

## «ЧАЙЛД АБ'ЮЗ»: РОЛЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ У ВИЯВЛЕННІ ТА ЗАПОБІГАННІ ЖОРСТОКОМУ ПОВОДЖЕННЮ З ДИТИНОЮ

Твердовська Ж.Г.<sup>1</sup>, Загородня К.Г.<sup>2</sup>, Кривецька І.І.<sup>3</sup>, Волошин В.Л.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Медичний центр сімейної стоматології "Стемма", м Чернівці, Україна;

<sup>2</sup>Корнстоун Госпіталь, м. Моргантаун, США;

<sup>3</sup>Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна;

**Ключові слова:** «чайлд аб'юз», дитина, психологія, насильство, сімейний лікар.

Буковинський медичний вісник.  
2026. Т. 30, № 1 (117). С. 138-144.

DOI: 10.24061/2413-0737.30.1.117.2026.21

E-mail: jjannnet@gmail.com  
katatverdovska@gmail.com

**Резюме. Вступ.** Дитяче насильство (child abuse) включає різні форми заподіяння шкоди дітям: фізичне насильство, сексуальна експлуатація, емоційне зловживання і систематичне ігнорування базових потреб дитини. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), дитяче насильство – це всі форми фізичної та емоційної жорстокості, сексуального насильства, занедбання та комерційної чи іншої експлуатації, які зашкоджують фізичному, психічному чи соціальному розвитку дитини. При цьому емоційне насильство часто залишається недооціненим порівняно з фізичними формами, хоча дані свідчать про його сильний негативний вплив на здоров'я та поведінку дитини і підлітка.

**Мета дослідження** - узагальнити та систематизувати дані сучасних джерел літератури щодо поширеності, етіології та методів профілактики дитячого насильства та ролі сімейного лікаря у виявленні та запобіганні жорстокому поведженню з дитиною.

**Матеріал і методи.** Огляд наукових джерел виконано із застосуванням аналітичного та бібліосемантичного методів на основі джерел міжнародних баз PubMed, Scopus, Web of Science та національних ресурсів (бібліотека ім. В.І. Вернадського, Google Scholar).

**Результати дослідження.** «Чайлд аб'юз» проявляється у кількох взаємопов'язаних формах. Найбільш вивченими є фізичне та сексуальне насильство, однак у сучасних дослідженнях дедалі більше значення набувають емоційне насильство та занедбання. Емоційне насильство включає постійні приниження, ігнорування емоційних потреб дитини, а також словесні образи чи маніпуляції, які можуть мати такі ж серйозні наслідки, як і фізичне насильство. Недавні роботи підкреслюють, що емоційне насильство – не просто психологічна шкода, а одна з форм зловживань, яка потребує окремої уваги у політиці охорони здоров'я.

На нейробіологічному рівні, систематичне насильство викликає складні зміни у розвитку мозку дитини, зокрема у структурі та функціонуванні ділянок, відповідальних за емоційне регулювання та обробку стресу. Ці зміни пов'язані з підвищеним ризиком тривожних розладів, депресії та інших психопатологій у подальшому житті.

**Висновки.** 1. Сучасні дослідження підкреслюють, що боротьба з «чайлд аб'юзом» має бути комплексною, включати міждисциплінарні підходи, соціальну підтримку сімей, освіту та превентивні програми. Подальші дослідження потрібні для уточнення механізмів дії «чайлд аб'юзу», оцінки ефективності профілактичних стратегій та вдосконалення практичних підходів до захисту прав та благополуччя дітей у глобальному контексті.

2. Роль сімейного лікаря у виявленні та запобіганні жорстокому поведженню з дитиною є багатогранною й охоплює комбіновану діяльність: клінічну оцінку фізичного та психосоціального стану дитини, використання скринінгових інструментів і сучасних технологій для раннього виявлення, співпрацю з іншими професіоналами та службами, профілактичну освіту сімей та дотримання юридичних і етичних стандартів практики. Основною метою залишається створення безпечного, підтримуючого середовища для розвитку дитини та зменшення ризику насильства у всіх його проявах.

