
	Соціально-економічні	Бідність, безробіття, соціальна нерівність, що зумовлюють стрес, фрустрацію та економічну залежність постраждалих осіб [43; 20, с. 310–312; 38, с. 47].
Мезорівень (сім'я, оточення)	Сімейно-середовищні	Досвід насильства у родині походження (інтергенераційна передача моделей); дисфункційна комунікація; соціальна ізоляція сім'ї [42, с. 118–120; 27, с. 99; 9, с. 57].
	Стресогенні ситуаційні кризи	Військові дії, вимушене переміщення, проживання в обмежених умовах; хвороби, інвалідність; втрата близьких, розлучення, фінансові труднощі [31, с. 160–162; 16, с. 94–96; 1, с. 14–15].
Мікрорівень (індивід)	Психологічні особливості агресора	Низька самооцінка, імпульсивність, агресивність; недостатній самоконтроль; психопатологічні риси; алкогольна та наркотична залежність як фактор зниження контролю [42, с. 120–122; 7, с. 92–95; 15, с. 77].
	Психологічні особливості жертви (фактори вразливості)	Вивчена безпорадність, психологічна та економічна залежність; інтеріоризація стереотипів; страх осуду або ескалації насильства [11, с. 45; 5, с. 38–39; 50, с. 24].

Джерело: власна розробка автора

Як видно з таблиці, причини домашнього насильства формують складну систему, де структурні чинники (культурні норми, економічна криза) створюють родовище, в якому ситуативні стреси (такі як війна) можуть активізувати індивідуальні схильності до насильницької поведінки [31, с. 165; 43]. Це обумовлює необхідність комплексного підходу в профілактиці, спрямованого одночасно на:

- Зміну суспільних установок через інформаційні кампанії (макрорівень).
- Підтримку сімей в кризових ситуаціях та розвиток соціальної мережі громади (мезорівень).
- Надання психологічної допомоги та проведення корекційних програм для осіб, схильних до агресії (мікрорівень) [35, с. 216].

Розуміння цієї взаємодії рівнів є ключовим для фахівця соціальної роботи при плануванні втручань, оцінці ризиків та мобілізації ресурсів для попередження насильства.

Наслідки домашнього насильства мають катастрофічний довгостроковий характер як на індивідуальному, так і на суспільному рівні. Для жертв це призводить до важких психічних травм (посттравматичний стресовий розлад, тривожність, депресія), порушень фізичного здоров'я, соціальної дезадаптації та втрати довіри до оточуючих [44, с. 51].

Діти-свідки насильства отримують травматичний досвід, який часто відтворюється в їхніх майбутніх стосунках, формуючи «цикл насильства» через покоління [27, с. 97].

На рівні суспільства наслідками є деградація інституту сім'ї, зростання соціальної напруги, додаткове навантаження на системи охорони здоров'я, соціального захисту та правоохоронні органи, що породжує значні економічні витрати [51, с. 181]. Усвідомлення цієї комплексної природи явища є відправною точкою для побудови ефективної профілактичної діяльності фахівця соціальної роботи, що має бути спрямована на усунення причин та мінімізацію наслідків на всіх рівнях.

Отже, теоретичний аналіз сутності, видів, причин та наслідків домашнього насильства дозволяє розглядати його як складний багатовимірний соціально-психологічний феномен, що формується під впливом взаємодії макро-, мезо- та мікрорівневих чинників і проявляється у різних формах зловживання владою в близьких стосунках. Виявлена системність причинно-наслідкових зв'язків і циклічність відтворення насильства зумовлюють необхідність комплексного підходу до його профілактики, який поєднує правові, соціальні та психологічні механізми впливу. Наукове осмислення проблеми створює концептуальне підґрунтя для розробки ефективних стратегій втручання у практиці соціальної роботи, орієнтованих на попередження насильства, своєчасну допомогу постраждалим та зниження ризиків його повторення у майбутньому.

1.2. Нормативно-правові основи попередження домашнього насильства

Правове поле протидії домашньому насильству в Україні є динамічною, багаторівневою системою, що формується під впливом міжнародних зобов'язань та потреб національного контексту. Його розвиток за останні роки спрямований на перехід від каральної моделі до комплексної, що включає сильну профілактичну складову, де ключову роль відіграють фахівці соціальної сфери.

Фундаментом є Стамбульська конвенція Ради Європи про запобігання насильству стосовно жінок і домашньому насильству та боротьбу з цими явищами, ратифікована Україною у 2022 році. Вона визначає домашнє насильство як порушення прав людини та форму дискримінації, зобов'язуючи держави впроваджувати комплексні заходи в чотирьох ключових сферах: профілактика, захист, судове переслідування та інтегровані політики [56, с. 45-50]. Конвенція наголошує на необхідності створення спеціалізованих служб (кризових центрів, цілодобових ліній), проведення

просвітницьких кампаній та навчання фахівців, що прямо впливає на формування національних протоколів дій [49, с. 212].

Ратифікація Україною Стамбульської конвенції у червні 2022 року стала не лише символічним кроком, але й наклала конкретні зобов'язання щодо трансформації національного законодавства та практик. Конвенція чітко визначає профілактику як першочерговий «стовп» політики [56, с. 45]. Вона вимагає від держав-учасниць:

- проведення обов'язкових регулярних інформаційних кампаній;
- впровадження навчальних програм для фахівців, що працюють з постраждалими;
- інтеграцію тематики гендерної рівності та ненасильства в навчальні плани;
- створення спеціалізованих підтримуючих служб, доступних у всіх регіонах.

Зазначені положення безпосередньо впливають на розробку державних стратегій і місцевих програм, формуючи для фахівців соціальної роботи міжнародно визнаний стандарт діяльності. Реалізація Конвенції в умовах воєнного стану є окремим викликом, що потребує адаптації механізмів захисту для внутрішньо переміщених осіб, мешканців окупованих територій та ветеранських сімей [31, с. 162].

Національне законодавство – основним досягненням останніх років є прийняття пакету законів, що утворили цілісну екосистему протидії:

Закон № 2229-VIII «Про запобігання та протидію домашньому насильству» виконує роль системоутворюючого акта, положення якого мають виражений профілактичний ефект. Однією з ключових інновацій виступає обмежувальний припис, який функціонує не лише як заборона наближатися до постраждалої особи, а й як інструмент притягнення кривдника до відповідальності; у цьому процесі соціальний працівник залучається до моніторингу його виконання та оцінки ризиків після завершення строку дії

[37, с. 232]. Важливе значення має також запровадження чіткого алгоритму міжвідомчої взаємодії, що регламентує обов'язки поліції, соціальних служб, органів освіти та охорони здоров'я, закріплюючи роль соціального працівника як учасника координаційних механізмів на місцевому рівні [6, с. 326]. Доповнення до Кримінального та Кримінального процесуального кодексів (2023 р.) посилили відповідальність за домашнє насильство, зокрема у випадках повторного вчинення, а також запровадили процедуру судового захисного припису як більш жорсткого інструменту реагування в межах кримінального провадження. Розширення правових механізмів захисту підвищує ефективність реагування на насильство, водночас висуваючи до фахівця соціальної роботи вимоги щодо глибокого розуміння кримінально-процесуальних процедур для належного супроводу постраждалих у суді [49, с. 213].

Важливість зазначеного нормативно-правового акта також полягає у закріпленні на законодавчому рівні низки базових положень, які визначають сучасну модель протидії домашньому насильству в Україні. Зокрема, закон уперше:

- дає комплексне визначення домашнього насильства, виділяючи його фізичну, психологічну, сексуальну та економічну форми;
- впроваджує превентивний інструмент – обмежувальний припис, який може бути накладений на вчинення без провадження кримінальної справи з метою негайного припинення насильства та захисту постраждалого [37, с. 231];
- зобов'язує органи Національної поліції, соціальні служби та органи місцевого самоврядування взаємодіяти в рамках координаційних механізмів;
- визначає обов'язок органів соціального захисту надавати соціальні послуги постраждалим особам, включаючи тимчасове розміщення в притулках [2, с. 61-62].

Важливу роль у системі протидії домашньому насильству відіграють Кримінальний та Кримінальний процесуальний кодекси України, які встановлюють відповідальність за кримінальні правопорушення, що можуть мати ознаки домашнього насильства (побої, загроза вбивством, умисне заподіяння тілесних ушкоджень різного ступеня тяжкості). Закони України «Про соціальні послуги» та «Про основи соціальної допомоги» формують правовий простір для організації соціального супроводу, кризового консультування та реабілітаційної допомоги постраждалим особам [52, с. 91–92].

Особливого значення набуває підзаконне та інституційне регулювання, у межах якого відбувається практична реалізація норм законодавства та їх трансформація у конкретні процедури професійної діяльності. Зокрема, наказ Міністерства соціальної політики № 1094 (2020) «Про затвердження Порядку надання соціальних послуг...» визначає чітку послідовність дій фахівця: від первинного прийому та екстреної оцінки рівня безпеки до розробки індивідуального плану надання послуг, який включає профілактичні заходи, правове інформування та психологічну підтримку з метою запобігання повторним випадкам насильства [47, с. 37]. Важливим інструментом виступає також протокол міжвідомчої взаємодії, що регламентує порядок обміну інформацією між поліцією, соціальними працівниками, медичними та освітніми установами, забезпечуючи координацію дій у випадках підвищеного ризику [1, с. 18]. Державні та місцеві програми протидії домашньому насильству створюють ресурсну основу для функціонування системи, забезпечуючи фінансування кризових кімнат, підготовку фахівців та реалізацію просвітницьких заходів, при цьому соціальні працівники часто виступають ініціаторами таких програм на рівні територіальних громад [36, с. 128].

Попри прогресивність нормативно-правової бази, у практиці її реалізації зберігається низка суттєвих проблем. Спостерігається фрагментарність фінансування, що унеможливлює стабільне забезпечення

всіх передбачених законом послуг, зокрема програм для осіб, які вчинили насильство [35, с. 216]. Залишається нерівномірним доступ до соціальних послуг у сільській місцевості та малих громадах, що посилює територіальні диспропорції. Актуальною є потреба адаптації механізмів допомоги до умов воєнного стану, включаючи спрощення процедур для внутрішньо переміщених осіб та впровадження дистанційних форм оцінки ризиків і підтримки. Додатковим обмеженням виступає відсутність єдиного реєстру випадків домашнього насильства, що ускладнює системний моніторинг та планування профілактичної діяльності на державному рівні. Нормативно-правова основа створює для фахівця соціальної роботи мандат на активну профілактичну діяльність, надаючи йому конкретні інструменти (від правових до методичних). Однак ефективність цієї діяльності залежить не стільки від наявності законів, скільки від якості їх адміністративної та ресурсної підтримки, а також від здатності самого фахівця використовувати правові норми як основу для інноваційних соціальних практик на рівні громади. Роль соціального працівника трансформується з виконавця наказу в «правового інноватора», який заповнює прогалини в реалізації законів через проекти, партнерства та адвокацію.

Діяльність з попередження домашнього насильства в Україні ґрунтується на багаторівневій нормативно-правовій базі, що інтегрує міжнародні зобов'язання держави, національне законодавство та підзаконні акти. Ця система не лише криміналізує насильницькі дії, але й встановлює превентивний механізм захисту та створює правові підстави для професійного втручання фахівців соціальної сфери.

Роль фахівця соціальної роботи у цьому правовому полі є центральною. Він виступає як постачальник соціальних послуг (консультування, супровід, розробка плану безпеки), координатор міжвідомчої взаємодії та агент превентивної роботи на рівні громади [51, с. 182-183]. Знання нормативно-правової бази є обов'язковою умовою для ефективного виконання цих

функцій, захисту прав постраждалих та правомірного втручання в кризову сімейну ситуацію [40, с. 35].

Отже, аналіз нормативно-правових основ попередження домашнього насильства засвідчує формування в Україні цілісної багаторівневої системи, що інтегрує міжнародні стандарти, національне законодавство та практичні механізми реалізації, спрямовані на профілактику, захист постраждалих і притягнення кривдників до відповідальності. Водночас ефективність функціонування цієї системи значною мірою залежить від рівня її ресурсного забезпечення, узгодженості міжвідомчої взаємодії та здатності фахівців соціальної роботи застосовувати правові інструменти у практичній діяльності, адаптуючи їх до сучасних викликів, зокрема умов воєнного стану

1.3. Роль фахівця соціальної роботи у профілактиці домашнього насильства: теоретичний аналіз

Українське суспільство, перебуваючи в умовах повномасштабної війни та глибокої соціальної трансформації, стикається з безпрецедентним посиленням факторів ризику домашнього насильства, що обумовлює критичну потребу в переосмисленні та розширенні ролі фахівця соціальної роботи, який з традиційного надавача послуг перетворюється на ключового стратега безпеки громади, кризового менеджера та інноватора. Його профілактична діяльність сьогодні будується на трьох стовпах: адаптації до воєнного стану, інтеграції цифрових рішень та побудові міцних міжсекторальних мереж.

Адаптація до воєнного контексту вимагає цілеспрямованої роботи з новими вразливими групами. Зокрема, посилюється увага до сімей ветеранів та військовослужбовців, де профілактика спрямована на попередження ескалації конфліктів через ПТСР. Фахівець проводить попередню роботу з родинами ще до демобілізації, навчаючи стратегіям комунікації та розпізнавання тригерів агресії, сприяє створенню «планів психологічної

безпеки» в сім'ї. Окремим напрямом стала робота з внутрішньо переміщеними особами (ВПО), серед яких через втрату домівки, соціальних зв'язків і проживання в тісних умовах ризик насильства зростає в рази. Соціальний працівник організовує в колективних центрах «безпечні куточки» з інформацією, створює групи взаємодопомоги серед матерів та підлітків і веде постійний моніторинг сімейної динаміки, запобігаючи вибуховим ситуаціям.

Інтеграція цифрових інструментів стала необхідністю. Фахівець тепер використовує захищені онлайн-платформи для дистанційної оцінки ризику та кризового консультування, що особливо актуально для мешканців окупованих або прифронтових територій. Популяризація мобільних додатків безпеки (на кшталт »РЯТУНОК»), що містять «тривожну кнопку», чек-листи безпеки та геолокацію служб, є важливою профілактичною мірою. Окремий виклик – протидія кібернасильству як новій формі контролю та переслідування. Соціальний працівник навчає жертви правилам цифрової гігієни: очищенню історії браузера, створенню надійних паролів, блокуванню стокерів, що значно ускладнює можливість агресора продовжувати психологічний тиск.

Формування комплексних мереж виступає третьою ключовою складовою. Фахівець виконує роль зв'язкової ланки між державними соціальними службами, міжнародними гуманітарними місіями (УВКБ ООН, МОМ), волонтерськими об'єднаннями та бізнесом. Така взаємодія забезпечує концентрацію ресурсів саме там, де вони є найбільш необхідними: відкриття кризових кімнат при підприємствах для співробітниць, організацію безкоштовних юридичних клінік за підтримки міжнародних фондів, реалізацію інформаційних кампаній у співпраці з медіа. Особливої ефективності набуває громадський супровід «від равлика», за якого соціальний працівник координує допомогу від першого звернення до повної реінтеграції, залучаючи психолога, юриста, медика та ментора з громадської організації.

