

IASC

Inter-Agency Standing Committee
IASC Reference Group for Mental Health and
Psychosocial Support in Emergency Settings

Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації



IASC

Inter-Agency Standing Committee
IASC Reference Group for Mental Health and
Psychosocial Support in Emergency Settings

Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації

Київ
Університетське видавництво
ПУЛЬСАРИ
2017

Міжвідомчий постійний комітет (МПК) було засновано у 1992 році в рамках ухвалені Генеральною Асамблеєю ООН Резолюції 46/182, спрямованої на зміцнення координування у сфері надання гуманітарної допомоги. Згідно з Резолюцією, МПК є основним механізмом зі сприяння міжвідомчому ухваленню рішень з метою реагування на надзвичайні ситуації чи стихійні лиха. МПК було створено очільниками широкого кола організацій, які належать до системи ООН, і гуманітарних організацій, що діють самостійно. Додаткова інформація знаходиться за посиланням: <http://interagencystandingcommittee.org/iasc>

Ця публікація доступна різними мовами на веб-сайті МПК:
<http://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings>

Перекладено Міжнародним медичним корпусом в Україні за виданням:
IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings

Керівництво містить матрицю з рекомендаціями щодо планування під час надзвичайної ситуації, заходи, які необхідно здійснити на початкових етапах надзвичайної ситуації, а також комплексне реагування на етапі відновлення та реабілітації. Матриця – цінний інструмент для використання під час процесів координування, співпраці та захисту інтересів (адвокації). Цей інструмент надає схему для визначення обсягів впровадження суттєвих перших кроків з реагування під час надзвичайної ситуації.

© Фотографії на обкладинці:

Основна фотографія: дівчинка: Олександра Злуніцина/
м. Дружківка/Благодійний фонд «Наснага»/Міжнародний медичний корпус
в Україні/ 2016

Чоловік з дитиною: Олександра Злуніцина/м. Запоріжжя/
ГО Центр соціально-психологічної допомоги «Ресурс»/Міжнародний медичний
корпус в Україні/ 2016

Жінки: Олександра Злуніцина/м. Краматорськ/ГО «Студена»/Міжнародний
медичний корпус в Україні/ 2016

Двоє дітей: Олександра Злуніцина/м. Краматорськ/
ГО «Студена»/Міжнародний медичний корпус в Україні/ 2016

Рекомендоване посилання:

Міжвідомчий постійний комітет (МПК) (2007). Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. Женева: МПК.

Ваші коментарі або пропозиції щодо покращення публікації просимо надсилати за електронними адресами: IASCmhps@who.int або IASCmhps@interaction.org

© Міжвідомчий постійний комітет, 2007

© Міжнародний медичний корпус, 2017

© Міжнародний медичний корпус в Україні, 2017

© Злуніцина Олександра, фотографії, 2017

© Університетське видавництво ПУЛЬСАРИ, 2017

Передмова

Міжвідомчий постійний комітет (МПК) підготував це Керівництво з метою допомоги гуманітарним організаціям у плануванні, впровадженні та координуванні низки мультисекторних дій мінімального реагування для захисту і покращення психічного здоров'я, а також психосоціального благополуччя в розпалі надзвичайної ситуації.

Під час надзвичайних ситуацій населення часто зазнає великих страждань. Гуманітарні організації все частіше працюють з метою забезпечення захисту і покращення психічного здоров'я та психосоціального благополуччя постраждалого населення під час надзвичайної ситуації і після її завершення. Проте значним недоліком залишається відсутність мультисекторної, міжвідомчої структури, яка забезпечувала б ефективне координування, визначала б дієві практики й виявляла б потенційно небезпечні підходи, а також роз'яснювала б, як різні підходи до психічного здоров'я і психосоціальної підтримки доповнюють один одного.

Керівництво пропонує важливі поради щодо втілення інтегрованого підходу для вирішення невідкладних проблем психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях.

Я висловлюю щире подяку Робочій групі МПК з питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях і особливо співголовам Робочої групи, ВООЗ та Альянсу НУО «Взаємодія» (InterAction) за досягнення консенсусу між різними організаціями щодо системи мінімального реагування у цій важливій частині гуманітарної сфери.

Закликаю всіх учасників процесу з надання гуманітарної допомоги використовувати це Керівництво.



Касідіс Рочанакорн

Голова Робочої групи
Міжвідомчого постійного комітету,
Директор Управління з координації
гуманітарних питань (УКГП), Женева

Подяки

Члени Робочої групи Міжвідомчого постійного комітету з питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки висловлюють свою подяку всім, хто сприяв розробленню цього Керівництва. Особливо хочемо відзначити організації-члени Робочої групи та їхніх працівників, які взяли участь у створенні Керівництва:

Action Contre la Faim (ACF)

InterAction (співголова), через:

- American Red Cross (ARC)
- Christian Children's Fund (CCF)
- International Catholic Migration Commission (ICMC)
- International Medical Corps (IMC)
- International Rescue Committee (IRC)
- Mercy Corps
- Save the Children USA (SC-USA)

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE)

International Council of Voluntary Agencies (ICVA), через:

- ActionAid International
- CARE Austria
- HealthNet-ТРО
- Médicos del Mundo (MdM-Spain)

- Médecins Sans Frontières Holland (MSF-Holland)
- Oxfam GB
- Refugees Education Trust (RET)
- Save the Children UK (SC-UK)

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC)

International Organization for Migration (IOM)

Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA)

United Nations Children's Fund (UNICEF)

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR)

United Nations Population Fund (UNFPA)

World Food Programme (WFP)

World Health Organization (WHO) (співголова)

Висловлюємо нашу щирю подяку Департаменту ВООЗ з психічного здоров'я та зловживання психоактивними речовинами (через фонди, які надав уряд Італії) і працівникам Християнського дитячого фонду за значний час, приділений сприянню проекту.

Робоча група вдячна за коментарі до попередніх версій Матриці і/або окремих Планів дій рецензентам таких організацій:

НУО: Aga Khan Development Network; Antares Foundation; Austrian Red Cross; BasicNeeds; CARE USA; Child Fund Afghanistan; Church of Sweden Aid; Church World Service; Community and Family Services International; Enfants Réfugiés du Monde; Fundación Dos Mundos; Global Psycho-Social Initiatives; Handicap International; Headington Institute; Human Rights Watch; Impact Foundation; International Critical Incident Stress Foundation; International Rehabilitation Council for Torture Victims; Jesuit Refugee Service; Médecins Sans Frontières Switzerland; Médecins Sans Frontières Spain; Norwegian Refugee Council; Palestinian Red Crescent Society; People in Aid; Programa Psicosocial en Chiapas; Psychologues du Monde; PULIH Foundation Indonesia; Refugees International; Sangath Centre Goa; South African Institute for Traumatic Stress; STEPS Consulting Social; Tanganyika Christian Refugee Service; Terre des Hommes Foundation; The Foundation for Children and War;

Turkish Red Crescent Society; War Child Holland.

Університети: Birzeit University West Bank; Boston University; Columbia University; Harvard University; Johns Hopkins University; Karolinska Institutet; Kent State University; King's College; London School of Hygiene and Tropical Medicine; Northumbria University; Pomona College; San Jose State University; State University of New York; Uniformed Services University of the Health Sciences; University of Colombo; University of Geneva; University of Jaffna; University of Lund; University of Maryland; University of Melbourne; University of New South Wales; University of Oxford; University of Pennsylvania; University of South Dakota; University of Western Sydney; University of the Philippines; Victoria University; Vrije Universiteit Amsterdam; Wageningen University.

Інші (наприклад, професійні асоціації, урядові організації, консорціуми, мережі): American Psychiatric Association; American Psychological Association; Asian Harm Reduction Network; Canadian Forces Mental Health Services; Cellule d'Urgence Médico-

Psychologique – SAMU de Paris; Centre Hospitalier Saint-Anne; Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Consortium of Humanitarian Agencies Sri Lanka; Consultative Group on Early Childhood Care and Development; Department of Human Services, Melbourne; European Federation of Psychologists' Associations; Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO); Hellenic Centre of Mental Health; IASC Early Recovery Cluster; IASC Health Cluster; IASC Camp Coordination and Camp Management Cluster; Iberoamerican Eco-Bioethics Network for Education, Science and Technology; International Alliance for Child and Adolescent Mental Health and Schools; International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; International Society for Traumatic Stress Studies.

Інтервенція: Міжнародний журнал з психічного здоров'я, психосоціальної роботи та психологічного консультування в зонах збройного конфлікту; Mangrove Psychosocial Support and Coordination Unit; Ministry of Health, Iran; Ministry of Health, Sri Lanka; Psychologists for Social Responsibility;

Psychosocial Working Group; Regional Psychosocial Support Initiative for Children Affected by AIDS, Poverty and Conflict (REPSI); United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO); United States Agency for International Development; World Association for Psychosocial Rehabilitation; World Federation for Mental Health; World Federation of Occupational Therapists; World Psychiatric Association.

Міжнародний медичний корпус в Україні та Референтна група МПК з питань ПЗПСП висловлюють подяку Міжвідомчій робочій групі з практичного застосування Керівництва МПК з ПЗПСП в Україні за розроблення глосарія термінів, що був використаний під час редагування перекладу документа, а також Інституту психічного здоров'я Українського католицького університету за співпрацю у підготовці матеріалу до друку.