---

**CHILD ABUSE: THE ROLE OF THE FAMILY DOCTOR IN DETECTION AND ITS PREVENTION**

---

*Tverdovka Zh.G., Zagorodnia K.G., Kryvetska I.I., Voloshyn V.L.*

**Key words:** *child abuse, child, psychology, violence, family doctor.*

*Bukovinian Medical Herald. 2026. V. 30, № 1 (117). P. 138-144.*

**Resume. Introduction.** *Child abuse includes various forms of harm to children: physical abuse, sexual exploitation, emotional abuse and systematic neglect of the child's basic needs. According to the definition of the World Health Organization (WHO), child abuse is all forms of physical and emotional cruelty, sexual abuse, neglect and commercial or other exploitation that harm the physical, mental or social development of the child. At the same time, emotional abuse often remains underestimated in comparison with physical forms, although data indicate its strong negative impact on the health and behavior of the child and adolescent.*

**Purpose of the study.** *To summarize and systematize data from modern sources of literature on the prevalence, etiology and methods of prevention of child abuse and the role of the family doctor in identifying and preventing child abuse*

**Material and methods.** *The review of scientific sources was carried out using analytical and bibliosemantic methods based on sources from international databases PubMed, Scopus, Web of Science and national resources (Library named after V.I. Vernadsky, Google Scholar).*

**Research results.** *“Child abuse” manifests itself in several interrelated forms. The most studied are physical and sexual abuse, however, in modern research, emotional abuse and neglect are becoming increasingly important. Emotional abuse includes constant humiliation, ignoring the emotional needs of the child, as well as verbal insults or manipulations, which can have the same serious consequences as physical abuse. Recent work emphasizes that emotional abuse is not just psychological harm, but a form of abuse that requires special attention in health policy.*

*At the neurobiological level, systematic abuse causes complex changes in the development of the child's brain, in particular in the structure and functioning of areas responsible for emotional regulation and stress processing. These changes are associated with an increased risk of anxiety disorders, depression and other psychopathologies in later life.*

**Conclusions.** *1. Current research emphasizes that the fight against “child abuse” should be comprehensive, including interdisciplinary approaches, social support for families, education and prevention programs. Further research is needed to clarify the mechanisms of action of “child abuse”, assess the effectiveness of preventive strategies and improve practical approaches to protecting the rights and well-being of children in a global context.*

*2. The role of the family doctor in detecting and preventing child abuse is multifaceted and encompasses a combination of activities: clinical assessment of the child's physical and psychosocial condition, use of screening tools and modern technologies for early detection, collaboration with other professionals and services, preventive education of families, and adherence to legal and ethical standards of practice. The main goal remains to create a safe, supportive environment for the child's development and reduce the risk of violence in all its manifestations.*

У сучасному світі питання дитячого насильства або «чайлд аб'юзу» (child abuse) дедалі частіше стоїть у центрі уваги дослідників, медичних фахівців, політиків і громадських організацій. Проблема зловживань щодо дітей та підлітків охоплює широкий спектр дій – фізичне, сексуальне, емоційне насильство та занедбання – процеси, які можуть чинити значну шкоду розвитку особистості, здоров'ю та соціальній інтеграції. У цій статті розглядається сучасне наукове розуміння «чайлд аб'юзу», його впливи на дитину та суспільство, механізми розвитку наслідків і питання профілактики.

Дитяче насильство включає різні форми заподіяння шкоди дітям: фізичне насильство, сексуальна експлуатація, емоційне зловживання і систематичне

ігнорування базових потреб дитини. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), дитяче насильство – це всі форми фізичної та емоційної жорстокості, сексуального насильства, занедбання та комерційної чи іншої експлуатації, які зашкоджують фізичному, психічному чи соціальному розвитку дитини. При цьому емоційне насильство часто залишається недооціненим порівняно з фізичними формами, хоча дані свідчать про його сильний негативний вплив на здоров'я та поведінку дитини і підлітка [1].

Наукова література протягом останнього десятиліття значно розширила наше розуміння «child abuse» не лише як ізольованої соціальної проблеми, а як складного мультидисциплінарного явища з

## Наукові огляди

багатовимірними наслідками для здоров'я, психіки та соціальної поведінки постраждалих дітей та дорослих, які пережили насильство в дитинстві.

Перш за все, різні визначення «чайлд аб'юзу» можуть значно відрізнятись між дослідженнями, що ускладнює порівняння даних. Систематичні огляди показують, що через різні методології оцінювання та альтернативні підходи до визначення термінів, оцінювання реально поширеності зловживань і занедбань, часто є непорівнянним між країнами чи культурами. Це призводить до значної варіації у зареєстрованих показниках [2].

Наприклад, деякі національні дослідження виявили, що частота емоційного насильства може сягати двозначних відсотків у загальній популяції, а в певних регіонах фізичне чи сексуальне насильство може бути поширеним значно частіше, ніж показують офіційні звіти. Попри те, що достовірні національні дані з усіх форм дитячого насильства все ще часто відсутні, ясно, що цей феномен охоплює значну частину дітей у глобальному масштабі [2].

Ці статистичні виклики мають важливі наслідки для практичної діяльності у сфері охорони здоров'я та соціальних служб, оскільки неоднорідні дані утруднюють розробку цільових профілактичних стратегій.