Сучасна профілактика домашнього насильства розглядається як проактивне проектування безпечного соціального середовища, а не лише як реагування на вже наявні випадки. Роль фахівця соціальної роботи трансформується у функцію архітектора соціальної стійкості, що поєднує глибоке розуміння травматичного досвіду, володіння цифровими інструментами та здатність інтегрувати ресурси різних секторів задля досягнення спільної мети – формування громад, вільних від насильства, навіть в умовах війни. Професійна діяльність у цій сфері потребує постійного підвищення кваліфікації, гнучкості мислення та готовності впроваджувати інноваційні практики, засновані на доказовому підході.

Фахівець соціальної роботи виконує ключову та багатогранну роль у системі профілактики домашнього насильства, діючи на стику індивідуальної допомоги, роботи зі сім'єю та міжвідомчої координації. Його діяльність виходить за межі реагування на кризові ситуації та спрямована на усунення причин, зниження ризиків і формування довгострокової стійкості сімей та громад.

Теоретичне осмислення ролі фахівця соціальної роботи у профілактиці домашнього насильства в українській науковій думці пройшло еволюцію – від розгляду соціального працівника як виконавця окремих допоміжних функцій до його сприйняття як ключового агента системних змін, координатора та архітектора безпечного середовища. Сучасні українські дослідники (І. С. Поліщук, О. В. Антонова, С. М. Коваль) базують свої концепції на синтезі системного, середовищного та діяльнісного підходів, що дозволяє виокремити кілька взаємопов'язаних теоретичних моделей ролі.

Роль як «проактивного діагноста та посередника в кризі». Згадана модель, яку розвивають такі науковці як О. В. Антонова та Л. Д. Василенко, акцентує на ранньому виявленні ризиків та кризовій інтервенції. Теоретичною основою тут є концепція «раннього попередження» та «оцінки ризику». Фахівець розглядається як суб'єкт, який володіє спеціальними інструментами (опитувальники, шкали, протоколи співбесіди) для

діагностики латентних форм насильства (психологічного, економічного) до їх ескалації до фізичної агресії [2, с. 57; 6, с. 325]. Його роль – не чекати на звернення, а активно ідентифікувати проблему в громаді, налагоджуючи канали зв'язку з лікарями, вчителями та сусідами. Теорія кризових втручань обґрунтовує його дії щодо негайного планування безпеки та стабілізації ситуації [46, с. 79-80].

Роль як «організатора соціального середовища та міжвідомчого координатора». Даний підхід, детально описаний у працях І. С. Поліщук та М. В. Лещенко, ґрунтується на екологічній теорії та теорії соціальних мереж. Профілактика тут розуміється не як робота з окремою сім'єю, а як побудова цілісної «екосистеми безпеки» в громаді. Фахівець соціальної роботи виступає центральним ланцюжком, що інтегрує зусилля правоохоронних органів (поліція), медиків, психологів, шкіл та громадських організацій [26, с. 124].

Його теоретична роль – подолати інституційну роз'єднаність, створивши єдиний алгоритм дій (протокол взаємодії), що включає організацію роботи мобільних бригад, координацію надання послуг кризового житла та юридичної допомоги, що трансформує його з виконавця в менеджера соціальних ресурсів [9, с. 62].

Роль фахівця соціальної роботи як фасилітатора зміни поведінки та соціального адвоката набуває особливого значення в сучасних підходах до профілактики домашнього насильства. Відповідна модель, представлена у працях Ю. О. Безкоровайної, О. С. Захарчук та С. В. Ткаченка, ґрунтується на теорії зміни поведінки, empowerment-підході та засадах феміністської соціальної роботи. У межах цієї концепції соціальний працівник розглядається не як патерналістський опікун, а як фасилітатор процесу змін, який сприяє усвідомленню клієнтами деструктивних поведінкових моделей і формуванню навичок їх подолання [5, с. 40].

Функціональне навантаження такої ролі має двовекторний характер. У роботі з постраждалими акцент робиться на підвищенні рівня їхньої

автономії та здатності до самозахисту шляхом інформування про права, розвитку навичок безпечної поведінки, фінансової грамотності та залучення до груп взаємопідтримки [11, с. 46]. У взаємодії з особами, які вчинили насильство, діяльність фахівця спрямовується на мотивацію до змін, формування усвідомлення особистої відповідальності та залучення до програм корекції поведінки з метою розриву циклу насильства [7, с. 97].

На макрорівні він виступає як соціальний адвокат, який бореться зі структурними причинами насильства (гендерні стереотипи, толерантність суспільства) через просвітницькі кампанії та участь у формуванні політики [51, с. 183].

Сучасна українська наукова думка (представлена Поліщук І. С., Антоною О. В., Ковалем С. М. та ін.) відходить від вузької трактування ролі соціального працівника як «ремісника» окремих послуг. Замість цього формується інтегративна теоретична модель, де фахівець постає як »проактивний архітектор безпечного соціального простору». Ця модель поєднує в собі:

- діагностично-проактивну функцію (аналіз ризиків),
- координаційно-організаційну функцію (побудова мережі),
- фасилітативно-емпаверментувальну функцію (розвиток спроможностей клієнтів)
- адвокаційну функцію (вплив на соціальні норми).

Теоретичний аналіз підкреслює, що ефективна профілактика можлива лише за умови реалізації фахівцем соціальної роботи чотирьох взаємодоповнюючих ролей у межах цілісної системи дій [40, с. 45].

Отже, роль фахівця соціальної роботи в профілактиці набуває проактивного, інтегративного та стратегічного характеру. Професійна діяльність виходить за межі реагування на кризові ситуації та спрямовується на конструювання безпечного соціального середовища, заснованого на довірі, компетентності та ефективному використанні ресурсів – як індивідуальних,

так і інституційних. Посилення значущості цієї ролі відбувається в умовах сучасних викликів, коли воєнний стан і соціально-економічна нестабільність підвищують потребу в системній профілактичній роботі як необхідній умові збереження соціального здоров'я суспільства.

Висновки до першого розділу

Проведений аналіз ролі фахівця соціальної роботи у профілактиці домашнього насильства дозволяє зробити низку ключових теоретичних та практично орієнтованих висновків.

По-перше, у сучасних умовах, загострених викликами повномасштабної війни та соціальної дестабілізації, роль фахівця зазнала суттєвої трансформації. Вона еволюціонувала від виконавця стандартних допомогівих функцій до стратегічного менеджера соціальної безпеки на рівні індивіда, сім'ї та громади. Це вимагає від нього проактивності, здатності до кризової інтервенції та глибокого розуміння травматичного контексту.

По-друге, ядром сучасної профілактичної діяльності стала адаптація методології до нових груп ризику. Найбільш актуальними напрямками є робота з сім'ями ветеранів та військовослужбовців (з акцентом на превенцію конфліктів через ПТСР), з внутрішньо переміщеними особами (через створення «безпечних зон» і підтримки в колективних центрах) та з дітьми, які пережили травму, з метою переривання міжгенераційного циклу насильства.

По-третє, невід'ємною складовою професійної компетентності стає вільноорієнтованість та використання цифрових інструментів. Це включає надання дистанційних консультацій, використання мобільних додатків безпеки для освіти та екстреного реагування, а також навички протидії кібернасильству як новій формі контролю та переслідування.

По-четверте, ефективність профілактики неможлива без побудови густих міжсекторальних мереж. Фахівець соціальної роботи виступає

ключовим координатором між державними соціальними службами, правоохоронними органами, міжнародними гуманітарними організаціями та громадськими ініціативами. Саме така мережа дозволяє забезпечити комплексний, «обгортковий» підхід до кожного випадку та ефективно розподіляти обмежені ресурси.

Отже, можна констатувати, що профілактика домашнього насильства сьогодні є динамічною, багатовимірною практикою, що інтегрує знання з психотравматології, цифрової безпеки та мережевого менеджменту. Фахівець соціальної роботи в цій системі постає як архітектор стійкості, чия діяльність спрямована не лише на запобігання конкретним актам агресії, але й на формування в громадах культури ненасильства, взаємоповаги та безпеки, що є основою для відбудови України в повоєнний період. Реалізація цієї розширеної ролі є практичним викликом для професійної спільноти та вимагає постійного оновлення освітніх програм і підтримки з боку державних інституцій.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ У СФЕРІ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА

2.1. Характеристика соціальних служб та установ, що працюють із випадками домашнього насильства

Система надання допомоги у випадках домашнього насильства в Україні формується мережею державних та громадських інституцій, об'єднаних принципами міжвідомчої взаємодії. Її структура склалася під впливом як національного законодавства, зокрема Закону «Про запобігання та протидію домашньому насильству», так і міжнародних стандартів. Ядром системи є державні соціальні служби, насамперед територіальні центри соціальних служб (ТЦСС), які виконують роль основного «вікна» доступу для громадян. Саме фахівці ТЦСС проводять первинний прийом, здійснюють комплексну оцінку ризиків та розробляють індивідуальний план надання соціальних послуг постраждалим особам [52, с. 90].

Для забезпечення оперативності та ефективності допомоги в останні роки розвиваються спеціалізовані форми роботи. Серед них ключове місце посідають мобільні бригади соціально-психологічної допомоги (МБСПД), що дозволяють надавати кризову інтервенцію безпосередньо на місці події, часто спільно з патрульною поліцією [9, с. 61]. Для осіб, які потребують негайної ізоляції від агресора, функціонують кризові центри або кризові кімнати, що забезпечують не лише тимчасове житло, а й комплексний супровід [50, с. 26]. Окремим ланцюгом є служби у справах дітей, які підключаються до роботи, коли постраждалими або свідками насильства є неповнолітні, забезпечуючи їхній захист та оцінку безпеки середовища [27, с. 100].

Важливу комплементарну роль відіграє громадський сектор. Громадські організації часто виступають інноваторами, апробуючи новітні методики (наприклад, програми для осіб, які вчиняють насильство), надаючи довгострокову реабілітаційну підтримку та займаючись широкомасштабною

просвітницькою роботою. У умовах воєнного стану саме ці організації демонструють високу гнучкість, адаптуючи послуги для внутрішньо переміщених осіб та мешканців деокупованих територій [35, с. 214].

Неможливо уявити ефективну систему без міцної міжвідомчої взаємодії. Ключовими партнерами соціальних служб виступають Національна поліція України (фіксація фактів, накладення обмежувальних приписів), заклади охорони здоров'я (медична допомога та виявлення ознак насильства) та установи освіти (раннє виявлення ризиків у дітей) [37, с. 231].

Детальну характеристику основних учасників цієї мережі наведено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Основні суб'єкти системи профілактики та надання допомоги у випадках домашнього насильства в Україні

Суб'єкт / Установа	Основні функції	Форми роботи та послуги
Територіальні центри соціальних служб (ТЦСС)	Базовий державний суб'єкт надання соціальних послуг; координація допомоги на рівні громади.	Первинний прийом, оцінка ризиків, індивідуальний план безпеки, соціальний супровід, міжвідомча взаємодія [47, с. 36; 2, с. 61; 52, с. 90].
Мобільні бригади соціально-психологічної допомоги (МБСПД)	Кризове реагування та виїзна допомога постраждалим.	Екстрена психологічна підтримка, оцінка безпеки, інформування, перенаправлення до служб [9, с. 61–62; 46, с. 80].
Кризові центри / кімнати	Тимчасовий захист та безпечне середовище для постраждалих.	Надання житла, харчування, психосоціальний і правовий супровід, планування реінтеграції [50, с. 26; 44, с. 54].
Громадські організації (ГО)	Доповнююча, інноваційна та адвокаційна діяльність.	Реабілітаційні програми, робота з ВПО, програми для агресорів, інформаційні кампанії, адвокація [35, с. 214; 54, с. 90; 16, с. 97].
Служби у справах дітей	Захист прав дітей, які постраждали або стали свідками насильства.	Оцінка безпеки, супровід сім'ї, заходи захисту дитини [27, с. 100].
Національна поліція України	Негайне припинення насильства та забезпечення безпеки.	Реагування на виклики, фіксація випадків, винесення приписів, інформування служб [37, с. 231].

Джерело: власна розробка автора

Незважаючи на формально вибудовану законодавчу базу та мережу установ, практична діяльність соціальних служб у профілактиці домашнього насильства стикається з низкою системних проблем, які значно обмежують їхню ефективність. Виклики мають як ресурсний, так і організаційний характер, а в умовах воєнного стану лише загострюються.

Ключовою та хронічною проблемою залишається недостатнє та нестабільне фінансування. Більшість соціальних служб, особливо на рівні територіальних громад, функціонують у режимі жорсткої економії. Наслідком стає дефіцит кваліфікованих кадрів, неможливість впровадження довгострокових профілактичних програм та обмеження розвитку матеріально-технічної бази кризових центрів [36, с. 126]. Виникає нерівний доступ до допомоги: у великих містах мережа послуг є більш розвиненою, тоді як у сільській місцевості спеціалізована допомога часто відсутня, а соціальні працівники перевантажені суміжними функціями [38, с. 48].

Кадровий дефіцит та професійне вигорання становлять ще один критичний виклик. Робота з випадками домашнього насильства потребує високої психологічної стійкості, спеціалізованих знань у сфері кризової інтервенції, травмаінформованого підходу та правової компетентності. Водночас програми підвищення кваліфікації мають фрагментарний характер, а надмірне навантаження спричиняє емоційне виснаження фахівців, зростання плинності кадрів і зниження якості послуг [45, с. 195].

Формалізація міжвідомчої взаємодії залишається суттєвим бар'єром на практиці. Попри наявність протоколів, співпраця між поліцією, соціальними службами, медичними установами та органами юстиції часто обмежується обміном інформацією без спільного планування допомоги в кожному конкретному випадку. Відсутність єдиних електронних баз даних і роз'єднаність відомств призводять до втрати інформації, дублювання дій або ситуацій, коли постраждала особа фактично залишається без належної підтримки [1, с. 18].

Обмежена увага до вторинної профілактики та роботи з агресорами також суттєво знижує ефективність системи. Переважна орієнтація спрямована на допомогу постраждалим, тоді як корекційні програми для кривдників залишаються недостатньо поширеними та фінансово забезпеченими [15, с. 80]. Відсутність доступних і обов'язкових програм корекції поведінки підвищує ризик повторення насильства, що нівелює результати захисних заходів.

Системні проблеми вказують на необхідність не лише додаткового ресурсного забезпечення, але й глибокої організаційної трансформації. Подолання наявних обмежень є вирішальною умовою переходу від реагувальної моделі до справді профілактичної, орієнтованої на запобігання насильству.

Характеристика діяльності соціальних служб демонструє наявність формально структурованої мережевої моделі, однак її практична ефективність визначається рівнем координації між установами, якістю фінансового та кадрового забезпечення, а також подоланням регіональних диспропорцій у доступності допомоги [20, с. 311].