Зміст

Передмова	3
Подяки	4
РОЗДІЛ 1. Вступ	10
Передумови	11
Вплив надзвичайної ситуації на психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя	12
Люди в ситуаціях підвищеного ризику	13
Керівництво	16
Як використовувати це Керівництво?	18
Основні принципи	21
Найчастіші запитання	28
РОЗДІЛ 2. Матриця інтервенцій	32
РОЗДІЛ 3. Плани дій мінімального реагування	42
1. КООРДИНУВАННЯ	
1.1: Забезпечити міжсекторне координування у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки	45
2. ОЦІНЮВАННЯ, МОНІТОРИНГ І ОЦІНКА	
2.1: Проводити оцінювання питань із ПЗПСП	50
2.2: Ініціювати впровадження систем моніторингу та оцінки з залученням громади	59
3. ЗАХИСТ ТА НОРМИ ПРАВ ЛЮДИНИ	
3.1: Застосовувати основоположні принципи прав людини під час надання підтримки з психічного здоров'я та психосоціального благополуччя	64
3.2: Визначати, контролювати, попереджувати і реагувати на загрози захисту та невідповідність нормам через програми соціальної підтримки	70
3.3: Визначати, контролювати, попереджувати і реагувати на загрози захисту та зловживання шляхом механізму юридичного захисту	78

4. ЛЮДСЬКІ РЕСУРСИ

- 4.1: Визначати і наймати персонал та залучати волонтерів, які розуміють місцеву культуру 85
- 4.2: Впроваджувати кодекс поведінки та етичні норми для персоналу 90
- 4.3: Організувати професійну орієнтацію та навчання у сфері ПЗПСП для працівників, що надають допомогу 95
- 4.4: Попереджувати й управляти проблемами з психічним здоров'ям та психосоціальним благополуччям серед працівників і волонтерів 102

5. МОБІЛІЗАЦІЯ ГРОМАДИ І ПІДТРИМКА

- 5.1: Сприяти умовам мобілізації громади, власній відповідальності й контролю щодо заходів реагування в усіх секторах 109
- 5.2: Сприяти заходам із самопомоги та соціальної підтримки громади 116
- 5.3: Сприяти розвитку умов для культурних, духовних і релігійних практик зцілення у громаді 123
- 5.4: Сприяти підтримці дітей (0-8 років) і їхніх опікунів 128

6. ПОСЛУГИ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- 6.1: Включити в загальну охорону здоров'я конкретні психологічні й соціальні аспекти 135
- 6.2: Забезпечувати доступ до послуг з охорони здоров'я особам із тяжкими психічними розладами 142
- 6.3: Захищати і піклуватися про осіб із тяжкими психічними розладами й іншими психічними та неврологічними формами інвалідності, що перебувають у закладах 152
- 6.4: Дізнатися про місцеві, корінні й народні системи зцілення і, за доцільності, співпрацювати з ними 157
- 6.5: Мінімізувати шкоду від уживання алкоголю або інших психоактивних речовин 163

7. ОСВІТА

- 7.1: Покращити доступ до безпечної та підтримуючої освіти 170

8. ПОШИРЕННЯ ІНФОРМАЦІЇ

- 8.1: Забезпечити постраждале населення інформацією щодо надзвичайної ситуації, заходів з допомоги і їхніх законних прав 179
- 8.2: Надати доступ до інформації про дієві методи копіюгу 186

9. ПРОДОВОЛЬЧА БЕЗПЕКА ТА ХАРЧУВАННЯ

- 9.1: Враховувати особливі соціальні та психологічні аспекти (безпечна допомога для всіх в умовах гідності, з урахуванням культурних звичаїв і побутових ролей) при забезпеченні харчовими продуктами і додатковим харчуванням 191

10. ТИМЧАСОВЕ ЖИТЛО ТА ПЛАНУВАННЯ ПОСЕЛЕННЯ

- 10.1: Врахувати особливі соціальні аспекти (безпечну, гідну, належну в культурному та соціальному плані допомогу) під час планування місць поселення та надання тимчасового житла 197

11. ВОДОПОСТАЧАННЯ ТА САНЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

- 11.1: Враховувати особливі соціальні аспекти (безпечний та культурно відповідний доступ для всіх з повагою до гідності) при забезпеченні водою і санітарними умовами 203

Алфавітний покажчик 208

РОЗДІЛ 1

Вступ

Передумови

Збройні конфлікти і стихійні лиха завдають значних бід постраждалому населенню. Психологічні та соціальні наслідки надзвичайних ситуацій можуть бути гострими протягом короткого періоду, але вони також можуть підірвати психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя постраждалого населення у тривалій перспективі. Такі наслідки можуть загрожувати миру, дотриманню прав людини та процесам розвитку. Отже, одним із пріоритетів у разі виникнення надзвичайних ситуацій є захист і покращення психічного здоров'я та психосоціального благополуччя населення. Досягнення цих пріоритетних завдань вимагає скоординованості дій усіх урядових й неурядових гуманітарних організацій.

Значним недоліком залишається відсутність мультисекторної, міжвідомчої структури, яка забезпечувала б ефективне координування, визначала б дієві та потенційно шкідливі практики і роз'яснювала б, як різні підходи до психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ПЗПСП) доповнюють один одного. Цей документ спрямований на усунення цього недоліку.

Керівництво відображає ідеї фахівців із різних географічних регіонів, дисциплін і секторів, а також консенсус серед спеціалістів щодо відповідної практики. Таким чином, основна ідея полягає в тому, що на ранньому етапі надзвичайної ситуації необхідна соціальна підтримка постраждалому населенню задля його захисту і збереження психічного здоров'я та психосоціального благополуччя. Крім того, для конкретних випадків Керівництво рекомендує певні психологічні та психіатричні інтервенції.

У цьому документі комплексний термін «психічне здоров'я та психосоціальна підтримка» вживають для опису будь-якого типу локальної або зовнішньої підтримки, що спрямована на захист чи сприяння психосоціальному благополуччю та/або запобігання чи лікування психічних розладів. Хоча терміни *психічне здоров'я* та *психосоціальна підтримка* тісно пов'язані й часто збігаються, для багатьох працівників гуманітарної сфери вони означають різні, хоча й доповнюючі підходи.

Гуманітарні організації, які не належать до сектору охорони здоров'я, часто говорять про *підтримку психосоціального благополуччя*. Натомість представники охорони здоров'я, як правило, вживають термін *психічне здоров'я*, але історично користувалися термінами *психосоціальна реабілітація* та *психосоціальне лікування*, посилаючись на небіологічні інтервенції для людей із психічними розладами. Точні визначення цих термінів залежать від різних гуманітарних організацій, дисциплін і країн. З огляду на те, що цей документ охоплює міжсекторні та міжвідомчі принципи, загальний термін *психічне здоров'я та психосоціальна підтримка* призначений для об'єднання якомога ширшої групи організацій і підкреслює потребу в застосуванні різних підходів, що доповнюють один одного під час надання відповідної підтримки.

Наукових свідчень стосовно психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, які є найефективнішими в умовах надзвичайної ситуації, все ще замало. Більшість досліджень у цій сфері проводили через кілька місяців або років після завершення гострої фази надзвичайної ситуації. Із розвитком цього напрямку зростатиме база дослідницьких даних, а також база практичного досвіду фахівців. Отже, для врахування нових знань, цю публікацію варто періодично оновлювати.

Вплив надзвичайної ситуації на психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя

Проблеми

Під час надзвичайних ситуацій виникає широке коло проблем на рівні особистості, сім'ї, громади і суспільства. На всіх рівнях надзвичайні ситуації погіршують природні механізми підтримки, збільшують ризики виникнення різних проблем і, як правило, посилюють актуальні проблеми соціальної несправедливості та нерівності. Наприклад, такі стихійні лиха, як повені, зазвичай завдають особливої шкоди незаможним людям, які можуть жити на відносно небезпечних територіях.

Проблеми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях тісно взаємопов'язані, при цьому здебільшого це проблеми соціального або психологічного характеру. Суттєві проблеми переважно соціального характеру містять:

- соціальні проблеми, що існували раніше (до надзвичайної ситуації) (наприклад, бідність; приналежність до маргіналізованих або дискримінованих груп; політичний тиск);
- соціальні проблеми, які виникли внаслідок надзвичайної ситуації (наприклад, втрата зв'язків між членами родини; порушення соціальних мереж; розпад громадських структур, втрата ресурсів і довіри; зростання гендерно зумовленого насильства);
- соціальні проблеми через надання гуманітарної допомоги (наприклад, послаблення структури громади або традиційних механізмів підтримки). Подібним чином до проблем психологічного характеру належать:
- проблеми, що існували раніше (тяжкі психічні розлади; зловживання алкоголем);
- проблеми, які виникли внаслідок надзвичайної ситуації (наприклад, горе; непатологічний дистрес; депресія і відчуття неспокою; посттравматичний стресовий розлад [ПТСР]);
- проблеми, що виникли через надання гуманітарної допомоги (наприклад, тривога через брак інформації щодо розподілу їжі).

Таким чином, проблеми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки під час надзвичайних ситуацій значно глибші, ніж просто ПТСР.

Люди в ситуаціях підвищеного ризику

У надзвичайних ситуаціях не всі особи зазнають значних психологічних проблем. У багатьох людей спостерігається психологічна пружність (резильєнтність), тобто здатність відносно добре реагувати і діяти в складних ситуаціях. Існують численні взаємопов'язані соціальні, психологічні та біологічні фактори, які впливають на виникнення психологічних проблем або на резильєнтність у складних умовах.

Залежно від природи надзвичайної ситуації певні групи людей можуть зазнавати підвищеного ризику виникнення соціальних та/або психологічних проблем. Хоча багато ключових форм підтримки мають бути доступні для будь-кого серед постраждалого в надзвичайній ситуації населення, належні програми безпосередньо передбачають надання відповідних послуг для найвразливіших груп людей, яких варто ідентифікувати в кожній окремій кризовій ситуації (див. [Розділ 3, План дій 2.1](#)).

Усі підгрупи населення потенційно можуть перебувати в зоні ризику залежно від характеру ситуації. Далі зазначені групи осіб, які найчастіше наражаються на більший ризик виникнення проблем у різних надзвичайних ситуаціях:

- жінки (наприклад, вагітні, матері, матері-одиначки, вдови і, в певних культурах, незаміжні жінки і дівчата-підлітки);
- чоловіки (наприклад, колишні учасники бойових дій, безробітні чоловіки, які втратили засоби для матеріального забезпечення своїх сімей, молоді чоловіки, для яких найбільш вірогідний ризик затримання, викрадення або насильства);
- діти (від немовлят до молодих людей до 18 років), а саме діти, розлучені з родиною, або ті, що залишилися без опіки (у т. ч. сироти), діти, яких залучили або використовували у збройних силах чи озброєних угрупованнях, жертви торгівлі дітьми, а також діти, що перебувають у конфлікті з законом, мають небезпечні умови праці, діти, які живуть або працюють на вулиці, а також недоїдають, нерозвинені діти;
- старші люди (особливо, якщо вони втратили членів сім'ї, які ними опікувалися);
- люди в злиднях;
- біженці, внутрішньо переміщені особи і мігранти з невизначеним статусом (особливо жінки і діти, які стали жертвами торгівлі людьми і не мають документів, що засвідчують особу);
- люди, які потерпіли від надзвичайно стресових подій/травм (наприклад, ті, що втратили членів сім'ї або всі засоби для існування, що пережили зґвалтування і тортури, або ті, хто стали свідками звірств тощо);
- люди з важкими фізичними, неврологічними або психічними порушеннями чи розладами, що існували раніше;
- люди, що живуть у спеціалізованих установах (сироти, люди похилого віку, люди з неврологічними/психічними порушеннями або розладами);
- люди, які потерпають від соціальної стигми (наприклад, недоторкані/даліти, працівники секс-індустрії, люди з важкими психічними розладами, люди, що пережили сексуальне насильство);
- особи, що наражаються на особливий ризик порушення прав людини (наприклад, політичні активісти, етнічні або мовні меншини, люди, що перебувають у соціальних установах або затримані, люди, чії права раніше порушували).