«Чайлд аб'юз» проявляється в кількох взаємопов'язаних формах. Найбільш вивченими є фізичне та сексуальне насильство, однак у сучасних дослідженнях дедалі більшого значення набувають емоційне насильство та занедбання. Емоційне насильство включає постійні приниження, ігнорування емоційних потреб дитини, а також словесні образи чи маніпуляції, які можуть мати такі ж серйозні наслідки, як і фізичне насильство. Недавні роботи підкреслюють, що емоційне насильство – не просто психологічна шкода, а одна з форм зловживань, яка потребує окремої уваги в політиці охорони здоров'я [1].

На нейробіологічному рівні, систематичне насильство викликає складні зміни в розвитку мозку дитини, зокрема у структурі та функціонуванні ділянок, відповідальних за емоційне регулювання та обробку стресу. Ці зміни пов'язані з підвищеним ризиком тривожних розладів, депресії та інших психопатологій у подальшому житті.

Особливу увагу останніми роками привернули також цифрові аспекти експлуатації дітей, зокрема випадки сексуального насильства в Інтернеті. Хоча ці явища досі мало систематично досліджені в традиційній медичній літературі, вони підкреслюють необхідність оновлення підходів до розуміння «чайлд аб'юзу» у цифрову епоху.

Велику частину сучасної наукової дискусії займають питання щодо довгострокових наслідків пережитого дитячого насильства. Є переконливі докази того, що дитяче зловживання має пролонгований негативний вплив на фізичне та психічне здоров'я. Особливо це стосується ризику розвитку хронічних психічних розладів, включно з посттравматичним стресовим розладом, депресією,

тривожними та поведінковими розладами, а також розладами вживання психоактивних речовин у дорослому віці [3, 4].

Огляд літератури також вказує на значні фізичні наслідки, пов'язані з пережитим зловживанням, включно з високим ризиком набору зайвої ваги, кардіоваскулярних захворювань та порушень обміну речовин. Незважаючи на різноманітність досліджень, загальна картина свідчить про те, що наслідки «чайлд аб'юзу» проникають у всі аспекти здоров'я дитини, роблячи її більш вразливою до хронічних станів та психосоматичних розладів у дорослому віці.

Важливо враховувати, що ці наслідки не виникають ізольовано, а зазвичай у контексті поєднання декількох форм насильства, що підсилюють один одного.

Дитяче насильство має не лише індивідуальні, а й значні суспільні та економічні наслідки. Психосоціальні проблеми в дорослих, які пережили насильство, можуть включати низьку продуктивність праці, тяжкості інтеграції у суспільство та підвищене навантаження на системи охорони здоров'я. Деякі дослідження оцінюють значні економічні витрати, пов'язані з лікуванням, соціальною підтримкою та втраченою продуктивністю праці, підкреслюючи необхідність превентивних програм [5].

Хоча точні оцінки економічного впливу залишаються предметом окремих досліджень, загальна тенденція показує, що ранні інвестиції у профілактику та підтримку дітей, які зазнали зловживань, можуть бути економічно виправдані як для окремих сімей, так і для суспільства загалом.

У сфері охорони здоров'я та соціальних служб здійснюється активний пошук ефективних підходів для профілактики «чайлд аб'юзу». Основні моделі включають програми підтримки батьківства, освітні ініціативи щодо ризиків насильства, а також мультидисциплінарну роботу медичних працівників, педагогів та соціальних служб.

Огляд доказів насильства у первинній медичній допомозі показав, що, незважаючи на значну увагу суспільства до теми якості догляду за дитиною, дані щодо ефективності окремих програм досі залишаються неоднозначними. Це свідчить про необхідність подальших рандомізованих досліджень, що допоможуть встановити, які стратегії є найефективнішими у попередженні «чайлд аб'юзу» в конкретних соціальних контекстах [6].

Однією з перспективних галузей є розробка цифрових технологій для виявлення та реагування на ризики, пов'язані з адверсивними переживаннями дитинства. Використання штучного інтелекту, машинного навчання та цифрових інструментів може допомогти розпізнавати ранні ознаки психологічних та поведінкових змін у дітей, що потенційно постраждали від насильства, і своєчасно втручатися [7].

«Чайлд аб'юз» - це складний феномен, що має багатогранні та довгострокові наслідки для здоров'я, психіки та життєвих перспектив постраждалих дітей. Незважаючи на складнощі з епідеміологічною оцінкою та варіаціями у визначеннях, наукові дані переконливо демонструють, що «чайлд аб'юз» пов'язаний з

високим ризиком психосоціальних та фізичних розладів у дорослому житті.