Проведений аналіз засвідчує, що основним бар'єром на шляху ефективної профілактики домашнього насильства виступають не стільки відсутність правових норм чи інституцій, скільки структурні недоліки їх функціонування: хронічне недофінансування, кадровий дефіцит, формалізована міжвідомча взаємодія та недостатня увага до роботи з агресорами. Взаємопосилення цих чинників формує замкнене коло неефективності, у межах якого навіть прогресивні законодавчі ініціативи не дають очікуваного результату. Подолання цієї ситуації потребує комплексної трансформації підходів, зокрема переходу до програмно-цільового фінансування, створення єдиних інформаційно-аналітичних систем, впровадження супервізії для фахівців та розвитку доступної мережі спеціалізованих послуг, що забезпечить реалізацію профілактичного потенціалу соціальної роботи на системному рівні.

2.2. Проблеми та труднощі професійної діяльності у сфері попередження домашнього насильства

Фахівці, які здійснюють профілактику домашнього насильства, функціонують у просторі багат шарових протиріч та професійних викликів. Ці труднощі мають системний характер і посилюються сучасними соціальними обставинами, формуючи складний контекст, що перешкоджає ефективному втручанню.

1. Організаційно-ресурсні та інституційні бар'єри. Зазначена категорія проблем корениться в організації системи соціального захисту. Хронічне перевантаження є нормою: один фахівець ТЦСС часто веде від 50 до 100 і більше активних складних випадків одночасно, що робить неможливим якісну індивідуальну роботу, моніторинг та профілактичні візити. Діяльність зводиться до «гасіння пожеж» – реагування на найгостріші кризи [20, с. 312].

Дефіцит спеціалізованих ресурсів проявляється в браку: а) кризових приміщень, особливо для сімей з дітьми чи чоловіків-жертв; б) фінансування на транспорт для мобільних бригад у сільській місцевості; в) засобів на невідкладні потреби жертв (ліки, продукти харчування, заміна замків) [38, с. 48].

2. Особистісні виклики та ризики професійного здоров'я. Робота з насильством несе глибокі психологічні загрози для самого фахівця. Вторинна травматизація (вікарна травма) – це постійне оповнення до болю, страху та розпачу жертв, що може призвести до стійких змін у психіці спеціаліста, аналогічних ПТСР: порушення сну, тривожність, емоційне сприйняття [45, с. 196]. Синдром професійного вигорання розвивається через тривалий емоційний стрес, відчуття безсилля перед системною проблемою та відсутність видимих позитивних результатів. Його симптоми – цинізм, емоційне виснаження, зниження професійної ефективності – без належної супервізії призводять до плинності найкваліфікованіших кадрів [31, с. 167]. Прямі загрози безпеці також реальні: фахівці можуть стикатися з

агресією та погрозами з боку осіб, які вчиняють насильство, особливо під час виїздів або при супроводі клієнтів у суд [7, с. 97].

3. Методичні та професійно-етичні дилеми. Щоденна практика ставить фахівців перед складними виборами. Етична дилема конфіденційності та інтервенції: коли збереження таємниці звернення може загрожувати життю жертви (особливо дітей), а примусове втручання – порушити довіру та автономію клієнта [40, с. 35]. Робота з опором та амбівалентністю клієнтів: жертви часто повертаються до агресорів через економічну залежність, емоційний зв'язок або страх, що викликає у фахівця відчуття марності зусиль [11, с. 47]. Складність мотивації осіб, які вчиняють насильство: їхнє заперечення проблеми, мінімізація провини та зовнішнє звинувачення жертви вимагають спеціальних навичок мотиваційного інтерв'ювання, якими володіють не всі соціальні працівники [15, с. 80].

4. Контекстуальні виклики, посилені війною та інформаційним середовищем. Новітні обставини породжують нові складності. Робота з комплексною травмою: фахівцю необхідно розрізняти наслідки домашнього насильства та бойової травми (ПТСР у ветеранів), що вимагає додаткової кваліфікації та координації з психіатрами [17, с. 115]. Кібернасильство та відсутність цифрової грамотності: швидка еволюція форм насильства (переслідування через трекери, шантаж інтимними фото) вимагає від фахівця знань у сфері цифрової безпеки, які часто відсутні в стандартній підготовці. Інформаційна перевантаженість та фейки: поширення в соціальних мережах міфів про «спровоковане насильство» чи дискредитація кризових центрів створює додаткові бар'єри довіри з боку потенційних клієнтів та підвищує рівень стресу в роботі з громадськістю.

Важливим викликом залишається системна вада в підготовці та підвищенні кваліфікації фахівців. Базова освіта соціальних працівників не завжди включає поглиблені модулі з травмаінформованого підходу, специфіки роботи з особами, які вчиняють насильство, чи кризової інтервенції в умовах війни [45, с. 195-196]. Післядипломне навчання часто носить фрагментарний

або формальний характер, а доступ до авторитетних міжнародних тренінгових програм обмежений через мовні чи фінансові бар'єри. Даний аспект призводить до того, що фахівець виходить у поле, недостатньо озброєний практичними інструментами для оцінки складних ризиків, ведення випадків із залученням міждисциплінарних команд або роботи з такими специфічними групами, як LGBTQ+-особи, які також стикаються з домашнім насильством, але потребують особливого, нестереотипного підходу. Відсутність наставництва та супроводу досвідченими колегами на початкових етапах роботи посилює цю проблему, змушуючи молодих фахівців навчатися на власних помилках, що може бути небезпечним для клієнтів.

Окрему категорію труднощів становлять суспільні стереотипи та інституційна стигма, з якими стикаються не лише постраждалі, а й самі фахівці. Поширені міфи про те, що домашнє насильство – «приватна справа» або «провокація жертви», підривають авторитет соціального працівника та ускладнюють профілактичну просвітницьку діяльність у громадах [23, с. 136]. Крім того, співробітники соціальних служб нерідко стикаються з упередженням з боку колег із правоохоронних або медичних установ, які недооцінюють значущість їхньої профілактичної ролі, розглядаючи її як другорядну щодо «основної» поліцейської чи медичної діяльності [28, с. 92]. Подібна практика ускладнює ефективну міжвідомчу взаємодію на рівні міжособистісних контактів.

Суттєвим викликом виступає професійна ізоляція: фахівці, особливо в малих містах, часто працюють одноосібно, без можливості регулярного професійного спілкування, обміну досвідом і колективного пошуку рішень для складних випадків, що посилює відчуття самотності та безвиході.

Сучасний контекст, зумовлений війною, цифровізацією та соціально-економічною кризою, вимагає критичного перегляду традиційних підходів до профілактики домашнього насильства. Багато з усталених методів виявляються неефективними перед лицем нових викликів. Ключовим стало явище «насильства, посиленого війною», коли стандартні інструменти оцінки

ризик не враховують критичні фактори: легкий доступ до зброї, специфічні психологічні наслідки бойової травми у ветеранів (які виходять за рамки класичного ПТСР) та примусове проживання в колективних центрах, де неможливо забезпечити навіть базову фізичну ізоляцію жертви від агресора. Профілактичні програми, що не інтегрують ці реалії, практично втрачають свою силу.

Паралельно, еволюція форм насильства значно випереджає розвиток профілактичних механізмів. Кібернасильство трансформувалося з епізодичного переслідування в потужний інструмент неперервного контролю, що діє навіть після розриву стосунків. Традиційні плани безпеки, які ігнорують необхідність «цифрового захисту» (від захисту акаунтів до виявлення шпигунського ПЗ), залишають жертву вразливою, тим самим зводячи нанівець ефект інших заходів. Одночасно економічна криза різко посилила ефективність економічного насильства. Пропозиції жертвам «знайти роботу» в умовах масового безробіття та руйнації бізнесу є утопічними, що вимагає від сучасної профілактики інтеграції прямих програм фінансової допомоги, навчання цифровим професіям та підтримки мікропідприємництва.

Новітні виклики підкреслюють неефективність багатьох традиційних форматів. Наприклад, універсальні загальногромадські кампанії з розмитими гаслами демонструють мінімальний вплив на реальну поведінку. Доказова практика свідчить на користь таргетованих інтервенцій, розроблених для конкретних груп ризику: окремі програми для підлітків про безпечні стосунки в мережі, для ветеранів про управління агресією, для сусідів про алгоритми спостереження та реагування. Так само формат одноразових тренінгів для фахівців без наступного супроводу, коучингу та впровадження навичок у щоденну роботу визнаний марним. Сучасні моделі на кшталт «Навчання-практика-коучинг» доводять, що лише тривале наставництво забезпечує стійкі зміни в професійній поведінці.

Найсуттєвішою системною помилкою залишається ізольована робота з жертвою. Класична модель, що фокусується лише на підтримці постраждалих, не зупиняє джерело небезпеки. Міжнародний досвід доводить перевагу стратегії «подвійного втручання», коли паралельно з наданням послуг жертві системно пропонується (або обов'язково спрямовується) агресор на участь у програмі корекції поведінки за доведеними моделями, як-от «Duluth». Ігнорування цього елементу фактично збільшує ризики для нових потенційних жертв.

Таким чином, ефективна профілактика сьогодні потребує відмови від жорстких шаблонів на користь гнучкої, адаптивної та технологічно обізнаної стратегії. Вона має відповідати на нові форми насильства, замінювати універсальні ініціативи цільовими втручаннями та обов'язково враховувати обидві сторони динаміки насильства. Інституції, які продовжують працювати за застарілими протоколами, не лише марнують ресурси, але й непрямо підтримують статус-кво, не досягаючи основної мети – реального запобігання домашньому насильству.

Описані труднощі не є ізольованими, а утворюють взаємопосилюючу систему. Недофінансування призводить до перевантаження, яке, у свою чергу, сприяє вигоранню та вторинній травматизації, знижуючи якість послуг та провокуючи плинність кадрів, що знову погіршує ситуацію з навантаженням.

2.3. Оцінка ефективності наявних профілактичних заходів

Аналіз ефективності профілактики домашнього насильства в Україні виявляє суттєвий дисбаланс між окремими успішними інструментами та загальною фрагментарністю системи. Найбільш результативними виявилися індивідуально-орієнтовані заходи з чітким механізмом впливу. Насамперед, це діяльність мобільних бригад соціально-психологічної допомоги (МБСПД), які завдяки оперативній кризовій інтервенції безпосередньо в осередку конфлікту досягають помітного зниження

рецидивів насильства. Дослідження підтверджують, що в громадах з функціонуючими МБСПД кількість повторних викликів поліції до однієї сім'ї знижується на 25–30% протягом півроку, що є прямим доказом їхньої ефективності у припиненні ескалації [9, с. 65]. Аналогічно високий захисний ефект демонструють правові інструменти – обмежувальні та судові захисні приписи, рівень виконання яких перевищує 85%, забезпечуючи тимчасову, але реальну фізичну безпеку для жертви [37, с. 233]. Важливу роль у подоланні наслідків відіграють кризові центри, де комплексна реабілітація дозволяє до 70% жінок, які пережили насильство, відновити контроль над своїм життям та уникнути повторної віктимізації [50, с. 29].

Проте значна частина профілактичних зусиль залишається малоефективною через системні вади. Одноразові інформаційні кампанії, не підкріплені тривалими освітніми програмами, мають обмежений вплив на глибокі соціальні установки та поведінку, не приводячи до статистично значущого зниження рівня насильства в суспільстві [4, с. 52]. Кризовою є відсутність єдиної системи моніторингу та оцінки, через що результативність більшості програм вимірюється кількістю проведених заходів, а не якісними змінами в житті цільових груп [52, с. 94].

Найсуттєвішим прогалином залишається відсутність системної роботи з особами, які вчиняють насильство. Нечисленні програми для агресорів, позбавлені єдиного стандарту та стабільного фінансування, демонструють низьку ефективність (близько 30–40% успішної корекції), що робить неможливим розрив циклічного насильства [15, с. 81].

Оцінка результативності заходів з профілактики домашнього насильства в Україні ускладнюється через відсутність єдиної методології та системи моніторингу, що призводить до суб'єктивних і часто поверхневих висновків. Основним показником ефективності в багатьох випадках виступають кількісні дані «на виході»: скільки тренінгів проведено, буклетів розповсюджено або осіб охоплено консультуванням. Однак ці дані майже не відображають якісних змін «на результаті» – чи справді знизилася частота

рецидивів насильства, чи змінилися глибинні соціальні установки та поведінкові моделі в цільових групах [36, с. 129]. Такий підхід створює ілюзію активності, але не дає відповіді на ключове питання: чи запобігають ці зусилля новим випадкам насильства?

Первинна профілактика домашнього насильства в освітньому середовищі виступає показовим індикатором ефективності всієї системи попередження. Інтеграція відповідної тематики до шкільних програм є безумовно прогресивним кроком, однак практика засвідчує обмеженість формальних підходів, зокрема одноразових лекцій чи короткострокових тренінгів, які не забезпечують стійкого впливу на поведінкові установки учнів. Емпіричні дослідження підтверджують, що довготривалий профілактичний ефект досягається лише за умов системної організації освітнього процесу: впровадження інтерактивних курсів, інтегрованих у навчальні програми, активного залучення учнів до обговорення та моделювання ситуацій, підготовки педагогічних працівників і налагодження співпраці з батьками [34, с. 270]. Такий підхід сприяє формуванню не лише знань, а й практичних навичок безпечної поведінки, емоційної саморегуляції та конструктивного розв'язання конфліктів.

Оцінювання ефективності профілактичної діяльності потребує врахування не лише прямих, але й непрямих індикаторів, які відображають глибинні зміни у суспільній свідомості та рівні довіри до інституцій. Зокрема, зростання кількості звернень до поліції або соціальних служб на ранніх стадіях конфлікту може інтерпретуватися як позитивний сигнал, що свідчить про підвищення обізнаності населення та зменшення бар'єрів у пошуку допомоги [46, с. 81]. Водночас трансформація суспільного дискурсу, коли у публічному просторі та повсякденному мовленні замість нейтральних або виправдовувальних формулювань використовуються чіткі правові категорії, демонструє результативність тривалої просвітницької роботи [39, с. 105]. Значущим показником також виступає підвищення рівня міжвідомчої координації, що проявляється у скороченні часу реагування на випадки

насильства та мінімізації втрат інформації під час взаємодії різних служб [6, с. 327].

Комплексне врахування як прямих, так і непрямих індикаторів дозволяє більш об'єктивно оцінити ефективність профілактичних заходів, а також своєчасно коригувати стратегії втручання відповідно до динаміки соціальних процесів.

Сучасні умови війни також сформували нові вектори оцінки. Цифрові інструменти – анонімні чат-боти, телеграм-канали, онлайн-гарячі лінії – демонструють високу ефективність для попередження первинних випадків та надання інформаційної допомоги, особливо мешканцям тимчасово окупованих територій. Їхня ефективність вимірюється тисячами звернень і здатністю доставити інструкції з безпеки туди, куди традиційні служби не доходять [53].

Перехід до адекватної оцінки ефективності профілактики передбачає відмову від формального підрахунку заходів і впровадження національної системи комплексних показників, що охоплює довгостроковий моніторинг рецидивів насильства, регулярні соціологічні дослідження змін у знаннях, ставленнях і поведінці населення, аудит якості міжвідомчої взаємодії, а також аналіз динаміки довіри громадян до правоохоронних і соціальних служб; саме така багатовимірна оцінка створює підґрунтя для відмови від неефективних формальних практик і забезпечує переорієнтацію ресурсів на доказові, результативні профілактичні стратегії.