Необхідно визнати, що:

- Існує безліч ризиків, проблем і ресурсів, як у певній групі, так і між згаданими групами.
- Деякі люди з групи ризику можуть давати собі раду відносно добре.
- Деякі групи (наприклад, учасники бойових дій) можуть перебувати в зоні підвищеного ризику виникнення певних проблем (наприклад, зловживання психоактивними речовинами) і водночас у зоні зниженого ризику виникнення інших проблем (наприклад, голодування).
- Деякі групи в певній кризовій ситуації можуть наражатися на більший ризик і відносно краще справлятися за інших кризових обставин.
- Там, де існує ризик для однієї групи, інші групи також є вразливими (Проект «Сфера»/Sphere Project, 2004).
- Належність людей до «групи ризику» не означає, що вони є пасивними жертвами. Хоча особи з групи ризику потребують підтримки, вони часто мають можливості й соціальні зв'язки, які дозволяють їм допомагати родині й брати активну участь у соціальному, релігійному й політичному житті.

Ресурси

Постраждалі групи мають здібності або ресурси, які сприяють психічному здоров'ю і психосоціальному благополуччю. Характер і обсяги наявних та доступних ресурсів різні залежно від віку, статі, соціально-культурних обставин і характеру надзвичайної ситуації.

Працюючи в сфері психічного здоров'я та психосоціального благополуччя, часто припускаються помилки ігнорування наявних ресурсів і зосередження уваги винятково на нестачах постраждалої групи: слабкостях, стражданні і патологіях.

Постраждалі особи мають такі ресурси, як уміння вирішувати проблеми, спілкуватися, домовлятися і заробляти собі на життя. Приклади соціальних ресурсів із потенціалом підтримки передбачають: наявність сім'ї, місцевого самоврядування, лідерів громад, народних цілителів (у багатьох суспільствах), працівників охорони здоров'я, вчителів, жіночих груп, молодіжних клубів і громадських груп та багато іншого. Постраждалі громади можуть мати економічні ресурси, наприклад, заощадження, землі, сільськогосподарські угіддя та тварин; освітні ресурси, такі як школи і вчителі; і ресурси охорони здоров'я, а саме: пункти охорони здоров'я та фахівців

цієї галузі. Значні релігійні та духовні ресурси – це релігійні лідери, місцеві цілителі, обрядові практики, молитовні та культурні практики, як, приміром, обряди похорону.

Щоб спланувати відповідну систему реагування у надзвичайній ситуації, важливо знати характер місцевих ресурсів, чи є вони корисними, а чи шкідливими, і якою мірою постраждале населення може отримати до них доступ. Насправді, деякі місцеві практики, в т. ч. конкретні народні культурні практики догляду в багатьох чинних виправних установах, можуть бути шкідливі й порушувати принципи прав людини (див. План дій 5.3, 6.3 і 6.4).

Керівництво

Мета Керівництва

Головна мета цього Керівництва – забезпечити гуманітарні суб'єкти й громади стратегією планувати, впроваджувати й координувати систему мінімального мультисекторного реагування задля захисту і покращення психічного здоров'я та психосоціального благополуччя населення в розпалі надзвичайної ситуації. Керівництво спрямоване на реалізацію мінімального реагування, що є абсолютно необхідним, першочерговим і невідкладним у разі надзвичайної ситуації. Мінімальне реагування – це першочергові обов'язкові заходи; це суттєві перші кроки, які закладають основу для комплексних подальших дій (у т. ч. на стадії стабілізації та/або раннього відновлення).

Наголошуючи на важливості мінімального реагування, Керівництво також пропонує перелік конкретних стратегій вирішення проблем психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, які необхідно розглядати ще до настання і після гострої фази надзвичайної ситуації. Ці кроки «до» (готовність до надзвичайної ситуації) і «після» (комплексне реагування) створюють контекст для системи мінімального реагування і підкреслюють, що система мінімального реагування є лише відправною точкою для більш комплексної підтримки (див. Розділ 2).

Хоча Керівництво написано для країн із низьким і середнім рівнем доходу (де зазвичай працюють організації-члени Міжвідомчого постійного комітету [МПК]), однак його загальні принципи і багато частин також можна застосовувати у високорозвинених країнах під час масштабних надзвичайних ситуацій.

Цільова аудиторія

Це Керівництво розроблене для гуманітарних суб'єктів, у т. ч. громадських організацій, державних органів, організацій системи Організації Об'єднаних Націй, неурядових організацій і донорів, що працюють в умовах надзвичайних ситуацій на місцевому, національному та міжнародному рівнях.

Керівництво не призначене для окремих установ або проєктів.

Впровадження принципів цього Керівництва потребує всебічної співпраці між різними гуманітарними організаціями: не очікується, що окрема громада або організація матиме спроможність для реалізації всіх необхідних заходів системи мінімального реагування в розпал надзвичайної ситуації.

Керівництво має бути доступне всім гуманітарним організаціям заради організації спільної необхідної підтримки. Особливе значення на кожному етапі має активне залучення громади й місцевих органів влади. Їхня участь важлива для успішних, скоординованих дій задля зміцнення місцевої спроможності та стійкості. Для максимального залучення місцевих учасників це Керівництво необхідно перекласти місцевою мовою (мовами).

Це Керівництво не призначене лише для працівників сфери психічного здоров'я та психосоціальної допомоги. Безліч Планів дій пропонують величезне коло рішень для забезпечення соціальної підтримки в основних гуманітарних напрямках, а саме: ліквідація наслідків стихійних лих, дотримання прав людини, захист, охорона здоров'я, освіта, водопостачання і санзабезпечення, продовольча безпека та харчування, тимчасове житло, управління таборами для біженців, розвиток громади й засоби масової інформації. Працівники сфери психічного здоров'я та психосоціальної підтримки рідко задіяні у цих напрямках. Проте ми рекомендуємо використовувати Керівництво і для цих фахівців з метою активного просування ідей серед місцевого населення та серед інших спеціалістів. Це забезпечить належні заходи для роботи з факторами соціального ризику, які впливають на психічне здоров'я і психосоціальне благополуччя. Однак клінічні та спеціалізовані форми психологічної чи психіатричної підтримки, зазначені в Керівництві, можна застосовувати тільки під наглядом фахівців у сфері психічного здоров'я.

Загальна структура Керівництва

Це Керівництво МПК створене за принципами двох попередніх документів МПК: *Керівництва з впровадження інтервенцій, спрямованих на боротьбу з ВІЛ/СНІД при надзвичайних ситуаціях* (МПК, 2003) і *Керівництва*

з інтервенцій у сфері гендерно зумовленого насильства в гуманітарних ситуаціях (МПК, 2005). Усі три документи МПК містять матрицю, яка детально описує дії різних суб'єктів на різних етапах надзвичайних ситуацій, і Плани дій, які пояснюють, як реалізовувати заходи мінімального реагування з матриці у середній колонці («Мінімальне реагування»). Керівництво містить 25 таких Планів дій (див. Розділ 3).

Матриця (описана в Розділі 2) пропонує огляд рекомендованих ключових інтервенцій і видів підтримки для захисту і покращення психічного здоров'я та психосоціального благополуччя. Три колонки матриці містять:

- кроки готовності до надзвичайних ситуацій, які необхідно виконати ще до виникнення надзвичайної ситуації;
- заходи мінімального реагування, які необхідно проводити протягом гострої фази надзвичайної ситуації;
- заходи комплексного реагування, які необхідно проводити безпосередньо після виконання заходів мінімального реагування. Як правило, це період стабілізації та раннього відновлення в умовах надзвичайної ситуації.

Плани дій наголошують на важливості проводити мультисекторні й скоординовані дії. Отже, кожен План дій містить (гіпер)посилання, виділені **бірюзовим кольором**, що стосуються також Планів дій за іншими напрямками/в інших секторах.

Кожен План дій складається з передумов, опису ключових дій, певних показників процесу, прикладів успішних практик із минулих надзвичайних ситуацій, а також зі списку ресурсних матеріалів для отримання додаткової інформації.

Як використовувати це Керівництво?

Під час надзвичайної ситуації може не бути можливості прочитати це Керівництво від початку до кінця. У такому разі читати його можна вибірково, зосередившись на найважливіших пунктах, що стосуються обов'язків або можливостей читача. **Для початку можна прочитати матрицю, концентруючи увагу на середній колонці «Мінімальне реагування» і, виділяючи найважливіші пункти, перейти безпосередньо до відповідного Плану дій.** Треба пам'ятати, що не очікується виконання всіх пунктів Керівництва однією організацією.

Це Керівництво спрямоване на зміцнення системи гуманітарного реагування для всіх суб'єктів під час надзвичайних ситуацій, починаючи від попередньої готовності до надзвичайних ситуацій і закінчуючи всіма кроками планування програми реагування, реалізації та оцінки. Вони особливо корисні як інструмент для зміцнення координування діяльності та захисту інтересів.

Координування

У надзвичайних ситуаціях координування процесів надання допомоги є одним із найважливіших і найскладніших завдань. Це Керівництво пропонує детальні рекомендації щодо координування (див. [План дій 1.1.](#)), а також є корисним координаційним інструментом ще у двох аспектах. Насамперед воно закликає до створення єдиної всеосяжної координаційної групи з питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, яка буде мобілізована під час первинного реагування в умовах надзвичайної ситуації. Причиною цього є те, що охорона психічного здоров'я та психосоціальна підтримка всередині і за межами сектору охорони здоров'я підсилюють та доповнюють один одного (навіть попри те, що в минулому вони були розділені суб'єктами діяльності на сектор охорони здоров'я та сектор захисту відповідно). Оскільки кожен сектор є життєво важливим для іншого, їхню діяльність треба скоординувати. За відсутності координаційної групи, або за умови творення окремої координаційної групи психічного здоров'я і групи психосоціальної підтримки, Керівництво може бути корисним інструментом щодо просування створення єдиної групи з координування реагування в сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки.