Сучасні дослідження підкреслюють, що боротьба з дитячим насильством має бути комплексною, включати міждисциплінарні підходи, соціальну підтримку сімей, освіту та превентивні програми. Подальші дослідження потрібні для уточнення механізмів дії «чайлд аб'юзу», оцінки ефективності профілактичних стратегій та вдосконалення практичних підходів до захисту прав та благополуччя дітей у глобальному контексті.

Дослідження наслідків дитячого насильства, яке включає фізичне, емоційне та сексуальне насильство, а також недогляд, продемонструвало, що ранній травматичний досвід у дитинстві може мати тривалі психосоціальні ефекти, що зберігаються до дорослого віку. Сам факт переживання насильства пов'язаний із підвищеним ризиком розвитку психічних розладів, тривожних та депресивних симптомів, порушень соціальної адаптації та когнітивних функцій [8, 9]. Ці наслідки виявляють себе не лише у вигляді окремих симптомів, але й у комплексних порушеннях поведінки, емоційної регуляції та міжособистісних стосунків у дорослому житті.

Дослідження показали, що дорослі, які пережили різні форми насильства у дитинстві, частіше мають тривожні розлади та депресію, ніж ті, хто не зазнавав травми в ранньому віці [8]. Причому, як встановлено у великому когортному дослідженні, серйозні дитячі травми пов'язані з підвищеними шансами психічних проблем у віці 18-40 років, що включає симптоми депресії, тривоги та залежності від алкоголю чи наркотиків [10].

Психосоціальні проблеми, що виникають у дорослому віці після пережитого насильства, можуть охоплювати широке коло функціональних порушень, включаючи зміну соціального функціонування, міжособистісної взаємодії, самооцінки та здатності до побудови стійких стосунків. Так, деякі дослідження виявили, що дорослі, які пережили дитяче насильство і особливо сексуальне насильство, можуть мати порушену здатність до встановлення довірчих відносин, переживати труднощі в терапії і висловлювати свої потреби та досвід у терапевтичному контексті [11].

Психосоціальні ресурси – наприклад, соціальна підтримка, почуття особистого контролю, підтримка мережі відносин – можуть модулювати наслідки дитячого насильства. У групових вибірках виявлено, що люди з високим рівнем соціальної підтримки мають кращі психосоціальні наслідки та загальну якість життя порівняно з тими, хто переживав насильство без захисних чинників [12]. Це підкреслює значення не лише психопатологічних симптомів, але й контекстуальних психосоціальних чинників, які можуть підтримувати або посилювати адаптацію дорослих.

Психосоматичні аспекти впливу дитячих травм також важливі: порушення у стрес-реактивності, включно з дизрегуляцією автономної нервової системи, демонструють, що травматичний досвід у

ранньому віці може бути функціонально пов'язаний із порушеннями сну, психологічним дистресом і змінами в серцево-судинних реакціях у дорослому віці [8]. Такі зміни можуть сприяти підвищеному ризику психосоматичних та психічних проблем у дорослих.

Емоційне насильство та недогляд мають значний вплив на розвиток тягарних психосоціальних наслідків, включно з порушенням самооцінки, емоційною нестабільністю і підвищеним ризиком посттравматичного стресового розладу в дорослому віці [13]. Систематичні огляди підтверджують, що емоційне насильство асоційоване з більшою ймовірністю дорослих психічних розладів, що включають тривогу, депресію та агресивну поведінку [14].

У контексті психосоціального функціонування дорослих також розглядається роль захисних та проміжних чинників. Одне з досліджень показало, що психологічні ресурси, такі як почуття контролю та соціальна підтримка, можуть пом'якшувати негативні наслідки, сприяючи кращому емоційному та фізичному функціонуванню навіть у людей з історією «чайлд аб'юзу» [5]. Тобто, не всі дорослі, які пережили дитяче насильство, мають однаково тяжкі наслідки; існують значні індивідуальні відмінності, залежні від захисних соціальних чи особистісних ресурсів.

Психосоціальні наслідки насильства також включають порушення функціонування в робочому середовищі, складнощі в утриманні стосунків, проблеми із самооцінкою, підвищений ризик залежностей та суїцидальної поведінки. Дані групових та метааналітичних досліджень підтверджують, що дорослі, які мали широкий спектр видів насильства, значно частіше мають серйозні психічні проблеми в дорослому віці [15]. Дослідження також підкреслюють, що більш широкий профіль досвіду «чайлд аб'юзу» пов'язаний із гіршими психосоціальними функціональними результатами, що включають соціальну ізоляцію, труднощі в адаптації до суспільних ролей та зниження загального психосоціального благополуччя.