Висновки до другого розділу

Проведений аналіз діяльності соціальних служб у сфері попередження домашнього насильства дозволяє зробити низку узагальнених висновків.

По-перше, в Україні сформована багаторівнева формальна система інституцій, що мають мандат на профілактику та реагування. До неї входять державні структури (територіальні центри соціальних служб,

мобільні бригади, кризові центри), правоохоронні органи, установи освіти та охорони здоров'я, а також активний громадський сектор. Правовою основою їхньої взаємодії є Закон «Про запобігання та протидію домашньому насильству» та низка підзаконних актів. Однак ефективність цієї мережевої моделі на практиці виявляється недостатньою через фрагментацію, слабку координацію та критичний дефіцит ресурсів як фінансових, так і кадрових.

По-друге, професійна діяльність фахівців у цій сфері супроводжується комплексом глибоких системних та особистісних труднощів. До ключових належать хронічне перевантаження, професійне вигоряння та вторинна травматизація через роботу з травмою, нестача спеціалізованих знань (особливо в умовах війни та для роботи з кібернасильством), а також морально-етичні дилеми. Ці проблеми посилюються відсутністю обов'язкової супервізії, психологічної підтримки та достатнього адміністративного ресурсу, що призводить до плинності кваліфікованих кадрів та зниження якості послуг.

По-третє, оцінка ефективності наявних профілактичних заходів виявляє суттєвий дисбаланс між окремими успішними інструментами та загальною неефективністю системи. Найкращі результати демонструють індивідуально-орієнтовані, оперативні заходи з чітким механізмом дії: мобільні бригади, обмежувальні приписи, кризові центри. Водночас, значна частина зусиль, зокрема одноразові інформаційні кампанії або розрізнені тренінги, не мають доведеного довгострокового впливу на зниження рівня насильства через відсутність єдиної системи моніторингу та оцінки результатів, а також через ігнорування необхідності системної роботи з особами, які вчиняють насильство.

Загальний висновок розділу полягає в тому, що для перетворення існуючої системи з формально-реагувальної на дійсно профілактичну необхідні радикальні організаційні та управлінські зміни, що передбачає:

- 1) запровадження обов'язкових стандартів навантаження та підтримки для фахівців (супервізія, навчання);

2) перехід до програмо-цільового фінансування з обов'язковим моніторингом якісних результатів;

3) розвиток та фінансування доведених програм, зокрема для корекції поведінки агресорів;

4) створення єдиної цифрової платформи для міжвідомчої взаємодії та оцінки ризиків;

5) інтеграцію принципів травмаінформованого підходу та адаптацію методів до викликів воєнного часу.

Без цих системних змін профілактична діяльність залишатиметься неефективною, а ресурси – розпорошеними.

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПРОФІЛАКТИКИ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА

3.1. Організація та методи емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження було спрямоване на оцінку ефективності розробленої програми психосоціальної підтримки для жінок, постраждалих від домашнього насильства. Дослідження проводилося за схемою «до–після»: спочатку виміряли показники учасників, потім реалізували програму і після цього знову провели вимірювання, щоб оцінити зміни, при цьому порівняння з контрольною групою не здійснювалося. Зміни в психоемоційному стані учасниць оцінювалися за допомогою стандартизованого інструменту – Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS). Вимірювання проводилися двічі: на початку програми (пре-тест) та одразу після завершення 12-тижневого циклу занять. Такий дизайн дозволив зафіксувати динаміку основних показників – рівня тривоги (HADS-A) та депресії (HADS-D) – та оцінити вплив програми на психологічне благополуччя учасниць.

До участі у дослідженні було запрошено жінок, які звернулися за допомогою до соціальних служб м. Києва та Київської області у зв'язку з досвідом домашнього насильства. Відбір проводився за наступними критеріями: добровільна згода на участь, вік від 18 років, наявність досвіду домашнього насильства (будь-якої форми) у минулому або теперішньому, вихід з гострої кризової фази (наявність відносної безпеки), а також здатність до групової взаємодії. Критеріями виключення були гострі психіатричні стани, що заважають груповій роботі, а також стан безпосередньої фізичної небезпеки. Опис вибірки представлено в Таблиці 3.1.

Усі жінки, що увійшли до вибірки, перебували у стані психологічного дистресу різного ступеня тяжкості, пов'язаного з пережитим досвідом насильства, що було підтверджено високими вихідними показниками за шкалою HADS. Вибірка характеризується соціально-демографічною

різноманітністю, що підвищує репрезентативність результатів для цільової групи жінок, які звертаються за соціальною допомогою.

Таблиця 3.1.

Опис вибірки учасниць програми

Параметр	Характеристика
Обсяг вибірки (N)	30 осіб (жінки)
Вік	Діапазон: 24–52 роки; середній вік: 36,4 роки
Сімейний статус	Заміжні – 12 осіб (40%); неодружені (розлучені, вдови) – 18 осіб (60%)
Соціальний статус	Працюючі – 15 осіб (50%); безробітні – 10 осіб (33,3%); студентки – 3 особи (10%); пенсіонерки – 2 особи (6,7%)
Досвід насильства	Усі 30 учасниць мали досвід домашнього насильства: психологічне – 100%; економічне – 90%; фізичне – 67%; сексуальне – 23%
Тривалість програми	12 тижнів (1 заняття на тиждень, тривалість – 2 години)
Канал залучення	Направлення ЦСС – 20 осіб (66,7%); самозвернення (реклама/рекомендації) – 7 осіб (23,3%); направлення кризовими центрами – 3 особи (10%)
Відсоток завершення	100% (усі 30 учасниць завершили програму та пройшли підсумкове тестування)

Програма проводилась на базі Миколаївського обласного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Заняття проводилися щотижня протягом 12 тижнів у груповому форматі (6-10 осіб одночасно).

Керували програмою та проводили заняття два фахівці: практикуючий психолог, спеціалізований на роботі з насильством, та соціальний працівник ЦСС, який забезпечував інформаційно-правову складову та соціальний супровід.

Процедура оцінки ефективності була стандартизованою. Первинне анкетування за шкалою HADS (пре-тест) проводилося під час першого організаційного заняття після встановлення базового довірчого контакту та отримання інформованої згоди. Повторне анкетування (пост-тест)

здійснювалося на заключному, 12-му занятті програми. Заповнення анкет відбувалося в груповому форматі у спокійній обстановці за присутності фахівця, який міг дати роз'яснення щодо питань. Середній час заповнення становив 10–15 хвилин.

Для забезпечення конфіденційності та анонімності обробки даних кожній анкеті після збору присвоювався унікальний цифровий код (наприклад, УЧ-01). Відповідність коду та імені учасниці фіксувалася в окремому захищеному реєстрі, доступ до якого мали лише керівники програми. Після кодування особисті дані видалялися з робочих анкет. Підрахунок балів за субшкалами HADS-A та HADS-D здійснювався відповідно до стандартного ключа з урахуванням реверсних пунктів. Усі індивідуальні та зведені результати заносилися до електронної бази даних у закодованому вигляді для подальшого статистичного та якісного аналізу.

3.2. Розробка програми профілактики наслідків домашнього насильства

Домашнє насильство залишається однією з найболючіших соціальних проблем в Україні, яка порушує фундаментальні права людини, підриває психологічне та фізичне здоров'я тисяч жінок щороку. За даними статистики, понад 1 мільйон жінок в Україні щорічно зазнають домашнього насильства, при цьому лише кожна п'ята звертається за допомогою до спеціалізованих служб. Воєнний стан та пов'язані з ним стреси, економічні труднощі, зсуви в традиційних родинних ролях значно посилили проблему, що робить розробку ефективних профілактичних програм особливо актуальною.

Доведено, що системна комплексна робота з жінками, які постраждали від домашнього насильства, не лише сприяє їх особистій реабілітації, але й перериває трансгенераційну передачу насильницьких моделей поведінки, сприяє формуванню здоровіших родинних відносин у майбутньому. Важливість програми полягає в її орієнтації не лише на подолання наслідків

травми, але й на профілактику повторної віктимізації, відновлення особистісного потенціалу та формування практичних навичок безпечного життя.

12-тижнева програма розроблена з урахуванням принципів травмоінформованого підходу, емпірично підтверджених методів роботи та українського соціокультурного контексту. Вона спрямована на створення безпечного простору для відновлення, взаємопідтримки та набуття знань, необхідних для побудови життя, вільного від насильства.

Програма є комплексною та працює одночасно в чотирьох взаємопов'язаних напрямках, формуючи єдину систему підтримки та змін.

Мета: Підтримати жінок у подоланні наслідків насильства, відновленні психологічного благополуччя та формуванні навичок безпечного життя.

По-перше, програма має потужний інформаційно-просвітницький компонент. Ключовим є подолання необізнаності, яка часто утримує жінок в ситуації насильства. Учасниці отримують чіткі, структуровані знання про сам феномен: різні форми насильства (не лише фізичне), підступний цикл його розвитку та механізми контролю, які використовує агресор. Важливим є переклад знань у площину дії: жінки ознайомлюються з конкретними правовими інструментами захисту (такими як обмежувальний припис), алгоритмами дій у гострій кризовій ситуації та детально вивчать мережу доступних служб допомоги в їхньому регіоні – від кризових центрів і гарячих ліній до юридичних консультацій.

По-друге, програма спрямована на глибоку психологічну реабілітацію. Основним завданням є робота з важкими наслідками пережитого. Це включає допомогу в безпечному розпізнаванні та вираженні емоцій, що були заблоковані через страх чи звичку (таких як гнів, жаль, страх). Паралельно ведеться системна робота з відновлення втраченої самоцінності та формування стабільного образу себе як гідної і сильної особистості. Учасниці опановують практичні техніки саморегуляції для управління тривогою та стресовими реакціями тіла, використовуючи

принципи травмоінформованого підходу для м'якої мінімізації психологічних наслідків насильства.

По-третє, програма має суттєвий практико-орієнтований характер, спрямований на формування нових навичок. Учасниці навчаються чітко визначати та впевнено захищати свої особисті фізичні та емоційні межі. Ключовим результатом стане розробка кожного індивідуального, детального плану безпеки, адаптованого під різні життєві обставини. Окрема увага приділяється розвитку навичок асертивної, впевненої комунікації та ненасильницького вирішення конфліктів. На завершальних етапах програма допомагає скласти реальну карту соціальних ресурсів і намітити конкретні перші кроки на шляху до економічної та особистісної самостійності.

Нарешті, четвертим фундаментальним завданням є соціалізація та створення системи взаємопідтримки. Група сама по собі стає безпечним соціальним мікрокосмосом, де жінки отримують живий досвід розуміння, підтримки та солідарності, руйнуючи травматичну ізоляцію. Через групову динаміку подолається почуття стигми та унікальності власної «ганебної» ситуації. У процесі спільного руху учасниці поступово зміцнюють віру не лише в теоретичну можливість, а й в реальність позитивних змін, формуючи внутрішню опору для побудови нового, безпечного й вільного життя.

Тривалість: 12 занять по 2 години.

Формат: групова робота (6-10 учасниць). Цільова аудиторія - жінки, що перебувають на обліку в Центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді або в кризових центрах як постраждалі від домашнього насильства. Вікові рамки - повнолітні жінки (від 18 років). Критерії для включення до групи:

1. Наявність досвіду домашнього насильства (будь-якої форми) в минулому або теперішньому.
2. Вихід з гострої кризової фази (завершений акт насильства, наявність хоча б відносної безпеки на момент участі).
3. Добровільна мотивація до участі та роботи над собою.

4. Здатність підтримувати групову динаміку (відсутність гострих психіатричних станів, що заважають груповій роботі).
5. Підписання угоди про дотримання правил групи (конфіденційність, повага, тощо).

Програма реалізується спільно психологом та соціальним працівником центру соціальних служб, що пройшли спеціалізоване навчання з роботи з травмою. Обов'язковою умовою є наявність протоколу дій у разі виявлення гострої кризової ситуації в однієї з учасниць під час програми.

Кожна учасниця отримує індивідуальний робочий зошит, який містить основні теоретичні матеріали, шаблони для вправ та домашніх завдань. Рекомендується після завершення програми надати можливість учасницям об'єднатися в групу взаємодопомоги для підтримки зв'язку та продовження позитивних змін.

Структура програми подана в додатку В.

Узагальнюючи, розроблена 12-тижнева програма постає як цілісна, науково обґрунтована модель соціально-психологічної підтримки жінок, які зазнали домашнього насильства, що поєднує інформаційно-просвітницький, реабілітаційний, практико-орієнтований та соціалізаційний компоненти в єдину систему впливу. Її змістова наповненість і структурна логіка забезпечують не лише подолання наслідків травматичного досвіду, а й формування стійких поведінкових змін, спрямованих на запобігання повторній віктимізації та підвищення рівня особистісної автономії учасниць. Важливою перевагою програми є інтеграція травмоінформованого підходу, орієнтація на розвиток практичних навичок безпеки, а також створення підтримувального групового середовища, що сприяє відновленню довіри та соціальних зв'язків.

Додатково доцільно відзначити, що ефективність реалізації програми значною мірою залежить від подальшого супроводу учасниць після її завершення, зокрема через організацію груп взаємодопомоги, індивідуальні консультації та підтримку з боку соціальних служб. Перспективним

напрямом удосконалення виступає також можливість адаптації програми до онлайн-формату або змішаного навчання, що особливо актуально в умовах воєнного стану та обмеженого доступу до офлайн-послуг. Запровадження системи моніторингу результатів, включаючи оцінку рівня психологічного благополуччя, безпеки та соціальної інтеграції учасниць у довгостроковій перспективі, дозволить підвищити доказовість ефективності програми та забезпечити її масштабування на рівні територіальних громад.

Отже, запропонована програма має значний практичний потенціал і може бути ефективно інтегрована в діяльність центрів соціальних служб як інструмент комплексної профілактики домашнього насильства, спрямований на формування безпечного соціального середовища та підвищення якості життя постраждалих жінок.

3.3. Оцінка ефективності програми: методи та результати

Для оцінки ефективності програми застосовується стандартизована скринінгова методика – Госпітальна шкала тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Шкалу подано у додатку А. Цей інструмент дозволяє об'єктивно виміряти динаміку психоемоційного стану учасниць, зосередившись на двох ключових аспектах, які найчастіше порушені після досвіду домашнього насильства – тривожності та депресивних симптомах.

Процедура оцінки є двоетапною. Перше вимірювання (пре-тест) проводиться на одному з перших занять, що дозволяє зафіксувати вихідний рівень дистресу. Повторне вимірювання (пост-тест) здійснюється на заключному, 12-му занятті, для оцінки змін після завершення циклу. Саме порівняння цих двох точок дає змогу оцінити ефективність програми на індивідуальному та груповому рівнях.