Крім того, Керівництво – і зокрема матриця – забезпечують орієнтири, які можна використовувати, щоб оцінити ступінь реалізації заходів мінімального реагування в певній громаді. Якщо певні пункти, перераховані в матриці, не реалізовані, то це може призводити до прогалів, на які потрібно звертати увагу. У цьому разі матриця пропонує координаційній групі корисні рекомендації.

Як досягнути покращення підтримки (інструмент адвокації)

Як інструмент боротьби за кращу підтримку (адвокації) Керівництво пропонує відповіді на запитання, необхідні для обґрунтування конкретних заходів реагування. Оскільки це включає досягнення міжвідомчого консенсусу і врахування ідей різних фахівців у всьому світі, Керівництво здобуло підтримку

численних гуманітарних організацій та суб'єктів. Багато гуманітарних організацій та діячів поділяють ідеї, висвітлені у цьому Керівництві. Саме тому вони можуть бути корисним інструментом адвокації для уникнення прогалин та для популяризації рекомендованих заходів реагування, тобто заходів мінімального, пріоритетного реагування навіть на початку надзвичайної ситуації. Наприклад, якщо впровадження секторних програм відбувається без участі громадськості, то рекомендації Керівництва можна використовувати для обґрунтування в спілкуванні з різними зацікавленими сторонами як аргумент більшої користі підходу із залученням різних сторін. Так само, якщо у небезпеці перебувають маленькі діти, які не мають жодної підтримки, [План дій 5.4](#) можна використати для обґрунтування створення відповідних систем підтримки раннього розвитку дітей.

Робота з партнерами з розробки відповідних механізмів підтримки психічного здоров'я та психосоціальної підтримки є важливим аргументом адвокації. Діалог із партнерами – як з неурядових організацій, так і з уряду або із працівниками ООН – може допомогти скерувати до необхідних видів діяльності, вміщених у Керівництві. Ці поради також можна використати для адвокації і в інших випадках (галузях). Наприклад, уміщена в матриці колонка комплексного реагування сприяє адвокації довготривалого планування (наприклад, для розвитку психіатричних служб у межах системи охорони здоров'я постраждалої країни).

Однак це Керівництво не можна сприймати як універсальну пораду. Хоча матриця пропонує дії, які рекомендовано застосовувати як заходи мінімального реагування в багатьох надзвичайних ситуаціях, треба спершу провести місцевий аналіз ситуації, щоб точніше визначити найважливіші потреби, виокремити пріоритетні дії та керувати відповідними соціальними і культурними засобами реагування.

Рекомендації не пропонують занадто детальних інструкцій, а радше дають перелік ключових дій зі стислими поясненнями і посиланнями на додаткові ресурси.

Основні принципи

1. Права людини та справедливість

Гуманітарні організації мають відстоювати права людини щодо всіх постраждалих, а також захищати осіб і групи, які перебувають у зоні підвищеного ризику порушення прав людини. Гуманітарні організації також мають відстоювати справедливість та недискримінацію. Їх мета – досягти максимального рівня справедливості щодо наявності та доступності психічної та психосоціальної підтримки для постраждалого населення згідно з виявленими потребами, без обмеження щодо статі, віку, мови, етнічної приналежності тощо.

2. Участь громади

Гуманітарні дії мають максимально залучати місцеве постраждале населення до заходів реагування. У більшості надзвичайних ситуацій значна кількість людей виявляє резильєнтність, що дозволяє їм допомагати постраждалим і брати участь у впровадженні заходів з допомоги і відновлення. Значну частину забезпечення психічного здоров'я та психосоціальної підтримки реалізують самі постраждалі громади, а не зовнішні організації. До постраждалих громад належать як переміщені особи, так і місцеве населення і, як правило, їх створюють декілька груп, що можуть конкурувати одна з одною. Участь громад має дозволити різним підгрупам місцевих жителів зберегти або відновити контроль над ухваленням рішень, які впливають на їхнє життя, а також закласти принцип відчуття власної відповідальності, важливий для забезпечення якості, справедливості й тривалої стабільності виконання програми. Місцевих жителів треба максимально залучати до процесів оцінювання, розробки, реалізації, моніторингу та оцінки потрібної допомоги вже з раннього етапу надзвичайної ситуації.

3. Принцип «не нашкодь»

Гуманітарна допомога є важливим засобом допомоги людям, постраждалим у надзвичайних ситуаціях, але допомога може також ненавмисне завдати шкоди (Андерсон, 1999). Робота над питаннями психічного здоров'я та психосоціальної підтримки потенційно може заподіяти шкоду, адже вона стосується дуже чутливих аспектів. Окрім того, в цій царині бракує

обширних наукових доказів, що доступні в інших дисциплінах. Гуманітарні організації можуть зменшити ризик заподіяння шкоди різними способами, приміром:

- участю у роботі координаційних груп із метою перейняти досвід інших і зведенням до мінімуму дублювання або прогалин у системі реагування;
- розробкою інтервенцій на основі належної інформації (див. План дій 2.1);
- дотриманням принципів оцінювання, відкритості для контролю та зовнішнього аудиту;
- розвитком культурної чутливості та компетентності в сферах їхньої діяльності/роботи;
- постійним оновленням інформації у сфері доказової бази щодо ефективних практик;
- сприянням розумінню і послідовному критичному обговоренню загальних прав людини, співвідношенням сил між зовнішніми учасниками та постраждалими людьми і цінністю залучення громади.

4. Використання доступних ресурсів і спроможності

Раніше згадувалося, що всі постраждалі групи мають засоби або ресурси для підтримки психічного здоров'я та психосоціальної підтримки.

Ключовим принципом навіть на ранніх етапах надзвичайної ситуації є зміцнення місцевого потенціалу, підтримка самопомоги і зміцнення доступних ресурсів. Програми, що запропоновані й координовані ззовні, часто призводять до неадекватності у забезпеченні психічного здоров'я та психосоціальної підтримки й часто мають обмежену стійкість. Там, де це можливо, доцільно розвивати спроможність як на рівні урядових організацій, так і на рівні громадянського суспільства. На кожному рівні піраміди (рис. 1) ключові завдання полягають у тому, щоб визначити, мобілізувати й посилити навички та здібності людей, сімей, громад і суспільства.

5. Інтегрування систем підтримки

Заходи і програми мають бути максимально інтегрованими. Переважання окремих послуг, наприклад, тих, що стосуються лише жертв зґвалтувань або людей із конкретним діагнозом, таким як ПТСР, породжує небезпеку створення надмірно фрагментованої системи соціальної підтримки. Заходи, інтегровані в ширші системи (наприклад, наявні механізми підтримки громади, офіційні/неофіційні шкільні системи, загальні медичні послуги,

загальні послуги в сфері психічного здоров'я, соціальні послуги тощо), як правило, залучають більше людей, часто є стійкіші й зазвичай генерують менше стигми.

6. Багаторівнева підтримка

Надзвичайні ситуації впливають на людей по-різному, тому існує потреба різних видів підтримки. Ключем до організації роботи з проблемами, пов'язаними з психічним здоров'ям та психосоціальною підтримкою, є розробка багаторівневої системи додаткової підтримки, яка задовольняє потреби різних груп. Це показано на прикладі піраміди (рис. 1). Усі рівні піраміди є важливими, і в ідеалі повинні реалізовуватися узгоджено.



Рисунок 1. Піраміда інтервенцій з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. Далі кожен рівень розглянуто окремо.

I. Базові послуги і безпека

Благополуччя всіх людей має бути захищене завдяки встановленню та відновленню безпеки, забезпеченню відповідного управління та наданню послуг, що стосуються задоволення основних фізичних потреб (їжа, тимчасове житло, вода, необхідний мінімум заходів для підтримки здоров'я, боротьба з інфекційними хворобами). У більшості надзвичайних ситуацій базові послуги надають фахівці, що забезпечують продуктами харчування, послуги з охорони здоров'я і притулок (тимчасове житло). Реагування на необхідність надання базових послуг і безпеки у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки може передбачати потребу відстоювання надання таких послуг відповідальними організаціями; документарні звіти щодо впливу цих послуг на психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя і вплив на надання їх у спосіб, сприятливий для психічного здоров'я та психосоціального благополуччя. Ці основні послуги треба впроваджувати з залученням громади, безпечно і з захистом гідності місцевого населення, посилюючи місцеву соціальну підтримку і мобілізуючи активність мереж громади (див. План дій 5.1).

II. Підтримка громади й сім'ї

Другий рівень інтервенцій – це реагування в надзвичайній ситуації для меншої кількості людей, які самі здатні підтримувати власне психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя, маючи доступ до ключових видів підтримки в громаді й у сім'ї. У більшості надзвичайних ситуацій спостерігаються значні порушення сімейних та спільнотних зв'язків: утрати, переміщення, втрата зв'язку між членами родини, суспільні страхи й недовіра. Крім того, навіть якщо родинні й суспільні зв'язки не порушені, в надзвичайних ситуаціях люди виграють від більшої підтримки від громади й сім'ї. На цьому рівні корисне реагування передбачає пошук і воз'єднання сім'ї, підтримку в проведенні жалобних та поминальних церемоній, громадські обряди зцілення, поширення інформації щодо дієвих методів копінгу, програми підтримки виховання дітей, офіційні й неофіційні освітні заходи, інформація про можливості заробітку, а також відновлення соціальних зв'язків, наприклад, через жіночі організації та молодіжні клуби.

III. Цільова неспеціалізована підтримка

Інтервенції третього рівня – це обов’язкова підтримка для ще меншої кількості людей, яким додатково потрібні більш націлені індивідуальні, сімейні та групові інтервенції, які можуть надавати підготовлені працівники за відповідного нагляду супервізора за їхньою діяльністю (але вони не обов’язково пройшли тривалу програму навчання з надання спеціалізованої допомоги). Наприклад, жертвам гендерно зумовленого насильства може бути потрібна як емоційна, так і матеріальна підтримка від соціальних працівників. До цього рівня також належить надання першої психологічної допомоги (ППД), базових послуг у сфері психічного здоров’я працівниками первинної медико-санітарної допомоги.