Усе це підкреслює, що наслідки дитячого насильства у дорослому віці виходять далеко за межі окремої патології, включають широкий спектр психосоціальних проблем, які можуть перешкоджати адаптивному функціонуванню на рівні особистості, суспільних ролей, міжособистісних стосунків та загального благополуччя. Саме тому сучасна наука все більше акцентує увагу на системному та комплексному підході до вивчення наслідків «чайлд аб'юзу» – не лише як психопатології, але і як психосоціального феномену, який потребує уваги як у наукових дослідженнях, так і в клінічній практиці.

Цей феномен має значні наслідки для здоров'я та соціального функціонування як у короткостроковій, так і довгостроковій перспективі, і саме первинна ланка медицини – сімейні лікарі та педіатри – займають унікальну позицію для раннього виявлення таких випадків.

У процесі дорослішання дитини більшість батьків підтримують регулярні контакти зі своїм сімейним

## Наукові огляди

лікарем. Саме ці фахівці часто стають першими, хто має можливість побачити підозрілі ознаки, що можуть свідчити про жорстоке поводження – від непрямих фізичних симптомів до зміни поведінки або психоемоційних сигналів, що не відповідають нормальному розвитку. Часті планові огляди, скринінгові інструменти, клінічне спостереження і розширена анамнестична оцінка дозволяють лікарю встановити підозру навіть у випадках, коли дитина або її опікуни не визнають або не повідомляють про виникнення проблем. Цей підхід відповідає сучасним рекомендаціям щодо скринінгу і спрямований на виявлення не лише явних фізичних ушкоджень, а й тонких ознак психологічного насильства або нехтування [16, 17].

Сімейний лікар повинен проявляти високу чутливість до поведінкових і соматичних змін у пацієнтів. Дослідження показують, що регулярні огляди сприяють ідентифікації ризикових ознак до того, як ситуація загостриться, а відсутність таких оглядів значно знижує шанс раннього втручання [18]. Серед бар'єрів, які заважають лікарям виконувати ефективний скринінг, часто називають недостатню підготовку, обмежений час під час консультацій та страх помилкового визначення жорстокого поводження. Проте кілька сучасних досліджень показали, що інтеграція нових технологічних рішень може підтримувати лікаря у виявленні підозрілих випадків навіть у щільному робочому графіку: наприклад, застосування технологій машинного навчання та автоматичного аналізу електронних медичних записів для виявлення певних патернів даних, які можуть вказувати на ризик CAN (child abuse and neglect) [19]. Такий підхід не замінює клінічної оцінки, але забезпечує важливе додаткове джерело інформації для сімейного лікаря.

Визначення ризику не повинно обмежуватися лише обстеженням фізичних ознак. Докази показують, що включення скринінгових інструментів, що оцінюють соціально-емоційний розвиток, рівень стресу в сім'ї або психосоціальні детермінанти, може суттєво підвищити чутливість до прихованих форм жорстокого поводження [20]. Це включає оцінку відносин між батьками та дитиною, ознак депресії або тривоги в дитини, а також симптомів, які можуть не завжди бути очевидними для неспеціаліста. Сімейний лікар повинен бути навченим не лише розпізнавати класичні прояви фізичного зловживання, а й бути уважним до побічного впливу хронічного стресу, нехтування базових потреб або емоційних ознак тривоги в дітей – це може бути важливим маркером не фізичного, але не менш шкідливого типу насильства.

Важливим аспектом ролі сімейного лікаря є багатопрофільна співпраця з іншими фахівцями та службами. Дані останнього дослідження серед працівників первинної медичної допомоги підкреслюють необхідність співпраці між медичними працівниками, соціальними службами, педіатрами та службами захисту дітей для повноцінної оцінки ризику та захисту дитини [18]. У цьому контексті лікар не лише виступає як первинний медичний модератор, але

і як координаційний вузол для правильної передачі інформації, направлення до відповідних служб та підтримки сім'ї у кризових ситуаціях, що включають ризик насильства.

Крім того, сімейний лікар може відігравати ключову роль у профілактичній роботі, надаючи сім'ям поради з питань виховання, управління стресом та розвитку дитини, особливо в період вагітності або раннього дитинства, коли стратегії підтримки та освіти можуть зменшувати ризики майбутніх проблем. Хоча сучасні систематичні огляди виявили недостатність доказів про ефективність усіх інтервенцій первинної допомоги, спрямованих на запобігання жорстокому поводженню, реалізація програм підтримки батьків, утримання від шкідливих практик виховання та пропагування безпечних родинних середовищ можуть бути частиною комплексної профілактичної стратегії [21].