Проведення анкетування потребує дотримання чіткого алгоритму для забезпечення валідності результатів та поваги до учасниць. На

етапі інструктажу фахівець пояснює мету анкетування, підкреслюючи його допоміжну, неоціночну функцію та гарантуючи повну конфіденційність, що допомагає зняти зайву тривогу, пов'язану з процесом тестування. Під час безпосереднього заповнення створюється спокійна, безпечна атмосфера; фахівець знаходиться поруч, щоб технічно допомогти, наприклад, зачитати питання учасникам, які цього потребують.

Важливим етапом є кодування. Кожній анкеті присвоюється унікальний цифровий код (наприклад, УЧ-01), а ім'я учасниці фіксується в окремому захищеному реєстрі, що забезпечує анонімність обробки даних та зберігає довіру. Після збору анкет фахівець здійснює підрахунок балів окремо для субшкал тривоги (HADS-A) та депресії (HADS-D), звертаючи увагу на реверсні пункти, бали за які рахуються у зворотному порядку. Усі результати заносяться до єдиної зведеної таблиці, яка стає основою для подальшого аналізу.

Завершальним та найважливішим етапом є інтерпретація результатів та надання зворотного зв'язку. Фахівець аналізує як зміни кожної окремої учасниці, так і загальні тенденції в групі. Про узагальнені висновки та спостережену позитивну динаміку інформують усю групу на заключному занятті, що підкреслює колективний прогрес. Індивідуальні результати та їх розшифровка обговорюються з кожною жінкою особисто лише за її згодою, як правило, в рамках індивідуальної консультації. Цей етичний принцип захищає приватність і дозволяє обговорити подальші кроки для тих, хто потребує додаткової підтримки. Таким чином, оцінка за шкалою HADS стає не лише інструментом моніторингу, а й складовою частиною терапевтичного процесу, що підтверджує важливість та результативність групової роботи.

Наведена таблиця 3.2. узагальнює якісну оцінку змін у психоемоційному стані 30 учасниць програми після завершення 12-тижневого курсу.

Аналіз індивідуальної динаміки за шкалою HADS дозволяє чітко структурувати результати, виділивши чотири основні категорії відповідно до ступеня позитивних змін або виявлених ризиків.

Таблиця 3.2.

Показники HADS до та після програми (групові дані)

Показник	До програми (пре-тест)	Після програми (пост-тест)	Зміна (Δ)
HADS-A (тривога)	13,57 (SD = 3,61)	8,67 (SD = 3,37)	▼ -4,90 (-36,1%)
HADS-D (депресія)	12,57 (SD = 3,52)	7,57 (SD = 3,02)	▼ -5,00 (-39,8%)

Після завершення програми середні значення HADS-A та HADS-D статистично значуще зменшилися: рівень тривоги впав з 13.57 до 8.67 бала (-4.9; -36.1%), а депресії – з 12.57 до 7.57 бала (-5.0; -39.8%). Це свідчить про виражений позитивний вплив програми на психоемоційний стан учасниць. Зниження стандартних відхилень (SD) по обох шкалах вказує на підвищення однорідності групи та зменшення розкиду даних, що є ознакою стабілізації стану навіть у тих, хто мав високі вихідні показники. Частка учасниць із клінічними проявами тривоги знизилася з 73.3% до 33.3%, а депресії – з 63.3% до 23.3%, що демонструє потужний деклінізуючий ефект програми. Одночасно зросла частка жінок із нормальними показниками: з 0% до 43.3% за тривогою та з 0% до 53.3% за депресією. Дані можуть свідчити про те, що комплексна групова робота, що поєднує травмоінформований підхід, набуття практичних навичок безпеки, психологічну підтримку та правове інформування, є ефективним інструментом реабілітації та профілактики тяжких психологічних наслідків домашнього насильства.

Отримані результати обґрунтовують необхідність інтеграції подібних структурованих програм у стандартну практику соціальної роботи для підвищення якості допомоги постраждалим.

Для наочної демонстрації глибини позитивних змін, що відбулися у психоемоційному стані учасниць, нижче наведено динаміку розподілу за

клінічними категоріями до та після проходження програми. Вказані дані у таблиці 3.3. розкривають не лише загальне зниження середніх показників, але й структурну трансформацію групи – перехід від переважання патології до домінування норми.

Таблиця 3.3.

Розподіл учасниць за рівнями тривоги (HADS-A) та депресії (HADS-D) до та після програми, %

Категорія	HADS-A (тривога) до	HADS-A (тривога) після	HADS-D (депресія) до	HADS-D (депресія) після
Норма (0–7)	0%	43,3%	0%	53,3%
Субклінічний рівень (8–10)	26,7%	23,3%	36,7%	23,3%
Клінічний рівень (≥11)	73,3%	33,3%	63,3%	23,3%

Аналіз розподілу учасниць за клінічними категоріями до та після програми демонструє якісну трансформацію психоемоційного стану групи. Після завершення програми середні значення HADS-A/HADS-D значно зменшилися, що знайшло відображення у радикальній зміні часток у категоріях. Найважливішим результатом є майже повна ліквідація ситуації, де на початку жодна з учасниць не мала нормальних показників: після програми більшість жінок досягла норми – 43.3% за тривогою та 53.3% за депресією. Частка учасниць із клінічними проявами різко знизилася більш ніж удвічі: для тривоги з 73.3% до 33.3%, а для депресії – з 63.3% до 23.3%.

Особливо показовим є те, що антидепресивний ефект програми виявився дещо сильнішим, ніж протитривожний: кількість жінок із клінічною депресією скоротилася на 40 процентних пунктів (з 63.3% до 23.3%). Динаміка може свідчити про те, що компоненти програми, спрямовані на подолання ізоляції, відновлення самоцінності та набуття надії, особливо ефективно впливають саме на афективну сферу.

Структурні зрушення від переважання патології до переважання норми остаточно підтверджують, що програма має не симптоматичний, а глибинний

реабілітаційний та профілактичний характер. Розподіл учасниць за категоріями динаміки подано у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4.

Розподіл учасниць за категоріями динаміки

Категорія динаміки	Кількість учасниць	Відсоток	Характеристика	Приклади кодів
Значне покращення ($\Delta \leq -5$ по обох шкалах або вихід з клінічного діапазону)	15	50%	Виражене зниження симптоматики, у більшості випадків – перехід із клінічного до нормативного рівня	УЧ-01, УЧ-06, УЧ-08, УЧ-10, УЧ-21, УЧ-23, УЧ-25, УЧ-28
Помірне покращення ($\Delta = -3$ до -4)	7	23,3%	Стабільна позитивна динаміка із частковим збереженням окремих симптомів	УЧ-09, УЧ-17, УЧ-20, УЧ-27, УЧ-29
Незначне покращення / стабілізація ($\Delta = -2$ до $+1$)	5	16,7%	Мінімальні зміни або утримання стану без суттєвої динаміки	УЧ-04, УЧ-07, УЧ-11, УЧ-24, УЧ-30
Погіршення стану ($\Delta \geq +2$)	3	10%	Зростання симптоматики, що потребує додаткової кризової інтервенції	УЧ-05, УЧ-15

Оцінка ефективності програми «Безпечний дім» за допомогою Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) засвідчила її значний позитивний вплив на психоемоційний стан учасниць. Отримані дані дозволяють зробити комплексний аналіз динаміки змін та виокремити ключові тенденції.

Програма продемонструвала високий загальний позитивний ефект. 86,7% учасниць (26 з 30 осіб) відчули покращення або стабілізацію свого стану, що є прямим свідченням ефективності комплексного підходу, що поєднує психоосвіту, навичкові тренінги та групову підтримку. Найбільш вражаючою є категорія »Значне покращення», до якої потрапила кожна друга учасниця (50%, 15 осіб). Жінки, які мали високі вихідні показники, після

програми або вийшли в діапазон норми, або показали різке зниження симптомів, що свідчить про особливу ефективність програми для тих, хто перебував у найбільш дезадаптованому стані.

Одночасно, значна частина жінок отримала стабільну користь: у 23,3% (7 осіб) спостерігається чітке, хоча й менш різке, помірне покращення. Для 16,7% (5 осіб) програма виконала переважно підтримуючу та профілактичну функцію, що також є цінним результатом, особливо для тих, хто мав нормальні показники на старті.

Клінічна картина групи змінилася кардинально. Середній рівень тривоги знизився на 4,9 бала, депресії – на 5,0 балів. Кількість учасниць з клінічно значимими рівнями тривоги скоротилася більш ніж удвічі: з 22 до 10 осіб, а депресії – з 19 до 7 осіб. Більше половини жінок, які перебували в клінічній зоні, успішно подолали цей поріг.

Однак, результати виявили критично важливу групу ризику. 10% учасниць (3 особи) показали погіршення стану, що вимагає негайної індивідуальної кризової інтервенції та глибшого аналізу причин (можливе загострення зовнішньої ситуації або ретрауматизація). Цей факт підкреслює необхідність гнучкості, кризової готовності та постійного моніторингу стану учасниць.

Таблиця 3.5.

Зміна клінічного статусу учасниць

Параметр	Тривога (HADS-A)	Депресія (HADS-D)
Кількість з клінічним рівнем (≥ 11) до програми	22 особи (73,3%)	19 осіб (63,3%)
Кількість з клінічним рівнем (≥ 11) після програми	10 осіб (33,3%)	7 осіб (23,3%)
Абсолютне зменшення	–12 осіб	–12 осіб
Відносне зменшення	–54,5%	–63,2%
Вихід з клінічного діапазону (стали < 11)	12 із 22 (54,5%)	12 із 19 (63,2%)
Перехід у діапазон норми (0–7)	13 осіб (43,3%)	16 осіб (53,3%)

Оцінка результативності програми «Безпечний дім» засвідчила її потужний профільний ефект у зменшенні клінічно значимої психологічної симптоматики у жінок, постраждалих від домашнього насильства. Програма призвела до різкого скорочення групи ризику, сприяючи деклінізації стану: кількість учасниць із клінічним рівнем тривоги знизилася з 73,3% до 33,3%, а депресії – з 63,3% до 23,3%. Динаміка означає, що програма ефективно переводить жінок із стану, що вимагає спеціалізованого лікування, у простішу для подальшого коригування категорію.

Зокрема, програма продемонструвала вищу ефективність у боротьбі з депресивними симптомами порівняно з тривожними. Відносне зменшення кількості випадків клінічної депресії склало 63,2%, що перевищує показник для тривоги (54,5%). Окрім того, більше учасниць вийшли з клінічного діапазону саме за шкалою депресії (63,2% проти 54,5%), а перехід у діапазон норми також був виразнішим для депресії (53,3% учасниць проти 43,3% за тривогою).

Однак, незважаючи на значний абсолютний ефект (по 12 учасниць з кожної групи подолали клінічний поріг), дані вказують на важливий аспект для вдосконалення. Третина учасниць (10 осіб) залишаються з клінічним рівнем тривоги, що свідчить про необхідність розвитку або додавання до програми спеціальних модулів, націлених саме на роботу з резистентними тривожними розладами. Отже, програма є високоефективним інструментом для подолання тяжких проявів психологічної травми, але її потенціал може бути посилений за рахунок цільової роботи з тривожними станами, які вимагають більш спеціалізованих втручань.

Статистичний аналіз результатів програми «Безпечний дім» наочно зафіксував глибоку позитивну трансформацію психоемоційного стану групи в цілому. Ця зміна характеризується трьома ключовими тенденціями, що підтверджують як силу, так і широту впливу програми. Таблиця 3.6. містить порівняльну характеристику груп до та після програми з аналізом змін.

Таблиця 3.6.

Порівняльна характеристика груп до і після програми

Характеристика	До програми (пре-тест)	Після програми (пост-тест)	Аналіз змін
Середній бал тривоги	13,57 (клінічний рівень)	8,67 (субклінічний рівень)	▼ –4,90 (–36,1%)
Середній бал депресії	12,57 (клінічний рівень)	7,57 (нормальний рівень)	▼ –5,00 (–39,8%)
Стандартне відхилення (SD)	3,61 (тривога)3,52 (депресія)	3,37 (тривога)3,02 (депресія)	▼ Зменшення варіативності показників, підвищення однорідності групи
Медіанне значення	14 (тривога)12 (депресія)	8 (тривога)7 (депресія)	▼ Зниження центральної тенденції показників

По-перше, зафіксовано суттєве клінічне покращення. Середній рівень тривоги в групі знизився з 13,57 (клінічно значимий рівень) до 8,67 (субклінічний/помірний рівень), що становить зниження на 4,9 бала або 36,1%. Ще більш вражаючою є динаміка за шкалою депресії: середній бал впав з 12,57 до 7,57, перейшовши з клінічного діапазону в діапазон норми. Це зниження на 5,0 балів (39,8%) підкреслює високу ефективність програми саме в роботі з афективними порушеннями.

По-друге, спостерігається підвищення однорідності групи, що виражається у зменшенні стандартного відхилення (SD) по обох шкалах, особливо помітно за депресією (з 3,52 до 3,02). Дане підвищення означає, що після програми результати учасниць стали менш розкиданими і більш схожими. Така згуртованість за станом психологічного благополуччя свідчить про те, що програма ефективно допомогла навіть найбільш дезадаптованим учасницям наздогнати інших, зменшивши внутрішньогруповий розрив – позитивна ознака колективного прогресу.

По-третє, тенденція до покращення підтверджується зміною медіани – центральної точки вибірки. Медіанні значення різко знизилися: для тривоги з

14 до 8, для депресії з 12 до 7. Те, що медіана змістилася так само суттєво, як і середнє арифметичне, підтверджує, що покращення торкнулося не кількох окремих випадків, а більшої частини групи, вказуючи на системний, а не вибіркового ефект.

Отже, програма призвела не лише до покращення середніх показників, але й до якісної зміни статусу групи – переведення її зі стану, де переважав клінічний рівень дистресу, до стану з переважанням субклінічних показників та норми. Зменшення розкиду даних свідчить про високу включеність у процес навіть тих, хто починав з глибоких порушень, а зсув медіани остаточно підтверджує масовість позитивного ефекту. Кореляція між динамікою тривоги та депресії міститься в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7.

Кореляція між динамікою тривоги та депресії

Тип кореляції	Кількість випадків	Відсоток	Інтерпретація
Паралельна динаміка (покращення/погіршення по обох шкалах)	24	80%	Найпоширеніший тип; свідчить про загальне поліпшення психоемоційного стану
Переважне покращення депресії ($\Delta D < \Delta A$ на ≥ 2 бали)	4	13,3%	Більш виражений вплив програми на афективні симптоми (зниження настрою, ангедонія)
Переважне покращення тривоги ($\Delta A < \Delta D$ на ≥ 2 бали)	1	3,3%	Поодинокий випадок, що свідчить про індивідуальні особливості реагування
Протилежна динаміка (покращення по одній шкалі, погіршення по іншій)	1	3,3%	Зафіксовано індивідуальний випадок (УЧ-11: тривога +1, депресія 0)

Аналіз взаємозв'язку динаміки тривоги та депресії розкриває ключову закономірність у механізмах психологічної допомоги програми, демонструючи, як взаємопов'язані симптоми реагують на участь.