IV. Спеціалізовані послуги

Верхній рівень піраміди зображає додаткову підтримку, необхідну для невеликого відсотка людей, що нестерпно страждають, навіть незважаючи на вже згадані дії, спрямовані на їхню підтримку, і які можуть зазнати значних труднощів у щоденному базовому функціонуванні. Ця допомога повинна передбачати психологічну або психіатричну допомогу людям із тяжкими психічними розладами, щойно їхні потреби перевищують обсяги основних/загальних послуг з охорони здоров’я. Такі проблеми потребують: (а) перенаправлення до спеціалізованих служб, якщо такі існують, або (б) ініціювання довготривалої підготовки та супервізії осіб, які надають первинні/загальні послуги в охороні здоров’я. Хоча спеціалізовані послуги потрібні лише для невеликої частки населення, в більш масштабних надзвичайних ситуаціях ці групи можуть сягати тисяч осіб.

Унікальність кожної надзвичайної ситуації та різноманітність культур і соціально-історичних контекстів суттєво ускладнює завдання розроблення універсальних рецептів кращої практики. Втім, досвід роботи в багатьох надзвичайних ситуаціях свідчить, що деякі дії є доречними, тоді як інших зазвичай варто уникати. Далі згадані дії, позначені словами «Слід» і «Не слід», робити відповідно.

Слід	Не слід
Створити єдину загальну координаційну групу з питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ПЗПСП)	Створювати окремі групи з ПЗПСП, що не підтримують зв'язку і не координують свої дії
Підтримувати скоординовані заходи реагування, беручи участь у координаційних нарадах і сприяючи досягненню результатів, доповнюючи роботу інших	Працювати ізольовано, не зважаючи на те, як Ваша діяльність узгоджується з роботою інших
Збирати та аналізувати інформацію, щоб з'ясувати, чи є потреба у заходах реагування, і в яких саме	Дублювати оцінювання і брати попередні дані некритично
Вибирати інструменти оцінки відповідно до місцевої специфіки	Застосовувати інструменти оцінки, неперевірені в місцевому постраждалому середовищі
Усвідомлювати, що надзвичайні ситуації впливають на людей по-різному. Особи зі стійкою психікою можуть краще справлятися з ситуацією, тоді як інші страждають сильніше і, ймовірно, потребуватимуть спеціалізованої допомоги	Вважати, що в надзвичайних ситуаціях усі люди зазнають травм, а також, що психічно стійким людям не потрібна допомога
Ставити запитання місцевою (-ими) мовою (-ами) спокійно й співчутливо, поважаючи право на конфіденційність	Проводити дублювання оцінки й ставити запитання, які можуть завдати болю, не забезпечуючи подальший контроль допомоги
Брати до уваги гендерні відмінності	Вважати, що надзвичайні ситуації впливають на чоловіків і жінок (або на хлопців і дівчат) однаково, або, що програми, призначені для чоловіків, будуть так само корисні й доступні для жінок
Перевіряти рекомендації, наймаючи на роботу працівників і волонтерів, а також створити групу кваліфікованих кадрів з місцевого та/або постраждалого населення	Застосовувати методи наймання на роботу, які значно послаблюють наявні місцеві структури
Після проведення тренінгів із ПЗПСП забезпечити подальший нагляд (супервізію) та моніторинг, щоб переконатися, що інтервенції проведено правильно	Проводити разові, непов'язані тренінги або короткотермінові курси без подальшого контролю в процесі підготовки осіб для надання складних психологічних інтервенцій
Сприяти створенню програм, за які відповідатиме, проводитиме і керуватиме громада	Застосовувати модель благодійності, що трактує людей у суспільстві головним чином як отримувачів послуг
Розбудовувати місцеву спроможність, просуваючи самопомогу та зміцнюючи наявні ресурси у постраждалих групах населення	Надавати підтримку, яка підриває або не враховує місцеву відповідальність і спроможність

Слід	Не слід
Дізнатися про властиві місцевій культурі практики надання допомоги місцевому населенню і, якщо доцільно, застосовувати їх	Вважати, що властиві регіональній структурі норми завжди корисні й що все місцеве населення прихильно сприймає певні норми
Якщо доцільно, використовувати методи немісцевої культури	Вважати, що закордонні методи завжди кращі, і застосовувати їх у роботі з місцевим населенням, нехтуючи місцевими практиками підтримки та віруваннями
Сприяти зміцненню державної спроможності й інтегрувати заходи психічного здоров'я для постраждалих під час надзвичайних ситуацій до загальної охорони здоров'я і, за можливості, до місцевих служб з охорони психічного здоров'я	Створювати паралельні служби з охорони психічного здоров'я для певних груп населення
Забезпечити доступ до різних заходів підтримки, у т. ч. до першої психологічної допомоги, людям із гострим дистресом внаслідок впливу сильного фактора стресу	На ранній стадії після конфлікту або стихійного лиха проводити одноразові психологічні інформаційні роз'яснення для населення як засіб інтервенції
Проводити навчання і супервізії для працівників першої/загальної охорони здоров'я щодо норм і основ психологічної підтримки	Надавати психотропні медичні препарати або психологічну підтримку без навчання і супервізії
Застосовувати дженерики, які включені у перелік основних лікарських препаратів країни	Вводити нові, незапатентовані ліки на території, де такі препарати не набули широкого поширення
Встановити ефективні системи перенаправлення і підтримки тяжкопостраждалих	Проводити скринінг людей із психічними розладами без наявності відповідних і доступних закладів з догляду за такими особами
З огляду на місцеві обставини, розробляти рішення стосовно догляду за людьми, яким загрожує госпіталізація до спеціалізованого лікувального закладу	Госпіталізовувати людей до спеціалізованих установ (якщо тільки така установа не є беззаперечним виходом для надання базової допомоги та захисту)
Залучати фахівців із питань комунікацій для сприяння двосторонньому спілкуванню як з постраждалим населенням, так і з зовнішнім світом	Залучати фахівців із питань комунікацій тільки для підтримання зв'язку з зовнішнім світом
Використовувати такі джерела, як ЗМІ, для поширення правдивої інформації, яка зменшує рівень стресу і дозволяє людям отримувати доступ до гуманітарних організацій	Створювати або демонструвати в ЗМІ сенсаційні матеріали, що посилюють страждання людей або ставлять їх під загрозу
За доцільності шукати шляхи для інтеграції психосоціальних рекомендацій в усі сектори гуманітарної допомоги	Зосереджуватися лише на клінічній діяльності за відсутності мультисекторних заходів реагування

Найчастіші запитання

1. Яке визначення терміна «психічне здоров'я та психосоціальна підтримка»?

Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка – це комплексний термін, який уживається в цьому Керівництві для опису будь-якого типу місцевої або зовнішньої підтримки, спрямованої на захист або сприяння психосоціальному благополуччю і/чи запобігання або лікування психічних розладів.

2. Чому в Керівництві вживають подібні терміни: «психічне здоров'я» і «психосоціальна підтримка»?

Для багатьох працівників гуманітарної сфери ці тісно пов'язані терміни відображають різні, хоча й доповнюючі підходи. Організації, які працюють поза сектором охорони здоров'я, як правило, говорять про *підтримку психосоціального благополуччя*. Працівники сектору охорони здоров'я, як правило, вживають термін *психічне здоров'я*, але історично користувалися термінами *психосоціальна реабілітація* і *психосоціальне лікування* для опису небіологічних інтервенцій для осіб із психічними розладами. Точні визначення цих термінів залежать від різних гуманітарних організацій, дисциплін та країн.

3. Чи Керівництво призначене лише для фахівців із охорони психічного здоров'я?

Ні, це видання пропонує рекомендації щодо того, як широке коло суб'єктів у різних секторах може захистити і покращити психічне здоров'я і психосоціальне благополуччя. Втім, деякі Плани дій містять клінічні інтервенції, які необхідно здійснювати тільки під наглядом фахівців із психічного здоров'я.

4. Чому це Керівництво поширюється на роботу секторів, які традиційно не входять до сфери діяльності фахівців із психічного здоров'я?

Помітно зростає міжвідомча згода про те, що психосоціальна проблематика стосується всіх секторів гуманітарної діяльності, адже спосіб, у який надають допомогу (наприклад, з/без поваги до гідності людей), впливає на психосоціальне благополуччя. Тут можна провести паралель із мультисекторними заходами з контролю смертності. Показник смертності залежить не тільки від проведення вакцинації та медичної допомоги, а також від заходів за напрямами водопостачання та санзабезпечення, харчування, продовольчої безпеки та тимчасового житла. Подібним

чином на психосоціальне благополуччя впливають такі фактори, як переповненість притулків або неналежні умови санітарії, які піддають жінок ризику сексуального насильства.

5. Керівництво спрямоване на заходи мінімального реагування в розпал надзвичайних ситуацій, але що означають *надзвичайна ситуація* і *мінімальне реагування*?

Документи щорічного Звернення МПК (САР) (www.reliefweb.int) дають належні приклади ситуацій, які МПК вважає *надзвичайними*. До них належать ситуації, що виникають у результаті збройних конфліктів і стихійних лих (у т. ч. продовольчих криз), під час яких великі групи населення опиняються в зоні високого ризику загибелі, страждань і/або втрати гідності.

Мінімальне реагування – це пріоритетні першочергові заходи, які за умов надзвичайної ситуації треба реалізувати якнайшвидше. Комплексні заходи реагування можна проводити лише за підтверджень, що населення має доступ принаймні до заходів мінімального реагування.

6. Це Керівництво охоплює багато аспектів. Як може один суб'єкт (організація, громада) виконати все? Чи потрібно в надзвичайній ситуації застосувати всі Плани дій?

Не очікується, що окрема громада або організація має спроможність для впровадження всіх необхідних заходів мінімального реагування у розпал надзвичайної ситуації. Керівництво призначене не для окремих установ або проєктів, а спрямоване на координування дій різних структур для реалізації різних елементів системи. Враховуючи, що Керівництво призначено для різних організацій, це вимагає координування дій різних суб'єктів для впровадження відповідних заходів. Крім того, дії, що в Керівництві визначені як «мінімальне реагування», очевидно, будуть *заходами мінімального реагування* у більшості, проте не у всіх надзвичайних ситуаціях. Проведення оцінювання на місцях є необхідною складовою для визначення пріоритетності дій залежно від місцевої ситуації та в різний час.

7. Чому не встановлено конкретного графіка виконання дій?

Хоча гуманітарні наслідки деяких стихійних лих (наприклад, землетрусів, циклонів) якоюсь мірою прогнозовані, багато надзвичайних ситуацій (приміром, таких, що виникають унаслідок збройного конфлікту) не можливо передбачити і розробити відповідний графік. Крім того, більшість складних надзвичайних ситуацій триває роками.