У практичній діяльності сімейного лікаря повинні бути враховані етичні та юридичні обов'язки. Повідомлення підозрілих випадків насильства до відповідних служб та дотримання правового поля є невід'ємною частиною професійної практики, оскільки своєчасне повідомлення може врятувати життя та мінімізувати шкоду для дитини. Це також включає правильне документування ознак, обґрунтоване рішення про подальші дії та забезпечення підтримки сім'ї у переході до спеціалізованої допомоги.

Проблема раннього виявлення дитячого насильства є ключовою для зниження шкоди, яку переживають діти, оскільки своєчасне розпізнавання ознак ризику або можливого насильства дає змогу втрутитись до розвитку серйозних фізичних, емоційних і соціальних наслідків. Сучасні підходи до виявлення дитячого насильства ґрунтуються на використанні систематизованих скринінгових інструментів та інноваційних технологічних рішень, спрямованих на підвищення чутливості, специфічності та ефективності ідентифікації ризикових ситуацій у різних клінічних та позаклінічних середовищах.

Традиційні скринінгові інструменти для виявлення дитячого насильства у медичній практиці включають стандартизовані опитувальники, чек-листи та шкали, які дозволяють оцінити наявність фізичних, емоційних чи поведінкових ознак, що можуть вказувати на насильство. Наприклад, у контексті стаціонарної допомоги в екстрених відділеннях розроблено й валідовано короткий інструмент SCAN (Screening instrument for Child Abuse and Neglect), що складається з чотирьох ключових запитань, здатних ідентифікувати потенційні випадки дитячого насильства серед пацієнтів із травмами чи підозрілими клінічними ознаками. Позитивний результат такого скринінгу є підставою для подальшого поглибленого обстеження та залучення мультидисциплінарної команди фахівців для підтвердження або спростування підозри та вибору подальших дій щодо безпеки дитини і лікування [22]. Такий підхід ілюструє, що структуровані інструменти можуть стати практичним засобом у щоденній діяльності лікарів, де в умовах

обмеженого часу й ресурсів важливо швидко ідентифікувати сигнали ризику.

Джерелом значної уваги в науковій літературі є питання інтеграції скринінгу ризику дитячого насильства на первинному рівні медичної допомоги. Аналіз останніх розробок у педіатричній первинній ланці показує, що дані електронних медичних записів містять великий обсяг інформації про здоров'я та поведінку дітей, який може бути використаний для розробки автоматизованих систем виявлення ризиків. Наприклад, сучасні дослідження описують розробку лексику, пов'язаного з дитячим насильством та застосування методів «обробки невимушеного спілкування» для пошуку ідентифікації ознак дитячого насильства в клінічних нотатках. Такі інструменти можуть виступати частиною широкої системи автоматичного узагальнення клінічних даних, що передаються лікарям для підтримки ухвалення рішень, підвищуючи ймовірність раннього розпізнавання дитячого насильства, ніж лише традиційний клінічний огляд без технічної підтримки [23]. У цьому контексті використання «обробки невимушеного спілкування» і машинного навчання демонструє потенціал вивільнити ресурси лікарів і сприяти виявленню прихованих чи нетипових ознак «чайлд аб'юзу», які можуть не бути очевидними на перший погляд, але відображені в розлогіх описах хвороб або історії звернень.

Однак жоден окремий інструмент або технологія не є універсальною чи самодостатньою. Систематичні огляди наявних скринінгових інструментів для виявлення насильства у клінічній практиці показали, що існує багато різних форм оцінок, включно з опитувальниками для окремих типів насильства, але жоден із них не охоплює всіх можливих його форм і не має бездоганної доказової бази, що підтверджує їхню ефективність у широкому спектрі умов [24]. Це відкриває простір для подальших досліджень з удосконалення методів та адаптації їх до різних контекстів — від первинної медичної допомоги до освітніх чи соціальних служб.

Сучасні технології, особливо ті, що ґрунтуються на штучному інтелекті та машинному навчанні, мають значний потенціал для підтримки процесу раннього виявлення «чайлд аб'юзу», але впровадження таких рішень у практику залишається поки що обмеженим. Попри те, що широке впровадження штучного

інтелекту в цілісну систему охорони здоров'я є викликом через питання етики, приватності даних і точності моделей, існуючі дослідження вказують на перспективні напрямки застосування алгоритмів для аналізу великих обсягів медичних даних, у тому числі текстових описів та клінічних нотаток, з метою ідентифікації сигналів ризику «чайлд аб'юзу», що можуть бути пропущені традиційними методами оцінки [25]. Ці технології не лише підвищують операційну ефективність, але також можуть підтримувати комплексний підхід до моніторингу і виявлення випадків у межах великих баз даних, де без використання інструментів штучного інтелекту ручний аналіз є надто трудомістким.