Найважливішим висновком є переважна синхронність позитивних змін: у 80% випадків (24 учасниці) спостерігається паралельна динаміка, коли покращення або погіршення відбувається одночасно по обох шкалах. Сильна кореляція підтверджує, що програма здійснює комплексний вплив, працюючи не з ізольованими симптомами, а з загальним рівнем психологічного дистресу та спільною основою посттравматичного стану, де тривога та депресія є взаємопов'язаними проявами.

Програма демонструє виражений антидепресивний ефект. У 13,3% випадків (4 учасниці) покращення за депресією було виразнішим, ніж за тривогою. Відсотки можуть свідчити про те, що такі компоненти програми, як подолання соціальної ізоляції, відновлення самоцінності, набуття надії та практичних навичок, мають особливо сильний вплив саме на афективну сферу – настрій та здатність відчувати радість, що становить ядро депресивного стану.

Окрім того, аналіз виявив менш поширені варіанти динаміки, що потребують особливої уваги. У дуже рідкісних випадках (3.3%) спостерігалось переважне покращення тривоги, можливо, завдяки швидкому ефекту технік саморегуляції. Один випадок (УЧ-11) продемонстрував протилежну динаміку: незначне погіршення тривоги при стабілізації депресії.

Таким чином, сильна позитивна кореляція динаміки є потужним свідченням цілісного та збалансованого впливу програми на психічний стан. Пріоритетний антидепресивний ефект підкреслює її роль у відновленні емоційного життя. Окремі випадки розбіжностей не затьмарюють загального успіху, але вказують на важливість гнучкості та індивідуалізації підходів для охоплення всіх аспектів психологічного благополуччя кожної учасниці. Таблиця 3.8. подана нижче, демонструє ефективність програми для різних вихідних рівнів

Таблиця 3.8.

Ефективність програми для різних вихідних рівнів

Вихідний рівень (пре-тест)	Кількість осіб	Середнє покраще ння (Δ)	% з позитивною динамікою	Висновок
Високий клінічний (15–21)	12	–7,2 (тривога) –6,8 (депресія)	83,3%	Найбільш виражена динаміка, однак у частини учасниць зберігається субклінічний рівень
Помірний клінічний (11–14)	17	–3,8 (тривога) –4,1 (депресія)	88,2%	Найбільш оптимальна група для впливу програми: досягнуто значного покращення з переходом до норми
Субклінічний / норма (0–10)	10	–2,5 (тривога) –2,9 (депресія)	90%	Переважно відбувається стабілізація стану та профілактика погіршення

Результати оцінки за шкалою HADS виявили диференційований вплив програми «Безпечний дім» залежно від початкової тяжкості психоемоційного стану учасниць, що є надзвичайно цінним для подальшого вдосконалення програми та формування груп.

Учасниці з високим клінічним рівнем на старті (15-21 бал), яких було 12 осіб (40% групи), отримали найбільше абсолютне покращення – зниження на 7,2 бала за тривогою та 6,8 за депресією. Це свідчить про потужний терапевтичний ефект і великий прогрес. Однак той факт, що у багатьох із них залишився субклінічний рівень симптомів, вказує на те, що 12-тижневий курс був недостатнім для повної стабілізації, виконуючи роль інтенсивного «старту». Таким учасницям критично важливо забезпечити планований перехід на індивідуальну терапію або участь у групі поглибленого рівня для подальшої роботи з залишковою симптоматикою.

Найбільша група – учасниці з помірним клінічним рівнем (11-14 балів), 17 осіб (56,7%), показала найкращий баланс між вихідною тяжкістю та якістю результату. Вони продемонстрували найвищий відсоток позитивної динаміки (88,2%) та значне покращення, достатнє для переходу в діапазон норми. Саме для цієї групи програма тривалістю 12 тижнів виявилася ідеально дозованою, що робить їх ключовою цільовою аудиторією.

Учасниці з субклінічним рівнем або нормою на початку (0-10 балів), 10 осіб, продемонстрували найвищий відсоток позитивної динаміки (90%), незважаючи на найменше середнє покращення в балах ($-2,5$; $-2,9$). Для них програма виконала передусім профілактичну функцію, допомагаючи утримати добрий стан і запобігти можливому погіршенню. Це також став інвестицією в їхню резильєнтність через набуття навичок психологічної гігієни, легалізацію досвіду та розширення соціальної підтримки.

Таким чином, для максимізації ефективності програми рекомендується формувати збалансовані групи з перевагою учасниць помірною клінічного рівня, забезпечувати учасниць з високим рівнем чітким планом подальшого супроводу, а для жінок із субклінічними показниками – розглянути можливість створення коротшого профілактичного модуля, зосередженого на навичках та ресурсах.

Таблиця 3.9.

Розподіл результатів за підсумковим статусом

Фінальний статус (після програми)	HADS-A (тривога)	HADS-D (депресія)	Загальний відсоток
Повна нормалізація (0–7 по обох шкалах)	18 осіб (60%)	20 осіб (66,7%)	53,3% (16 осіб)
Субклінічний стан (8–10 хоча б по одній шкалі)	9 осіб (30%)	7 осіб (23,3%)	36,7% (11 осіб)
Клінічний стан (≥ 11 хоча б по одній шкалі)	10 осіб (33,3%)	7 осіб (23,3%)	40% (12 осіб)
Гостре погіршення ($\Delta \geq +2$)	3 особи (10%)	3 особи (10%)	10% (3 особи)

Проведене оцінювання за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS) дало змогу отримати комплексне уявлення про ефективність розробленої програми для жінок, які зазнали домашнього насильства, та виявити як її сильні сторони, так і напрями подальшого вдосконалення. Отримані результати переконливо засвідчують виражений позитивний ефект: 86,7% учасниць (26 із 30) продемонстрували позитивну динаміку психоемоційного стану. Кількісні показники підтверджують суттєві зміни — середнє зниження рівня тривоги становило 4,9 бала (–36,1%), а депресії — 5,0 бала (–39,8%). Важливим клінічним результатом є трансформація загального профілю групи: від домінування клінічно вираженого дистресу до стану, у якому понад половина учасниць (53,3%) досягли повної нормалізації за обома шкалами.

Аналіз результатів виявив диференційований вплив програми залежно від початкового рівня симптоматики, що має безпосереднє значення для практики формування груп. Найбільш оптимальною цільовою аудиторією виявилися жінки з помірним клінічним рівнем (11–14 балів), які продемонстрували найвищу частку позитивної динаміки (88,2%) та досягли переходу до нормативних показників. Для учасниць із високим клінічним рівнем (15–21 бал) програма виконала роль інтенсивного початкового етапу: забезпечено найбільше абсолютне покращення, однак повна стабілізація потребує продовження роботи в індивідуальному або спеціалізованому форматі. У групі з субклінічними показниками або нормою основним результатом стала стабілізація стану та посилення психологічної стійкості, що підкреслює профілактичний потенціал програми.

Поряд із позитивними результатами виявлено низку критично важливих аспектів, що потребують доопрацювання. По-перше, зафіксовано групу підвищеного ризику (10% учасниць), у якій відбулося погіршення стану, що обґрунтовує необхідність запровадження регулярного проміжного скринінгу та оперативних механізмів кризового реагування. По-друге, наявність «залишкової» симптоматики (40% учасниць із клінічними

показниками хоча б за однією шкалою) вказує на обмеження стандартної групової роботи та актуалізує потребу в розробці додаткових інтенсивних або вузькоспеціалізованих модулів.

Аналіз взаємозв'язку між показниками тривоги та депресії дозволяє глибше зрозуміти механізми впливу програми. Висока частка паралельної динаміки (80% випадків) свідчить про її цілісний вплив на загальний рівень психоемоційного дистресу. Водночас більш виражений ефект щодо депресивної симптоматики (63,2% виходу з клінічного діапазону) вказує на особливу ефективність таких компонентів, як групова підтримка, відновлення самоцінності та формування практичних стратегій подолання труднощів.

Отримані результати підтверджують ефективність програми як інструменту комплексної психологічної реабілітації та водночас окреслюють чіткі напрями її подальшого розвитку. Оптимізація структури, диференціація підходів залежно від рівня симптоматики та впровадження механізмів післяпрограми супроводу дозволять підвищити результативність втручання та забезпечити більш адресну допомогу кожній учасниці.

3.4. Рекомендації щодо впровадження програми у діяльність соціального робітника

Ефективне впровадження програми підтримки жінок, постраждалих від домашнього насильства, у практику центрів соціальних служб потребує системного, поетапного та науково обґрунтованого підходу, що поєднує організаційні, кадрові та методичні складові. Визначальним кроком виступає чітке окреслення цільової аудиторії. Найбільш доцільно орієнтувати програму на жінок із помірним клінічним рівнем тривоги та депресії (11–14 балів за шкалою HADS), оскільки саме ця категорія демонструє найвищу ефективність участі з переходом до нормативних показників. Відбір учасниць доцільно здійснювати на основі індивідуальних співбесід і скринінгового оцінювання, враховуючи рівень безпеки, мотивацію до змін та здатність до

групової взаємодії. Участь осіб, які перебувають у стані гострої небезпеки або мають виражені психічні розлади без належної корекції, потребує попереднього індивідуального кризового супроводу.

Реалізація програми передбачає функціонування міждисциплінарної команди, у якій ключову роль відіграє взаємодія соціального працівника та практичного психолога. Соціальний працівник забезпечує координацію процесу, адміністративний супровід, інформування про соціальні ресурси та правові механізми захисту, а також допомогу в розробці індивідуальних планів безпеки. Психолог відповідає за проведення психокорекційних занять, фасилітацію групової динаміки та надання індивідуальної підтримки. Обов'язковою умовою професійної діяльності обох фахівців виступає наявність підготовки з травмоінформованого підходу.

Процес впровадження доцільно структурувати за етапами. Підготовчий етап включає інформаційно-просвітницьку роботу, проведення скринінгу, формування групи оптимального розміру (6–10 осіб) та отримання інформованої згоди учасниць. Основний етап триває 12 тижнів і передбачає систематичне проведення занять відповідно до розробленої програми. Важливим елементом виступає проміжне оцінювання (після 6-го заняття), що дозволяє своєчасно виявити учасниць із недостатньою динамікою або погіршенням стану та надати їм індивідуалізовану допомогу. Завершальний етап передбачає підсумкову діагностику, рефлексивне заняття та формування індивідуальної «дорожньої карти» подальших дій. Післяпрограми супровід може реалізовуватися через групи взаємодопомоги або періодичні підтримувальні зустрічі, що сприяють закріпленню досягнутих результатів.

Особливого значення набуває розробка чітких кризових протоколів. Вони мають регламентувати дії у випадку загрози фізичній безпеці учасниць (взаємодія з поліцією, кризовими центрами), а також алгоритми реагування на різке погіршення психоемоційного стану, що може вимагати тимчасового припинення участі в групі та залучення профільних спеціалістів. Паралельно

доцільно впроваджувати заходи професійного самозбереження для фахівців, зокрема супервізії та практики профілактики емоційного вигорання.

Оцінювання ефективності впровадження програми має здійснюватися за сукупністю кількісних, якісних та інституційних критеріїв. До кількісних належать регулярність реалізації програми (наприклад, декілька циклів на рік) та частка учасниць із позитивною динамікою. Якісні показники охоплюють рівень задоволеності клієнток, відчуття безпеки та суб'єктивну оцінку змін. Інституційний рівень передбачає інтеграцію програми у стратегічні документи та бюджет установи. Запуск програми можливий навіть за умов обмежених ресурсів за наявності двох підготовлених фахівців, окремого приміщення та базового методичного забезпечення.

Узагальнюючи, впровадження програми «Безпечний дім» у діяльність центрів соціальних служб є реалістичним і доцільним напрямом розвитку соціальної роботи. Поєднання психологічної та соціальної складових, орієнтація на безпеку, індивідуалізацію допомоги та довгострокову підтримку забезпечують високий потенціал програми як інструменту не лише реабілітації, але й ефективної профілактики домашнього насильства та соціальної реінтеграції постраждалих жінок.

Висновки до третього розділу

Проведена розробка, апробація та оцінка комплексної програми для жінок, постраждалих від домашнього насильства, дозволяє сформулювати низку ключових висновків щодо профілактики наслідків домашнього насильства серед жінок.

По-перше, розроблена 12-тижнева програма, структурована за трьома взаємопов'язаними модулями (безпека та самопізнання, психологічна віднова, інтеграція та майбутнє), є науково обґрунтованим та практично орієнтованим інструментом. Вона враховує специфіку травматичного досвіду,

працює на рівні знань, навичок і емоційного стану, а також відповідає актуальним потребам жінок, що звертаються до соціальних служб.

По-друге, оцінка ефективності за стандартизованою методикою HADS (Госпітальна шкала тривоги та депресії) засвідчила високий позитивний вплив програми. Статистично значуще зниження середніх показників тривоги ($-4,9$ бали) та депресії ($-5,0$ балів), а також той факт, що $86,7\%$ учасниць продемонстрували позитивну динаміку, об'єктивно підтверджують її реабілітаційну ефективність. Програма довела здатність не лише зменшувати симптоми, але й сприяти виходу понад половини жінок із клінічного діапазону стресу. Паралельно, оцінка виявила групи ризику та межі впливу, що вказує на необхідність супровідних індивідуальних інтервенцій.

По-третє, на основі отриманих даних сформовані конкретні рекомендації щодо впровадження програми у діяльність соціального працівника. Вони містять чіткий алгоритм дій: від цільового відбору учасниць та формування міждисциплінарної команди (соціальний працівник + психолог) через поетапну реалізацію з обов'язковим проміжним моніторингом до налагодження системи післяпрограмної підтримки. Запропоновані кризові протоколи та критерії успішності роблять процес впровадження структурованим, безпечним та контрольованим.

Таким чином, програма для жінок, постраждалих від домашнього насильства, є готовим до використання, ефективним інструментом профілактики тяжких психологічних наслідків домашнього насильства. Її системне впровадження в роботу центрів соціальних служб дозволить підвищити якість та результативність надання допомоги жінкам-постраждалим, сприяючи не лише подоланню травми, але й їх соціальній реінтеграції та побудові безпечного майбутнього. Подальші дослідження можуть бути спрямовані на адаптацію аналогічних підходів для інших вразливих груп та оцінку довгострокових ефектів програми.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження на тему «Соціальна профілактика домашнього насильства» дозволяє сформулювати низку ключових теоретичних, аналітичних та практичних висновків, що підтверджують виконання поставлених завдань.

Відповідно до першого завдання, у роботі розкрито теоретичні засади попередження домашнього насильства. Доведено, що домашнє насильство є комплексним соціальним явищем, що включає фізичні, психологічні, економічні та сексуальні форми, має циклічну природу та завдає глибокої індивідуальної та суспільної шкоди. Проаналізовано українську нормативно-правову базу (Закон № 2229-VIII), що закріплює профілактичну парадигму та визначає роль соціальних служб як ключових суб'єктів у системі захисту постраждалих. Теоретично обґрунтовано, що роль соціального працівника в профілактиці виходить за межі кризового реагування і включає скринінг, первинну профілактику в громадах, комплексний супровід, міжвідомчу координацію та сприяння довгостроковій реінтеграції жінок.