8. Роль постраждалих у надзвичайній ситуації осіб, груп чи громад у реалізації рекомендацій Керівництва?

Хоча в документі використана професійна мова гуманітарних організацій, постраждалі громади необхідно якомога більше залучити до розроблення та впровадження допомоги, і вони мають відігравати провідну роль, наскільки це можливо (див. *Плани дій 5.1 і 5.2*). Саме тому Керівництво необхідно перекласти відповідними місцевими мовами.

9. Чому Керівництво виокремлює питання травматичного та посттравматичного стресових розладів (ПТСР)?

Типи соціальних і психологічних проблем, яких люди можуть зазнавати під час надзвичайних ситуацій, дуже різні (див. підрозділ «Проблеми» на сторінці 12). Виняткова увага до теми посттравматичного стресового розладу може призвести до нехтування багатьма іншими ключовими проблемами, пов'язаними з психічним і психосоціальним здоров'ям. Серед організацій та експертів існує чимало думок щодо позитивних і негативних аспектів особливої уваги до проблем посттравматичного розладу. Завданням цього Керівництва є забезпечити збалансований підхід до пропонуваного заходів мінімального реагування в розпал надзвичайних ситуацій. Керівництво містить: (а) заходи першої психологічної допомоги, яку надають соцпрацівники особам, що перебувають у гострому стані травматичного стресу (див. *Плани дій 4.3, 4.4, 5.2 і 6.1*), і (б) заходи опіки осіб із тяжкими психічними розладами (в т. ч. із тяжким ПТСР), які надає лише медичний персонал після навчання і супервізії (див. *План дій 6.2*).

10. Чи є метою цього документа визначення стандартів? Чи існує зв'язок між цим Керівництвом та Посібником (*Handbook*), підготовленим у рамках проекту «Сфера» (*Sphere*)?

Цей документ визначає *рекомендації* щодо надання заходів мінімального реагування, але не встановлює *стандартів* мінімального реагування. Все-таки, цей документ узгоджується з Посібником проекту «Сфера» (2004). Впровадження рекомендацій Керівництва, очевидно, сприятиме досягненню відповідних стандартів проекту «Сфера», у т. ч. стандарту щодо психічного й соціального здоров'я.

11. Як ці міжсекторні рекомендації Керівництва співвідносяться з підходом Кластера МПК?

Підхід Кластера МПК – це новий механізм МПК, призначений для покращення координування дій та результату роботи секторів загалом.

За необхідності в надзвичайній ситуації кластери створені з метою заповнення прогалін (див. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/Cluster>). Наступні кластери МПК важливі для цього Керівництва з ПЗПСП: Координування та управління таборами; Раннє відновлення; Освіта; Тимчасове житло (Притулок); Охорона здоров'я; Харчування; Захист, а також Вода, гігієна і санітарія.

Під час надзвичайної ситуації кожен кластер має взяти на себе відповідальність за реалізацію інтервенцій, які охоплює Керівництво і які належать до сфери його діяльності. Крім того, в будь-якій масштабній надзвичайній ситуації необхідно створити єдину міжсекторну, міжвідомчу координаційну групу з питань ПЗПСП, метою якої є забезпечення дотримання принципів, викладених у цьому документі (див. План дій 1.1 з координування).

12. Що таке МПК?

Міжвідомчий постійний комітет (МПК), створений Генеральною Асамблеєю ООН, функціонує як міжвідомча платформа для координування, розроблення політики ухвалення рішень голів ключових гуманітарних організацій (організацій ООН, Товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та інших неурядових гуманітарних організацій) (див. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/about/default.asp>).

Джерела

1. Anderson, M. (1999). *Do No Harm: How aid can support peace – or war*. Boulder, CO: Lynne Rienner.
2. IASC (2003). *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings*. Geneva: IASC. <https://interagencystandingcommittee.org/node/2945>
3. IASC (2005). *Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings*. Geneva: IASC. <https://interagencystandingcommittee.org/node/2927>
4. Sphere Project (2004). *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/>

РОЗДІЛ 2

Матриця інтервенцій

У цьому розділі представлена матриця (розміщена на наступних сторінках), в якій наведені рекомендації щодо впровадження основних заходів із захисту і сприяння психічному здоров'ю та психосоціальної підтримці в умовах надзвичайної ситуації. Матриця містить 11 рядків, які описують відповідні функції та напрями гуманітарної діяльності. Для послідовності та доступності сприйняття інформації рядки матриці згруповані за наскрізними функціями, напрямами з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ПЗПСП), а також за соціальними аспектами в певних секторах. Окрім того, матриця складається з трьох колонок, в яких пояснено типи заходів реагування:

1. Готовність до надзвичайної ситуації

У лівій колонці матриці містяться ключові рекомендовані заходи з готовності до надзвичайної ситуації. Проведення таких заходів має сприяти швидкому впровадженню заходів мінімального реагування.

2. Мінімальне реагування

Інтервенції, які необхідно проводити в розпал надзвичайних ситуацій, описані в середній колонці матриці. Заходи мінімального реагування визначають першочергові пріоритетні дії, які під час надзвичайної ситуації необхідно впроваджувати якнайшвидше. Вони можуть полягати в наданні *мінімальної* підтримки постраждалому населенню. Для кожного заходу, зазначеного в середній колонці, існує відповідний План дій у Розділі 3, який детально описує дії, що становлять мінімальне реагування в багатьох надзвичайних ситуаціях.

3. Комплексне реагування

У правій колонці матриці знаходяться рекомендовані ключові інтервенції, які є частиною комплексного реагування. До цих інтервенцій вдаються тільки тоді, коли більшість місцевого населення залучена до процесу надання або отримує визначену мінімальну допомогу на місцях. Ці інтервенції головним чином проводять на етапі стабілізації та раннього відновлення після надзвичайної ситуації.

Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка (ПЗПСП)

в умовах надзвичайної ситуації: Матриця інтервенції

Функція або напрям	Готовність до надзвичайної ситуації
-----------------------	-------------------------------------

Частина А. Загальні функції за напрямками

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. Координування | <ul style="list-style-type: none">• Визначити компетентні організації та людські ресурси• Розробити організаційні та міжвідомчі національні стратегії та плани реагування з ПЗПСП на надзвичайну ситуацію• Встановити механізми координування, ролі й сфери відповідальності на локальному, регіональному, національному та міжнародному рівнях• Визначити контактні центри щодо ПЗПСП у надзвичайній ситуації у кожному регіоні від різних організацій• Зібрати кошти для забезпечення діяльності в сфері ПЗПСП у надзвичайних ситуаціях, а також для відповідного координування цієї діяльності• Внести питання ПЗПСП у всі плани з готовності до надзвичайної ситуації за всіма секторами• Відстоювати принципи ПЗПСП на всіх стадіях гуманітарної діяльності |
| 2. Оцінювання, моніторинг і оцінка | <ul style="list-style-type: none">• Зміцнювати спроможність в оцінюванні, моніторингу та оцінці у сфері ПЗПСП• Переглядати і збирати інформацію щодо спроможності й вразливості громад• Аналізувати спроможність екстреного реагування з питань ПЗПСП серед організацій• Розробити міжвідомчі плани оперативної оцінки та інструменти реагування у надзвичайній ситуації, зважаючи на культурні особливості• Збирати і поширювати інформацію з оцінювання та інструменти оцінювання• Розробити або адаптувати стратегії, індикатори та інструменти моніторингу та оцінки• Переглянути попередні заходи реагування з питань ПЗПСП і визначити кращі практики, труднощі й прогалини |
| 3. Захист та норми прав людини | <ul style="list-style-type: none">• Сприяти дотриманню прав людини, міжнародного гуманітарного права і відповідних ефективних практик• Переглянути законодавство з питань захисту• Розробити механізми моніторингу, звітності та оскарження порушення прав людини• Працювати з людьми, що перебувають у зоні ризику, для розвитку спроможності та формування стратегії захисту й безпеки• Навчити збройні сили міжнародним стандартам захисту• Впроваджувати стратегії щодо запобігання насильству, гендерно зумовленому в т. ч.• У разі політичних зіткнень сприяти досягненню згоди між ворогуючими сторонами для захисту цивільних осіб• Сприяти ратифікації та підтримувати впровадження міжнародних інструментів з прав людини та гуманітарного права• Сприяти ухваленню і впровадженню національного законодавства, яке підтримує права людини та міжнародні гуманітарні стандарти |
-

Мінімальне реагування

(проводиться навіть у розпал надзвичайної ситуації, але також як частина комплексного реагування)

Комплексне реагування

(потенційні додаткові заходи для проведення етапів стабілізації та раннього відновлення після надзвичайної ситуації)

<p>1.1. Забезпечити міжсекторне координування у сфері ПЗПСП</p>	<ul style="list-style-type: none">• Створити сталі координаційні структури за участю зацікавлених урядових і неурядових сторін• Розробити міжвідомчі стратегічні плани й підтримувати спільну програмну діяльність та забезпечення фінансування діяльності у сфері ПЗПСП• Сприяти поширенню інформації серед суб'єктів гуманітарної сфери• Пов'язати діяльність з питань ПЗПСП у надзвичайних ситуаціях з діяльністю, спрямованою на розвиток• Інтегрувати діяльність з питань ПЗПСП у національні політики, плани й програми, а також забезпечити використання наявних стратегій, планів і спроможностей
<p>2.1. Проводити оцінювання питань із ПЗПСП</p> <p>2.2. Ініціювати впровадження систем моніторингу та оцінки з залученням громади</p>	<ul style="list-style-type: none">• Проводити регулярні оцінювання і глибоко аналізувати подальшу ситуацію, якщо доцільно• Проводити моніторинг та оцінку програми запланованих дій за попередньо визначеними індикаторами• Проводити моніторинг та оцінку заходів щодо ПЗПСП згідно з цим Керівництвом• Поширювати дані та висновки щодо аналізу отриманого досвіду в результаті оцінювання і здійснення заходів з моніторингу та оцінки• Розробити міжвідомчі індикатори для роботи у сфері ПЗПСП на перехідному етапі
<p>3.1. Застосовувати основоположні принципи прав людини під час надання підтримки з психічного здоров'я та психосоціального благополуччя</p> <p>3.2. Визначати, контролювати, попереджувати і реагувати на загрози захисту та невідповідність нормам через програми соціальної підтримки</p> <p>3.3. Визначати, контролювати, попереджувати і реагувати на загрози захисту та зловживання шляхом механізму юридичного захисту</p>	<ul style="list-style-type: none">• Зміцнювати спроможність держави щодо обізнаності, моніторингу, звітності, попередження порушень прав людини і гуманітарного законодавства і вимагати відшкодування в разі, якщо це сталося• Посилювати відповідальність за порушення прав людини• Посилювати спроможність соціального захисту• Переглядати дані з метою виявлення прогалин в послугах для людей із особливими потребами (групи ризику)• Інституалізувати навчання з питань захисту для працівників усіх секторів, у т. ч. працівників збройних сил й правової системи