Важливо також підкреслити, що використання технологічних рішень ніяким чином не замінює професійну оцінку і клінічне мислення сімейних лікарів чи фахівців із дитячого розвитку, а лише підсилює їх. Ефективне використання скринінгових інструментів потребує навчання медичного персоналу, розуміння контексту застосування кожного інструмента, а також постійного перегляду й адаптації процесів відповідно до культурних, соціальних та правових умов конкретної системи охорони здоров'я.

**Висновок.** Таким чином, сучасні скринінгові інструменти та технології для раннього виявлення «чайлд аб'юзу» є невід'ємною частиною стратегії запобігання, раннього розпізнавання та відповідної реакції на випадки насильства щодо дітей. Незважаючи на те, що ще існують обмеження щодо доказової бази щодо ефективності окремих інструментів та технологій у різних контекстах, синергія між традиційними скринінговими підходами та цифровими технологіями на основі «обробки невимушеного спілкування» і штучного інтелекту відкриває нові перспективи для покращення раннього виявлення випадків «чайлд аб'юзу». Такий інтегрований підхід дозволяє посилити здатність систем охорони здоров'я та соціальних служб своєчасно і точно реагувати на ризики, мінімізуючи шкоду для найуразливіших пацієнтів – дітей.

**Конфлікт інтересів.** Автори декларують відсутність конфлікту інтересів, зокрема фінансових, особистісних чи інших, що могли би вплинути на представлене дослідження і його результати.

**Фінансування.** Дослідження проводилося без фінансової підтримки.

## References

1. Schwartz SB, Schonfeld D, Pederson P, Yeung F. Identification and management of child abuse and neglect. *BMJ*. 2024;387:e079054. DOI: 10.1136/bmj-2023-079054.
2. Massullo C, De Rossi E, Carbone GA, Imperatori C, Ardito RB, Farina B. Child maltreatment, abuse, and neglect: An umbrella review of their prevalence and definitions. *Clin Neuropsychiatry*. 2023;20(2):72-99. DOI: 10.36131/cnfliorteditore20230201.
3. Rokach A, Clayton S. The Consequences of Child Abuse. *Healthcare*. 2023;11(11):1650. DOI: 10.3390/healthcare11111650.
4. Moog NK, Cummings PD, Jackson KL, Aschner JL, Barrett ES, Bastain TM, et al. Intergenerational transmission of the effects of maternal exposure to childhood maltreatment in the USA: a retrospective cohort study. *Lancet Public Health*. 2023;8(3):e226. DOI: 10.1016/S2468-2667(23)00025-7.
5. Brown DS, Fang X, Florence CS. Medical costs attributable to child maltreatment: A systematic review of short- and long-term effects. *Am J Prev Med*. 2011;41(6):627-35. DOI: 10.1016/j.amepre.2011.08.013.
6. White BM, Prasad R, Ammar N, Yaun JA, Shaban-Nejad A. Digital health innovations for screening and mitigating mental health impacts of adverse childhood experiences: Narrative review. *JMIR Pediatr Parent*. 2024;7:e58403. DOI: 10.2196/58403.
7. Glucklich T, Attrash-Najjar A, Massarweh N, Katz C. What do adults who experienced child sexual abuse want to convey about

## Наукові огляди

therapy? Child Abuse Negl. 2023;146:106435. DOI: 10.1016/j.chiabu.2023.106435.

8. Shen F, Mi RZ, Lee H, Chen JJ, Zhang Y. The effects of childhood maltreatment and social support on depressive symptom trajectories. Child Abuse Negl. 2025;160:107242. DOI: 10.1016/j.chiabu.2024.107242.

9. Widom CS, Czaja SJ, Kozakowski SS, Chauhan P. Does adult attachment style mediate the relationship between childhood maltreatment and adult mental and physical health outcomes? Child Abuse Negl. 2018;76:533-45. DOI: 10.1016/j.chiabu.2017.05.002.

10. Li Z, Pan Y, Liu G, Li B, Li X. Childhood maltreatment and psychosocial flourishing among emerging adults: Roles of psychological suzhi and self-esteem. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(9):4998. DOI: 10.3390/ijerph19094998.

11. Schneiderman JU, Davis JP, Negriff S. Associations between psychosocial functioning and physical health in youth with maltreatment experiences. Child Youth Serv Rev. 2021;127:106080. DOI: 10.1016/j.chilyouth.2021.106080.

12. Mehta D, Kelly AB, Laurens KR, Haslam D, Williams KE, Walsh K, et al. Child Maltreatment and Long-Term Physical and Mental Health Outcomes. Child Psychiatry Hum Dev. 2023;54(2):421-35. DOI: 10.1007/s10578-021-01258-8.