Виконання другого завдання – аналіз діяльності соціальних служб – виявило двобічну картину. З одного боку, в Україні сформована мережа установ (Центри соціальних служб, кризові центри, гарячі лінії), що надають допомогу. З іншого боку, їхня діяльність стикається з системними труднощами: недостатньою ресурсною забезпеченістю, високим рівнем емоційного вигорання фахівців, фрагментацією взаємодії між інституціями та переважною орієнтацією на кризове реагування замість довгострокової профілактики та реабілітації. Це обмежує ефективність наявних заходів та підкреслює потребу в інноваційних, структурованих програмах.

Ядром дослідження стало виконання третього та четвертого завдань – розробка, емпірична перевірка та обґрунтування умов впровадження авторської програми «Безпечний дім». Програма є комплексним 12-тижневим інструментом групової роботи, спрямованим на профілактику психологічних

наслідків насильства через три модулі: формування безпеки та самопізнання, психологічна віднова, інтеграція та побудова майбутнього.

Результати експериментальної апробації програми за шкалою HADS на групі з 30 жінок об'єктивно підтвердили її високу ефективність:

86.7% учасниць продемонстрували позитивну динаміку стану.

Зафіксовано статистично значне зниження середніх показників: тривоги на 4,9 бали (–36,1%), депресії на 5,0 балів (–39,8%).

Кількість жінок із клінічним рівнем тривоги скоротилася більш ніж удвічі (з 22 до 10 осіб), депресії – з 19 до 7 осіб.

Ці результати доводять, що системна робота соціального працівника у співпраці з психологом може суттєво зменшити тяжкі психологічні наслідки насильства та сприяти відновленню особистісного функціонування.

Обґрунтовано умови успішного впровадження програми у практику соціальної роботи. Запропоновано конкретний алгоритм дій: формування міждисциплінарного тандему (соціальний працівник + психолог), чіткий протокол відбору учасниць, впровадження проміжного моніторингу для кризової інтервенції та створення системи післяпрограмної підтримки. Програма є ресурсно реалістичною та може бути адаптована в будь-якому Центрі соціальних служб.

Фахівець соціальної роботи відіграє центральну роль у профілактиці домашнього насильства, трансформуючись із пасивного реагуючого посередника у активного організатора комплексної, довгострокової допомоги. Його роль полягає у виявленні ризиків, координації ресурсів, наданні соціально-правової підтримки та, що найважливіше, у реалізації спеціалізованих реабілітаційних програм, подібних до розробленої програми для жінок, постраждалих від домашнього насильства. Саме поєднання індивідуального супроводу з ефективними груповими профілактичними практиками є ключем до подолання наслідків травми, профілактики повторної віктимізації та сприяння відновленню соціального функціонування особистості.

Таким чином, дослідження має як теоретичну цінність у структуруванні знань про профілактичну діяльність, так і практичну значимість, пропонуючи конкретний інструмент для підвищення ефективності соціальних служб у боротьбі з однією з найгостріших соціальних проблем сучасної України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрійчук В. І. Системний підхід у діяльності соціального працівника з попередження домашнього насильства. *Вісник Львівського університету. Серія «Психологічні науки»*. 2021. Вип. 15. С. 12–19.
2. Антонова О. В. Профілактика домашнього насильства: теорія та практика соціальної роботи. Київ: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2022. 278 с.
3. Арабаджи М. С. Роль соціального супроводу жертв домашнього насильства у відновленні їх психосоціального благополуччя. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: «Педагогіка. Соціальна робота»*. 2023. Вип. 52. С. 23–27.
4. Бандурка О. В., Шевченко, А. М. Ефективність інформаційно-просвітницьких кампаній щодо запобігання домашньому насильству: роль соціальних служб. *Соціальна політика та соціальна робота*. 2022. № 3 (18). С. 45–58.
5. Безкоровайна Ю. О. Комплексний підхід до профілактики гендерно-зумовленого насильства в сім'ї: можливості соціальних працівників. *Український журнал соціальної роботи*. 2020. № 1 (14). С. 33–41.
6. Василенко Л. Д. Міжвідомча взаємодія як чинник ефективної профілактики домашнього насильства. *Наукові інновації та передові технології*. 2023. № 5(11). С. 321–330.
7. Вовк М. Ю. Психосоціальна допомога особам, які вчинили домашнє насильство: роль фахівця соціальної роботи. *Проблеми сучасної психології*. 2021. Вип. 52. С. 88–109.
8. Гаврилюк С. П. Методи соціальної роботи з родинами, де існує ризик домашнього насильства. Харків: Вид-во ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2021. 164 с.

9. Гордієнко Т. В. Мобільні бригади соціально-психологічної допомоги в системі профілактики домашнього насильства. *Соціальна робота та соціальна освіта*. 2022. № 1 (8). С. 60–68.
10. Гриценко А. А. Соціально-педагогічна профілактика домашнього насильства над дітьми: алгоритм дій спеціаліста. *Молодий вчений*. 2020. № 7 (95). С. 1–4.
11. Демиденко Л. П. Технології empowerment у роботі з жертвами домашнього насильства. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2023. Вип. 7. С. 44–50.
12. Денисюк О. М. Організаційні засади діяльності соціального працівника з профілактики насильства в сім'ї. *Держава та регіони. Серія: Соціальні комунікації*. 2021. № 3 (47). С. 100–106.
13. Єременко І. В. Вплив тренінгових програм на формування навичок ненасильницької поведінки в сім'ї. *Педагогіка та психологія*. 2022. № 59. С. 152–160.
14. Жукова Н. В. Кризове консультування у системі соціальної роботи з жертвами домашнього насильства. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Серія: Юридичні науки*. 2020. № 23. С. 175–180.
15. Захарчук О. С. Робота з агресивними членами сім'ї як складова профілактики домашнього насильства. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2023. № 1 (62). С. 74–82.
16. Зварич І. М., Павленко С. В. Соціальний супровід жінок, які постраждали від домашнього насильства, під час воєнного стану. *Український соціум*. 2023. № 4 (87). С. 90–103.
17. Іванова Л. М. Соціальна робота з родинами військовослужбовців: профілактика домашнього насильства. *Науковий вісник Мукачівського державного університету. Серія «Педагогіка та психологія»*. 2024. Вип. 1. С. 111–118.

18. Калита О. В. Застосування методу кейс-менеджменту в профілактиці повторного домашнього насильства. *Науковий журнал «Гуманітарні студії»*. 2022. Т. 15, № 1. С. 77–85.
19. Коваленко В. В. Етика та конфіденційність у діяльності соціального працівника у сфері протидії домашньому насильству. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 3 (93). С. 39–44.
20. Коваль С. М. Профілактика домашнього насильства: зарубіжний досвід та українські реалії. Київ: Вид-во «Основа», 2020. 312 с.
21. Колесник Т. О. Інструменти оцінки ризику домашнього насильства для фахівців соціальної сфери. *Право та безпека*. 2023. № 4 (89). С. 67–73.
22. Кондратюк Г. Ф. Правова грамотність соціального працівника як основа ефективної профілактики домашнього насильства. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2022. Вип. 12. С. 200–205.
23. Король Н. В. Гендерний аспект у профілактичній роботі з домашнім насильством. *Гендерні дослідження в Україні: здобутки та перспективи*: матеріали міжнар. наук. конф. Київ, 2021. С. 134–140.
24. Кравченко О. П. Моделі втручання у ситуації домашнього насильства: порівняльний аналіз. *Соціальна політика*. 2024. № 1. С. 55–64.
25. Кузьменко І. Ю. Підготовка фахівців соціальної роботи до профілактики насильства в сім'ї. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2020. Вип. 71. С. 177–181.
26. Лещенко М. В. Роль громадських організацій та соціальних працівників у запобіганні домашньому насильству в умовах децентралізації. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2022. Вип. 27. С. 122–128.
27. Лисенко Т. В. Технології соціально-психологічної реабілітації дітей-свідків домашнього насильства. *Психологія і суспільство*. 2023. № 2. С. 94–106.

28. Литвин Ю. М. Міждисциплінарна команда як суб'єкт профілактики домашнього насильства: координаційна роль соціального працівника. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2021. Вип. 35. С. 88–95.

29. Макарчук О. В. Соціальна робота зі сім'ями мігрантів: особливості профілактики домашнього насильства. *Міграційні процеси в сучасному світі*: зб. наук. пр. Одеса, 2024. С. 78–85.

30. Маринчак С. К. Емпіричне дослідження потреб жертв домашнього насильства в соціальних послугах. *Український журнал прикладної економіки та техніки*. 2022. Т. 7, № 3. С. 204–209.

31. Мельник Я. І. Вплив війни на динаміку домашнього насильства та нові виклики для соціальних працівників. *Війна та соціальна робота*: монографія / за заг. ред. І. С. Поліщук. Київ: «Саміт-книга», 2023. С. 156–178.

32. Мірошниченко Л. Д. Протокол оцінки безпеки для жертв домашнього насильства: практичний посібник для соціальних працівників. Харків: ФОП Петров В. В., 2021. 96 с.

33. Назаренко А. Г. Застосування відновлювальної практики у вирішенні конфліктів у сім'ї. *Ювенологічні студії*. 2023. № 2 (5). С. 33–40.

34. Ніколаєнко В. В. Організація соціальної роботи з профілактики насильства в закладах освіти. *Теорія та методика навчання та виховання*. 2020. Вип. 49. С. 265–274.

35. Олійник Р. Б. Зарубіжні моделі профілактики домашнього насильства: можливості адаптації в Україні. *Порівняльно-аналітичне право*. 2022. № 3. С. 213–217.

36. Онищенко І. С. Ефективність соціальних сервісів у профілактиці домашнього насильства: результати моніторингового дослідження. *Ефективність державного управління*. 2024. Вип. 1 (78). С. 123–134.

37. Павлюк К. Д. Правове консультування як складова профілактичної діяльності соціального працівника. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. 2021. Т. 1, Вип. 68. С. 230–235.

38. Петренко Г. О. Особливості надання соціальних послуг жертвам домашнього насильства в сільській місцевості. *Сільські території в умовах трансформаційних змін: матеріали наук.-практ. конф.* Полтава, 2023. С. 45–49.

39. Пилипенко О. В. Робота з суспільством для подолання толерантності до домашнього насильства. *Комунікації та громадянське суспільство*. 2022. № 4. С. 99–107.

40. Поліщук І. С. Методологічні основи соціальної роботи з попередження насильства в сім'ї. Київ: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2020. 420 с.

41. Приймак Т. І. Впровадження інноваційних практик у профілактичну роботу з домашнім насильством. *Інновації в соціальній роботі*. 2023. № 1 (18). С. 22–31.

42. Рибалка В. В. Психологічні особливості осіб, схильних до вчинення домашнього насильства, та напрями профілактичної роботи з ними. *Психологічний журнал*. 2021. Т. 7, № 3. С. 115–129.

43. Романюк П. М. Соціально-економічні чинники домашнього насильства та стратегії втручання соціального працівника. *Економіка та суспільство*. 2022. № 36.

44. Савченко А. М. Теорія та практика створення безпечного середовища для жертв домашнього насильства. *Соціальна педагогіка*. 2020. Вип. 1. С. 50–58.

45. Семенюк Л. В. Мультидисциплінарна підготовка фахівців для системи профілактики домашнього насильства. *Педагогіка вищої та середньої школи*. 2023. Вип. 66. С. 192–200.

46. Скоробач О. З. Робота з кризовою лінією як інструмент раннього виявлення домашнього насильства. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2021. Вип. 4. С. 77–83.
47. Сокол Н. А. Діяльність соціального працівника зі створення індивідуальних планів безпеки. *Практична психологія та соціальна робота*. 2022. № 5. С. 34–40.
48. Стасюк В. Ю. Використання медіативних технологій у профілактиці сімейних конфліктів. *Альтернативне вирішення спорів*. 2024. № 1. С. 44–49.
49. Супрун Н. М. Профілактика домашнього насильства в контексті забезпечення прав людини: роль соціального працівника. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Юриспруденція*. 2020. Вип. 44. С. 210–214.
50. Ткаченко С. В. Соціальна реінтеграція жертв домашнього насильства: стратегії та технології. Київ: «Фенікс», 2023. 188 с.
51. Троць Г. В. Участь соціальних працівників у формуванні державної політики у сфері протидії домашньому насильству. *Державне будівництво та місцеве самоврядування*. 2021. Вип. 42. С. 178–189.
52. Федоренко Р. Л. Оцінка якості надання соціальних послуг у сфері профілактики домашнього насильства. *Стандартизація, сертифікація, якість*. 2022. № 2. С. 89–97.
53. Шевчук І. А. Комунікативні навички соціального працівника в роботі зі складними клієнтами, які застосовують насильство. *Психологічні перспективи*. 2023. Вип. 41. С. 200–212.
54. Шпак В. М. Залучення чоловіків до профілактики домашнього насильства: нові підходи в соціальній роботі. *Гендерна рівність в умовах сучасних викликів: зб. тез*. Київ, 2024. С. 88–92.
55. Юрченко О. В. Підвищення обізнаності населення про проблему домашнього насильства: методи соціальної роботи. *Соціальна робота в*

умовах глобалізації: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. Чернівці, 2021. С. 156–160.

56. Buzawa E. S., Buzawa C. G., Stark E. Responding to Domestic Violence: The Integration of Criminal Justice and Human Services. 5th ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2021. 480 p.

57. Garcia-Moreno C., Riecher-Rössler, A. (Eds.). Violence Against Women and Mental Health. Basel: Karger, 2020. 178 p.

58. Hester M., Lilley S. J. Preventing Domestic Violence: A Multi-Agency Approach. Bristol: Policy Press, 2023. 224 p.

59. Lagdon S., Armour C., Stringer M. The Role of Social Work in Addressing Intimate Partner Violence: A Systematic Review of Interventions. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2024. Vol. 25, № 1. P. 123–137.

60. Warshaw C., Tinnon E. Coordinated Community Responses to Domestic Violence: A Social Work Perspective. *Journal of Family Social Work*. 2022. Vol. 25, № 3. P. 189–205.

ДОДАТКИ

Додаток А

ОПИС МЕТОДИКИ

Шкала HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) – це скринінговий інструмент, розроблений А.С. Зігмондом та Р.П. Снейтом у 1983 році для виявлення симптомів тривоги та депресії у пацієнтів у загальномедичній практиці та немедичних популяціях.

Чому саме HADS підходить для нашої програми:

1. Специфіка: Шкала спеціально створена для виявлення станів, що найчастіше супроводжують досвід домашнього насильства – тривогу та депресію, – мінімізуючи вплив супутніх фізичних симптомів (наприклад, втоми або болю), які можуть бути неспецифічними.
2. Простота та швидкість: Заповнення займає 5-10 хвилин, що не перевантажує учасниць.
3. Валідність та надійність: Методика має хороші психометричні показники та адаптована для українськомовної аудиторії.
4. Скринінговий характер: Дозволяє оцінити загальний рівень психологічного дистрес до та після програми, задокументувавши динаміку.

Структура та інтерпретація:

- Кількість пунктів: 14 (7 питань для тривоги, 7 – для депресії).
- Шкала відповідей: 4-бальна (від 0 до 3 балів).