Функція або напрям	Готовність до надзвичайної ситуації
-----------------------	-------------------------------------

- У разі політичних зіткнень сприяти досягненню згоди між ворогуючими сторонами для захисту цивільних осіб
- Сприяти ратифікації та підтримувати впровадження міжнародних інструментів з прав людини та гуманітарного права
- Сприяти ухваленню і впровадженню національного законодавства, яке підтримує права людини та міжнародні гуманітарні стандарти

4. Людські ресурси

- Визначити наявні людські ресурси та спроможності з навчання, в т. ч. серед місцевого населення
- Підвищувати розуміння потреби в працівниках, які знають місцеву культуру й мову
- Навчити всіх працівників міжнародних стандартів захисту і правил поведінки
- Навчити працівників різних секторів, як впроваджувати правила захисту ПЗПС у надзвичайних ситуаціях, дотримуючись принципів цього Керівництва
- Збільшити кількість працівників, компетентних у питаннях ПЗПС
- Заохочувати освітні установи впроваджувати питання ПЗПС у професійний курс
- Внести питання ПЗПС у навчальні програми готовності до надзвичайних ситуацій по всьому світові
- Розробити організаційну політику і плани з метою запобігання та вирішення проблем ПЗПС серед гуманітарних працівників
- Розробити організаційну політику для максимального захисту та безпеки працівників у польових умовах

Частина В. Основні напрями ПЗПС

5. Мобілізація громади і підтримка

- Проводити оцінку рівня участі та аналіз місцевих громад (нинішня ситуація, ресурси, підрозділи, служби і діяльність)
- Проводити аналіз ризиків, розробити план реагування громади, в т. ч. систему раннього попередження, і зміцнювати місцеву спроможність для реалізації таких планів
- Розробити механізм мобілізації внутрішніх ресурсів та інтегрування зовнішніх ресурсів ПЗПС
- Проводити навчання і супервізії для працівників у громаді з приводу того, як надавати відповідну допомогу у сфері ПЗПС в умовах надзвичайної ситуації
- Розробити заходи соціальної підтримки, за які відповідатиме і якими управлятиме місцева громада
- Розробити для громади плани щодо захисту та підтримки розвитку дітей раннього віку в умовах надзвичайних ситуацій

<p>Мінімальне реагування (<i>проводиться навіть в розпал надзвичайної ситуації, але також як частина комплексного реагування</i>)</p>	<p>Комплексне реагування (<i>потенційні додаткові заходи для проведення на етапі стабілізації та раннього відновлення після надзвичайної ситуації</i>)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Підтримувати безпечну реінтеграцію постраждалих від будь-яких видів насильства • Обмежити легкий доступ до алкоголю в таборах • Вжити заходів щодо протидії торгівлі людьми • Надавати необхідну психологічну, соціальну, економічну, освітню та медичну підтримку постраждалим унаслідок порушення прав людини, а також їхнім сім'ям і свідкам, включаючи свідків у суді. • Сприяти системі правосуддя для впровадження законів згідно з міжнародними стандартами
<p>4.1. Визначати і наймати персонал та залучати волонтерів, які розуміють місцеву культуру</p> <p>4.2. Впроваджувати кодекс поведінки та етичні норми для персоналу</p> <p>4.3. Організувати професійну орієнтацію та навчання у сфері ПЗПСП для працівників, що надають допомогу</p> <p>4.4. Попереджувати й управляти проблемами з психічним здоров'ям та психосоціальним благополуччям серед працівників і волонтерів</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Розробити опис головних компетенцій працівника відповідно до місцевого контексту • Впроваджувати, контролювати і вимагати виконання правил поведінки та етичних норм і, за необхідності, їх вдосконалювати • Реєструвати поширення і рівень отриманої підготовки і супервізії • Підсилити навчання та супервізію і забезпечити стійку спроможність шляхом постійного навчання • Проводити перегляд реагування працівників на проблеми ПЗПСП і дотримання політики організації з питань ПЗПСП працівниками та волонтерами
<p>5.1. Сприяти умовам мобілізації громади, власній відповідальності й контролю щодо заходів реагування в усіх секторах</p> <p>5.2. Сприяти заходам самопомоги та соціальної підтримки громади</p> <p>5.3. Сприяти розвитку умов для культурних, духовних і релігійних практик цілених у громаді</p> <p>5.4. Сприяти підтримці дітей (0-8 років) і їхніх опікунів</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Сприяти зміцненню почуття відповідальності місцевого населення щодо заходів реагування • Забезпечити доступ до засобів існування і підтримувати впровадження ініціатив економічного розвитку громади • Надавати жертвам і постраждалим простір для обговорення їхніх проблем (економічних, судових, символічних) та можливість звернутися до відповідальних сторін • Сприяти занотовуванню історичних даних про те, як громада долала наслідки надзвичайної ситуації. • Переглядати мобілізацію ресурсів громади й сприяти поширенню і покращенню якості соціальної допомоги і самопомоги в громаді • Зміцнювати систему ПЗПСП, включаючи механізми перенаправлення • Аналізувати можливості виведення сиротинців і притулків як інституцій і сприяти альтернативним закладам опіки на основі громади • Розробити програми для вирішення конфліктів і становлення миру

Функція
або напрям

Готовність до надзвичайної ситуації

-
- | | |
|-------------------------------|---|
| 6. Послуги з охорони здоров'я | <ul style="list-style-type: none">• Зміцнювати національну спроможність систем охорони здоров'я у сфері ПЗПСР в умовах надзвичайних ситуацій• Визначити актуальні офіційні та неофіційні ресурси й практики• Сприяти системам інформування з питань психічного здоров'я з розбивкою за гендером та віком• Навчати персонал відповідному до культури догляду за людьми, що пережили гендерно зумовлене або інше насильство• Надати персоналу інформацію про першу психологічну допомогу• Привести у відповідність національний перелік основних ліків відповідно до моделі Переліку основних ліків ВООЗ і підготувати недоторканий запас психотропних ліків• Розробити плани аварійної готовності для установ• Впроваджувати стратегії зі зменшення рівня дискримінації та стигматизації людей із психічними захворюваннями та/або психічними розладами• Покращувати спроможність для запобігання та вирішення проблем, пов'язаних із уживанням алкоголю та інших психотропних речовин |
| 7. Освіта | <ul style="list-style-type: none">• Визначити наявні ресурси для офіційних і неофіційних освітніх практик• Визначити рівні освітнього та професійного вибору для дівчат, хлопців і дорослих, які могли не отримати освіти• Використовуючи методи з залученням громади, проводити навчання та супервізії для вчителів з питань базової психосоціальної підтримки, прав дітей, методів з залученням громади, позитивної дисципліни й кодексів поведінки• Посилити можливості національної освітньої системи у сфері ПЗПСР на базі шкіл в умовах надзвичайної ситуації• Розробити загальні та кризові психосоціальні плани для шкіл• Зміцнювати спроможність освітніх закладів, враховуючи актуальні проблеми захисту в навчальних програмах |
-

<p>Мінімальне реагування <i>(проводиться навіть в розпал надзвичайної ситуації, але також як частина комплексного реагування)</i></p>	<p>Комплексне реагування <i>(потенційні додаткові заходи для проведення на етапі стабілізації та раннього відновлення після надзвичайної ситуації)</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Сприяти реінтеграції у суспільство дітей, яких рекрутували або використовували збройні сили/групи • Експугувати братські могили відповідним до культури способом, надаючи підтримку родичам і друзям • Організувати обговорення дієвих та шкідливих нетрадиційних практик • Підсилити спроможність забезпечення якісного догляду за маленькими дітьми та їхніми опікунами
<p>6.1. Включити в загальну охорону здоров'я конкретні психологічні й соціальні аспекти</p> <p>6.2. Забезпечувати доступ до послуг з охорони здоров'я особам із тяжкими психічними розладами</p> <p>6.3. Захищати і турбуватися про осіб з тяжкими психічними розладами й іншими психічними та неврологічними формами інвалідності, що перебувають у закладах</p> <p>6.4. Дізнатися про місцеві, корінні і народні системи зцілення і, за доцільності, співпрацювати з ними</p> <p>6.5. Мінімізувати шкоду від уживання алкоголю або інших психоактивних речовин</p>	<ul style="list-style-type: none"> • За необхідності ініціювати оновлення політики та законодавства з питань психічного здоров'я • Забезпечувати доступ до психіатричної допомоги особам з різними психічними розладами, що виникли внаслідок надзвичайної ситуації, або існували до того, через загальні служби охорони здоров'я та громадські психологічні центри • Забезпечити стійкість новостворених центрів медичної допомоги • Продовжувати розвивати співпрацю з місцевими системами народного лікування • Забезпечувати опіку для осіб, що знаходяться в психіатричних установах за підтримки суспільства, а також надати їм альтернативні умови проживання • Проводити регулярну оцінку доступності та якості психіатричної допомоги • Розширювати заходи з запобігання шкоди від уживання алкоголю та інших психоактивних речовин
<p>7.1. Покращити доступ до безпечної та підтримуючої освіти</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Розширювати освітні можливості для підлітків обох статей, включаючи професійну освіту, й проводити курси лікнепу для дорослих • Забезпечувати врахування питань чутливості культури, багатоетнічності й гендеру в навчальних програмах • Контролювати й покращувати якість освіти • Розширювати освітні можливості для дівчат і хлопців, проводити курси лікнепу для дорослих • Забезпечувати засобами до існування та іншою необхідною підтримкою, аби надавати можливість навчатися і попереджувати відсів • Розширювати спроможність до надання психосоціальної підтримки в офіційних і неофіційних освітніх закладах • Посилювати схеми запобігання і реагування на насильство та інші види знущань та експлуатації в школах • Інтегрувати в освіту ідеї становлення миру і практичні навички життєдіяльності