13. Xiao Z, Baldwin M, Meinck F, Obsuth I, Murray AL. The impact of childhood psychological maltreatment on mental health outcomes in adulthood: protocol for systematic review and meta-analysis. Syst Rev. 2021;10(1):224. DOI: 10.1186/s13643-021-01777-4.

14. Fares-Otero NE, Carranza-Neira J, Womersley JS, Stegemann A, Schalinski I, Vieta E, et al. Child maltreatment and resilience in adulthood: systematic review and meta-analysis. Psychol Med. 2025;55:e163. DOI: 10.1017/S0033291725001205.

15. Midtsund AD, Henriksen L, Lukasse M, Valla L. Detecting and preventing child maltreatment in primary care and PHNs' role – a cross-sectional study. BMC Prim Care. 2024;25(1):218. DOI:10.1186/s12875-024-02445-x.

16. Hanson RF, Zhu V, Are F, Espeleta H, Wallis E, Heider P, et al. Initial development of tools to identify child abuse and neglect in pediatric primary care. BMC Med Inform Decis Mak. 2023;23(1):266. DOI: 10.1186/s12911-023-02361-7.

17. Barry MJ, Nicholson WK, Silverstein M, Chelmos D, Coker TR, Davis EM, et al. Primary Care Interventions to Prevent Child Maltreatment: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2024;331(11):951-58. DOI: 10.1001/jama.2024.

18. Schwartz SB, Schonfeld D, Pederson P, Yeung F. Identification and management of child abuse and neglect. BMJ. 2024;387:e079054. DOI: 10.1136/bmj-2023-079054.

19. Screening tools used by paediatric healthcare providers to identify child maltreatment by parents or caregivers: a systematic review. BMJ Open. 2025;15:e101721. DOI: 10.1136/bmjopen-2025-101721.

20. Hoedeman F, Puiman PJ, van den Heuvel EAL, Affourtit MJ, Bakx R, Langendam MW, et al. A validated Screening instrument for Child Abuse and Neglect (SCAN) at the emergency department. Eur J Pediatr. 2023;182(1):79-87. DOI: 10.1007/s00431-022-04635-0.

21. Hanson RF, Zhu V, Are F, Espeleta H, Wallis E, Heider P, et al. Initial development of tools to identify child abuse and neglect in pediatric primary care. BMC Med Inform Decis Mak. 2023;23(1):266. DOI: 10.1186/s12911-023-02361-7.

22. Chen C-J, Chen Y-W, Chang H-Y, Feng J-Y. Screening Tools for Child Abuse Used by Healthcare Providers: A Systematic Review. J Nurs Res. 2022;30(1):e193. DOI: 10.1097/JNR.0000000000000475.

23. Improved Detection of Child Maltreatment with Routine Screening in a Tertiary Care Pediatric Hospital. Ann Emerg Med. 2021;78(5):619-27. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2021.05.022.

**Відомості про авторів**

**Твердовська Ж.Г.** – лікар-стоматолог, терапевт, дитячий стоматолог, Медичний центр сімейної стоматології “Стемма”, м Чернівці, Україна. <https://orcid.org/0009-0004-5270-9262>.

**Загородня К.Г.** – лікар-резидент, Корнстоун Госпіталь, м. Моргантаун, США, <https://orcid.org/0009-0007-0292-0037>.

**Кривецька І.І.** - канд. мед. наук, доцент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка, Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна. <https://orcid.org/0000-0001-5799-0146>.

**Волошин В.Л.** – канд. біол. наук, доцент кафедри медичної біології та генетики Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна. <https://orcid.org/0000-0001-5973-7427>.

**Information about the authors**

**Zhanna Tverdovska** – Dentist-therapist, Pediatric dentist, Stemma Family Dentistry Center, Chernivtsi, Ukraine. <https://orcid.org/0009-0004-5270-9262>

**Kateryna Zahorodnia** – resident, family medicine doctor, Cornerstone Care Community Health Center, Morgantown, USA. <https://orcid.org/0009-0007-0292-0037>

**Kryvetska Inna** - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor at the Department of Nervous Diseases, Psychiatry and Medical Psychology named after S.M. Savenko, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine. <https://orcid.org/0000-0001-5799-0146>.

**Voloshyn Volodymyr** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor at the Department of Medical Biology and Genetics Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine. <https://orcid.org/0000-0001-5973-7427/>



*Дата першого надходження рукопису до видання: 15.01.2026 р.  
Дата прийнятого до друку рукопису після рецензування: 05.02.2026 р.  
Дата публікації: 19.03.2026 р.*