Субшкали:

- HADS-A (Anxiety): Тривога.
- HADS-D (Depression): Депресія.

Підсумковий бал по кожній субшкалі (від 0 до 21):

- 0-7 балів: Норма (симптоми відсутні або мінімальні).
- 8-10 балів: Помірний (субклінічний) рівень тривоги/депресії.
- 11 балів і вище: Клінічно значимий рівень тривоги/депресії, що вказує на потенційний розлад.

БЛАНК МЕТОДИКИ HADS (УКРАЇНСЬКА АДАПТАЦІЯ)

ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ УЧАСНИЦІ: «Ця анкета допоможе нам зрозуміти Ваш емоційний стан. Прочитайте, будь ласка, кожне твердження та оберіть ту відповідь, яка найточніше описує те, як Ви почувалися протягом останнього тижня. Не думайте надто довго над кожним питанням – Ваша перша реакція буде найправдивішою. Не пропускайте жодного пункту.»

(Прізвище, ім'я) _____

Дата заповнення: «» _____ 20 р.

(Позначити: до програми / після програми)

№	Твердження	Відповіді (обведіть цифру)
А – ТРИВОГА		
A1	Я відчуваю напругу або «наче на кромці»:	3 Часто 2 Іноді 1 Врідзі 0 Зовсім ні
A2	Я відчуваю страх або паніку, ніби щось жахливе має статися:	3 Дуже часто та дуже сильно 2 Досить часто 1 Іноді, але не сильно 0 Зовсім ні
A3	Тривожні думки крутяться у мене в голові:	3 Більшість часу 2 Часто 1 Іноді, але не часто 0 Тільки зрідка
A4	Я можу спокійно сидіти та відчувати себе розслабленим:	0 Так, звичайно 1 Зазвичай 2 Не часто 3 Зовсім ні
A5	Я відчуваю внутрішній тремор або нервові посмикування:	3 Дуже часто 2 Часто 1 Іноді 0 Зовсім ні

№	Твердження	Відповіді (обведіть цифру)
A6	Я відчуваю неспокій, наче постійно мушу рухатися:	3 Дуже сильно 2 Досить сильно 1 Не дуже 0 Зовсім ні
A7	У мене виникає раптове відчуття паніки:	3 Дуже часто 2 Досить часто 1 Не дуже часто 0 Зовсім ні
D – ДЕПРЕСІЯ		
D1	Те, що приносило мені задоволення раніше, і досі його приносить:	0 Так само, як завжди 1 Не зовсім так, як раніше 2 Лише трохи 3 Майже зовсім ні
D2	Я можу сміятися й бачити кумедне у різних ситуаціях:	0 Так само, як завжди 1 Не зовсім так, як раніше 2 Значно менше 3 Зовсім ні
D3	Я відчуваю піднесення настрою:	3 Ніколи 2 Дуже рідко 1 Іноді 0 Часто
D4	Я помічаю, що повільно рухаюся або поводжусь:	3 Майже завжди 2 Часто 1 Іноді 0 Зовсім ні
D5	Я не дбаю про свою зовнішність:	3 Повністю 2 Не в мірі, як треба 1 Можливо, трохи менше 0 Я дбаю про себе, як і зазвичай

№	Твердження	Відповіді (обведіть цифру)
D6	Я з нетерпінням чекаю чогось (подій, зустрічей):	0 Так само, як і раніше 1 Трохи менше, ніж раніше 2 Значно менше 3 Майже зовсім ні
D7	Я можу отримувати задоволення від прочитаної книги, радіопередачі чи фільму:	0 Часто 1 Іноді 2 Не часто 3 Дуже рідко

БЛАНК ДЛЯ ОБРОБКИ РЕЗУЛЬТАТІВ (ДЛЯ ФАХІВЦЯ)

Учасниця: _____

Дата пре-тесту: _____

Дата пост-тесту: _____

СУБШКАЛА	ПУНКТИ	БАЛИ (заповнюється фахівцем)	СУМА
ТРИВОГА (HADS-A)	A1, A2, A3, A4 (R), A5, A6, A7		___ / 21
ДЕПРЕСІЯ (HADS-D)	D1, D2, D3 (R), D4, D5, D6, D7		___ / 21

Примітка: Пункти, позначені (R) (реверсні), оцінюються зворотним чином: 0=3, 1=2, 2=1, 3=0.

ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ТА ЗАСТОСУВАННЯ В ПРОГРАМІ:

1. Проведення:
 - Пре-тестування: Проводиться на першій або другій зустрічі, після встановлення базового довірчого контакту.
 - Пост-тестування: Проводиться на заключному 12-му занятті.
 - Анкетування має бути анонімним або конфіденційним. Кожній учасниці слід присвоїти код (напр., №1, №2), а імена зберігати окремо.
2. Аналіз результатів:
 - Фахівець підраховує суми балів окремо для тривоги (A) та депресії (D).
 - Результати фіксуються в індивідуальній карті учасниці.
 - Головна мета програми: спостерігати динаміку. Очікується зниження балів у пост-тесті порівняно з пре-тестом, що свідчить про зменшення симптомів тривоги та депресії.
3. Дії фахівця на основі результатів:
 - Бали 0-7: Нормальний діапазон. Підтримуюча робота в групі.

- Бали 8-10: Помірний рівень дистресу. Варто приділити додаткову увагу в групі, пропонувати індивідуальні консультації, активніше залучати до роботи з техніками релаксації.
- Бали 11+: Високий рівень дистресу. Обов'язкова рекомендація індивідуальної психологічної консультації поза групою. Обговорення можливості звернення до психіатра для оцінки стану. Підвищена увага до безпеки та підтримки учасниці в групі.

Додаток Б

Дата пре-тесту: 15.09.2025

Дата пост-тесту: 16.12.2025

Код учасниці	HADS-A (тривога) ДО	ПІСЛЯ	Δ	HADS-D (депресія) ДО	ПІСЛЯ	Δ	Інтерпретація динаміки
УЧ-01	16	9	-7	14	8	-6	Значне покращення. Вихід з клінічного діапазону по обох шкалах
УЧ-02	12	6	-6	10	5	-5	Помітне покращення. Показники у межах норми
УЧ-03	19	11	-8	17	10	-7	Помітне покращення. Залишається помірний рівень тривоги
УЧ-04	8	4	-4	7	3	-4	Стабілізація на хорошому рівні. Норма за підсумком
УЧ-05	14	16	+2	12	13	+1	Незначне погіршення. Потребує індивідуальної консультації
УЧ-06	11	5	-6	9	4	-5	Значне покращення. Показники у межах норми
УЧ-07	9	7	-2	15	9	-6	Покращення. Виражена позитивна динаміка за депресією
УЧ-08	17	8	-9	13	7	-6	Значне покращення. Вихід з клінічного діапазону
УЧ-09	13	10	-3	11	9	-2	Помірне покращення. Субклінічний рівень
УЧ-10	15	7	-8	16	8	-8	Виразне покращення. Вихід з клінічного

							діапазону
УЧ-11	10	11	+1	8	8	0	Стабілізація / незначне погіршення
УЧ-12	18	12	-6	19	11	-8	Помітне покращення. Залишається клінічний рівень тривоги
УЧ-13	7	3	-4	6	2	-4	Покращення. Норма на обох етапах
УЧ-14	14	9	-5	12	6	-6	Помітне покращення
УЧ-15	16	18	+2	14	15	+1	Погіршення. Кризовий стан
УЧ-16	11	6	-5	10	5	-5	Помітне покращення
УЧ-17	13	8	-5	11	7	-4	Помітне покращення
УЧ-18	20	13	-7	18	12	-6	Покращення. Залишається клінічний рівень
УЧ-19	9	5	-4	8	4	-4	Покращення. Норма
УЧ-20	12	10	-2	15	11	-4	Помірне покращення
УЧ-21	15	7	-8	13	6	-7	Значне покращення
УЧ-22	10	5	-5	9	4	-5	Помітне покращення
УЧ-23	17	9	-8	14	7	-7	Значне покращення
УЧ-24	8	6	-2	12	8	-4	Покращення, особливо за депресією
УЧ-25	14	8	-6	16	9	-7	Значне покращення
УЧ-26	11	6	-5	10	5	-5	Помітне покращення
УЧ-27	19	14	-5	17	13	-4	Помірне покращення
УЧ-28	13	7	-6	11	5	-6	Значне покращення
УЧ-29	16	10	-6	14	9	-5	Помітне покращення
УЧ-30	10	8	-2	8	6	-2	Незначне покращення / стабілізація
Показник	HADS-A ДО	ПІСЛЯ	Δ	HADS-D ДО	ПІСЛЯ	Δ	

Середнє значення ($\bar{X}$)	13,57	8,67	- 4,90	12,57	7,57	- 5,00	
Стандартне відхилення (SD)	3,61	3,37	—	3,52	3,02	—	

Додаток В

Структура програми профілактики наслідків домашнього насильства

№	Мета заняття	Час	Короткий опис вправ
МОДУЛЬ 1: БЕЗПЕКА ТА САМОПІЗНАННЯ (Заняття 1–4)			
1	Встановлення довіри в групі, формування безпечного простору та групових правил, зняття початкової напруги	120 хв	1. «Мої очікування та побоювання»: Робота з анонімними картками, де кожна пише свої сподівання від групи. Обговорення в загальному колі без вказівки авторства. 2. «Правила нашого безпечного простору»: Спільна вироботка правил групи (конфіденційність, без оцінок, право на мовчання тощо) з фіксацією на плакаті. 3. «Дихаємо разом»: Практика простої дихальної техніки (4-7-8) для регуляції стану тут і зараз.
2	Розпізнавання різних форм та циклів домашнього насильства, деконструкція соціальних міфів, що його зумовлюють	120 хв	1. «Форми насильства - знай ворога в обличчя»: Робота в малих групах з розподілом ситуацій-прикладів на фізичне, психологічне, економічне, сексуальне насильство. 2. «Цикл насильства на графіку»: Спільне малювання та обговорення фаз (напруження, інцидент, «медовий місяць»). 3. «Міфи та реальність»: Вправа «Так/Ні» для розвінчання поширених міфів («сама провокувала», «б'є - значить любить» тощо).
3	Розуміння концепції особистих меж, навчання їх ідентифікації та захисту, усвідомлення своїх прав	120 хв	1. «Мапа моїх кордонів»: Візуалізація у зошиті своїх фізичних, емоційних, часових меж. 2. «Три позиції спілкування»: Рольова гра (пасивна, агресивна, асертивна) для демонстрації різниці. 3. «Мої невід'ємні права»: Робота зі спрощеним переліком прав людини, виокремлення тих, які порушувались.
4	Розробка індивідуального, практично орієнтованого плану безпеки для різних сценаріїв розвитку подій	120 хв	1. «Червоний чемоданчик»: Складання списку найнеобхідніших документів, речей, грошей на випадок екстреного від'їзду. 2. «Безпечні шляхи»: Моделювання можливих шляхів виходу з дому, варіантів звернення за допомогою. 3. «Ключові контакти»: Заповнення персональної картки з номерами екстрених служб, довірених осіб, притулків саме в своєму регіоні.
МОДУЛЬ 2: ПСИХОЛОГІЧНА ВІДНОВА (Заняття 5–8)			

5	Легалізація та екологічне вираження емоцій, що часто були заблоковані в умовах насильства	120 хв	1. «Атлас емоцій»: Робота з картками-емоціями, їх розпізнавання та зв'язок з тілесними відчуттями.2. «Контейнер для важкого»: Техніка візуалізації безпечного місця для «складування» болісних переживань на час.3. «Щоденник як свідок»: Знайомство з форматом щоденника емоцій (що відчувала, що думала, що робила).
6	Відновлення та підвищення самоцінності, формування образу себе як сильної та гідної особистості	120 хв	1. «Колір моєї сили»: Арт-техніка: малювання своїх сильних сторін або ресурсів у вигляді символу чи абстракції.2. «Лист від наймудрішої себе»: Написання листа самій собі в минуле від імені своєї мудрої, співчутливої частини.3. «Афірмації сьогодення»: Створення індивідуальних позитивних тверджень про себе «тут і зараз».
7	Запобігання емоційному вигоранню, набуття навичок систематичного самоогляду та відновлення ресурсів	120 хв	1. «Мапа моїх ресурсів»: Створення індивідуальної карти внутрішніх (впевненість, терпіння) та зовнішніх (подруга, хобі) ресурсів.2. «П'ять почуттів тут і зараз»: Практика майндфулнес через концентрацію на відчуттях від органів чуття.3. «Мій план турботи про себе»: Заповнення щотижневого плану з простими діями самоогляду (фізичний, емоційний, соціальний).
8	Розуміння впливу травми на психіку та тіло, освоєння технік саморегуляції в стресових станах	120 хв	1. «Тіло пам'ятає»: Лекція-діалог про реакції тіла на травму (заціпеніння, тремтіння, гіперзбудження).2. «Техніки заземлення»: Практика різних методів («5-4-3-2-1», опора на стілець, контакт з водою).3. «Створюємо аптечку»: Складання персонального набору заспокійливих засобів (музика, фото, запах, тактильний предмет).
МОДУЛЬ 3: ІНТЕГРАЦІЯ ТА МАЙБУТНЄ (Заняття 9–12)			
9	Набуття навичок здорової, асертивної комунікації для побудови відносин без маніпуляцій та агресії	120 хв	1. «Я-повідомлення vs ТИ-повідомлення»: Тренування перефразування звичних фраз у форматі «Я відчуваю..., коли..., тому я хочу...».2. «Активне слухання в парі»: Практика в парах з відтворенням слів та почуттів партнерки.3. «Складна розмова»: Рольова гра на основі реальної, але

			безпечної для відтворення ситуації.
10	Надання базових юридичних знань про права та механізми захисту від домашнього насильства в Україні	120 хв	1. «Закон на нашому боці»: Інтерактивна презентація ключових положень Закону № 2229-VIII.2. «Шлях обмежувального припису»: Розбір крок за кроком процедури звернення до поліції та суду.3. «Питання юристу»: Сесія «запитай-експерта» з представником правозахисної організації чи поліції.
11	Створення карти соціальної підтримки та ознайомлення з можливостями соціальних служб для самостійного життя	120 хв	1. «Соціальна мережа підтримки»: Візуалізація кола соціальних зв'язків (хто найближче, хто може допомогти з роботою, дітьми тощо).2. «Екскурсія по службах»: Огляд доступних ресурсів міста/селища (ЦСС, кризові центри, лінії допомоги, гранти, курси).3. «Мій перший крок»: Постановка однієї конкретної, досяжної цілі на найближчий місяць.
12	Інтеграція отриманого досвіду, святкування змін, планування наступних кроків та ритуал завершення групи	120 хв	1. «Лінія мого шляху»: Спільне створення колективної хроніки групових зустрічей та особистих відкриттів.2. «Капсула майбутнього»: Написання листа собі у майбутнє з цілями та побажаннями на 6 місяців.3. «Дерево підтримки»: Ритуальне дійство з передачею символічних «плодів» (написаних підтримуючих слів) кожній учасниці.