Функція
або напрям

Готовність до надзвичайної ситуації

8. Поширення інформації
- Визначити наявні джерела інформації та прогалини в них
 - Навчити персонал етичним аспектам збору інформації
 - Забезпечити доступ до інформації для різних цільових аудиторій
 - Підготувати стратегію «кризової комунікації» для поширення важливої інформації під час надзвичайних ситуацій
 - Поширювати інформацію про те, як запобігти таким проблемам, як розділення сімей під час надзвичайної ситуації
 - Виступати проти використання у ЗМІ згубних зображень і поширення недостовірної інформації
 - Залучати ключові сторони до розробки, тестування та поширення інформації про позитивний копінг
-

Частина С. Соціальні аспекти за секторальними напрямами

9. Продовольча безпека та харчування
- Оцінити звички населення щодо приготування їжі, вірування та основних продуктів харчування
 - Відслідковувати доступ до основних корисних мікроелементів, які впливають на психологічний розвиток дітей
 - Спланувати і провести рівномірний розподіл згідно з потребами
-
10. Тимчасове житло та планування поселення
- Визначити соціальні параметри наявних ресурсів, прогалини, практики, а також групи, що перебувають у зоні ризику щодо забезпечення тимчасовим житлом і планування поселення
 - Провести оцінювання безпеки і відповідності потенційних місць поселення із залученням громади
 - Спланувати надання притулку (тимчасового житла) під час надзвичайної ситуації усім людям (приділяючи особливу увагу групі ризику) у спосіб, що сприяє безпеці, збереженню гідності, особистого простору та розширенню їхніх можливостей
 - Уникати довготермінового поселення людей у табори
 - Скласти план для опалення притулків (під час надзвичайної ситуації в холодному кліматі)
-
11. Водопостачання та санзабезпечення
- Визначити соціальні параметри наявних ресурсів, прогалини та групи ризику щодо водопостачання та санзабезпечення
 - Розпланувати водопостачання та санзабезпечення для всіх людей (звертаючи особливу увагу на групи ризику) у спосіб, що сприяє безпеці, збереженню гідності й особистого простору, а також мирному вирішенню проблем
-

<p>Мінімальне реагування <i>(проводиться навіть в розпал надзвичайної ситуації, але також як частина комплексного реагування)</i></p>	<p>Комплексне реагування <i>(потенційні додаткові заходи для проведення на етапі стабілізації та раннього відновлення після надзвичайної ситуації)</i></p>
<p>8.1. Забезпечити постраждале населення інформацією щодо надзвичайної ситуації, заходів з допомоги і їхніх законних прав</p> <p>8.2. Надати доступ до інформації про дієві методи копінгу</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Підтримувати надійні та доступні системи достовірного поширення інформації • Посилити участь громади в перевірці та поширенні інформації • Забезпечити постійний доступ до інформації про доступність допомоги • Проводити інформаційні кампанії з підтримки людей з психічними та психосоціальними проблемами • Моніторити та оцінювати використання комунікаційних матеріалів
<p>9.1. Враховувати особливі соціальні та психологічні аспекти (безпечна допомога для всіх в умовах гідності з урахуванням культурних звичаїв і побутових ролей) при забезпеченні харчовими продуктами і додатковим харчуванням</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Переглядати та організовувати регулярне оцінювання соціальних та психологічних принципів продовольчої безпеки та постачання харчових продуктів • Заохочувати та підтримувати продовольчу самозабезпеченість
<p>10.1. Враховувати особливі соціальні та психологічні аспекти (безпечну, гідну, належну в культурному та соціальному плані допомогу) під час планування місця поселення та надання тимчасового житла</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Переглядати й проводити регулярні оцінювання соціальних принципів під час надання тимчасового житла та планування місць поселення • Враховувати проблеми рівності під час розподілу землі та в законодавстві з прав на землю • Розбудовувати спроможність громади та держави для інтеграції соціальних аспектів у складанні планів для довготермінових притулків і під час планування місць поселення
<p>11.1. Враховувати особливі соціальні аспекти (безпечний та культурно відповідний доступ для всіх з повагою до гідності) при забезпеченні водою та санітарними умовами</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Переглядати та проводити регулярне оцінювання соціальних принципів з питань водопостачання та санзабезпечення • Покращувати спроможність громади та держави для інтеграції соціальних принципів на підтримку довготермінового водопостачання та санзабезпечення

РОЗДІЛ 3

Плани дій мінімального реагування

Цей розділ містить Плани дій мінімального реагування. Для кожного заходу є один План дій, наведений у середній колонці (з назвою «Мінімальне реагування») матриці у Розділі 2.

Функція або напрям	Назва Плану дій
А. Загальні функції за напрямами	
1. Координування	1.1. Забезпечити міжсекторне координування у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ПЗПСП)
2. Оцінювання, моніторинг і оцінка	2.1. Проводити оцінювання питань з ПЗПСП 2.2. Ініціювати впровадження систем моніторингу та оцінки з залученням громади
3. Захист та норми прав людини	3.1. Застосовувати основоположні принципи прав людини під час надання підтримки з психічного здоров'я та психосоціального благополуччя 3.2. Визначати, контролювати, попереджувати і реагувати на загрози захисту та невідповідність нормам через програми соціальної підтримки 3.3. Визначати, контролювати, попереджувати і реагувати на загрози захисту та зловживання шляхом механізму юридичного захисту
4. Людські ресурси	4.1. Визначати і наймати персонал та залучати волонтерів, які розуміють місцеву культуру 4.2. Впроваджувати кодекс поведінки та етичні норми для персоналу 4.3. Організовувати професійну орієнтацію та навчання у сфері ПЗПСП для працівників, що надають допомогу 4.4. Попереджувати й управляти проблемами з психічним здоров'ям і психосоціальним благополуччям серед працівників і волонтерів
В. Основні напрями ПЗПСП	
5. Мобілізація громади і підтримка	5.1. Сприяти умовам мобілізації громади, власній відповідальності й контролю щодо заходів реагування в усіх секторах 5.2. Сприяти заходам самодопомоги та соціальної підтримки громади 5.3. Сприяти розвитку умов для культурних, духовних і релігійних практик зцілення у громаді 5.4. Сприяти підтримці дітей (0-8 років) і їхніх опікунів

Функція або напрям	Назва Плану дій
6. Послуги з охорони здоров'я	<p>6.1. Включити в загальну охорону здоров'я конкретні психологічні і соціальні фактори</p> <p>6.2. Забезпечувати доступ до послуг з охорони здоров'я особам із тяжкими психічними розладами</p> <p>6.3. Піклуватися про осіб із тяжкими психічними розладами й іншими психічними і неврологічними формами інвалідності, які перебувають у закладах</p> <p>6.4. Дізнатися про місцеві, корінні й народні системи зцілення і, за доцільності, співпрацювати з ними</p> <p>6.5. Мінімізувати шкоду від уживання алкоголю або інших психоактивних речовин</p>
7. Освіта	<p>7.1. Покращити доступ до безпечної та підтримуючої освіти</p>
8. Поширення інформації	<p>8.1. Забезпечити постраждале населення інформацією щодо надзвичайної ситуації, заходів з допомоги і їхніх законних прав</p> <p>8.2. Надати доступ до інформації про дієві методи копінгю</p>
С. Соціальні аспекти за секторальними напрямками	
9. Продовольча безпека та харчування	<p>9.1. Враховувати особливі соціальні та психологічні аспекти (безпечна допомога для всіх в умовах гідності з урахуванням культурних звичаїв і побутових ролей) при забезпеченні харчовими продуктами і додатковим харчуванням</p>
10. Тимчасове житло та планування поселення	<p>10.1. Враховувати особливі соціальні аспекти (безпечну, гідну, належну в культурному та соціальному плані допомогу) під час планування місць поселення і надання тимчасового житла</p>
11. Водопостачання та санзабезпечення	<p>11.1. Враховувати особливі соціальні аспекти (безпечний та культурно відповідний доступ для всіх з повагою до гідності) при забезпеченні водою та санітарними умовами</p>

План дій 1.1

Забезпечити міжсекторне координування у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки

Функція: Координування

Етап: Мінімальне реагування

Передумови

Реалізація програми ефективної підтримки психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ПЗПСП) потребує міжсекторного координування між різними організаціями, адже всі учасники надання гуманітарної допомоги відповідальні за сприяння психічному здоров'ю та психосоціальному благополуччю. Координування у сфері ПЗПСП має охоплювати сфери охорони здоров'я, освіти, захисту і соціальних служб, а також представників постраждалих громад. Координування також включає сектори харчування, безпеки, тимчасового житла, водопостачання та санзабезпечення.

Координування сприяє забезпеченню того, що: (а) всі аспекти гуманітарного реагування впроваджуються у такий спосіб, який сприяє підтримці психічного здоров'я/психосоціального благополуччя; (б) спеціальні заходи підтримки психічного здоров'я та психосоціального благополуччя включено до плану гуманітарного реагування. Для досягнення цієї мети суб'єкти, задіяні у сфері ПЗПСП, мають узгодити спільну стратегію і розподіл праці, щоб надавати рівноцінну підтримку всім групам постраждалого населення. Невдале координування може призвести до неефективної, безрезультатної, недоцільної або навіть шкідливої програмної діяльності.

При забезпеченні якісного координування виникають певні труднощі. Основна складність більшості надзвичайних ситуацій полягає у подоланні розриву між «психічним здоров'ям» і «психосоціальними» програмами (які часто відносять до сфер охорони здоров'я та захисту). Координування дій численних організацій є особливо складним під час масштабних надзвичайних ситуацій. Постраждале населення може бути перевантажене великою кількістю зовнішніх суб'єктів надання допомоги, що підриває та маргіналізує внесок, який місцеві жителі можуть зробити для захисту ПЗПСП. Важливими факторами ефективного координування є налагодження взаєморозуміння серед організацій із різними поглядами стосовно міжсекторного координування у сфері ПЗПСП (наприклад, урядами різних рівнів, донорами,

міжнародними організаціями, місцевими громадами і неурядовими організаціями) та забезпечення вчасного вирішення спільних проблем.

Ключові дії

1. Ініціювати або створити міжсекторну координаційну групу з питань ПЗПСП

- Сформувати групу для координування дій у сфері ПЗПСП і спільно розробити план, який визначає завдання і виконавців. Рекомендується сформувати єдину міжсекторну координаційну групу з питань ПЗПСП, що охоплюватиме суб'єкти, які традиційно належать до секторів охорони здоров'я та захисту.
- Це найефективніший спосіб уникнути фрагментації та переконатися, що всі аспекти ПЗПСП інтегровані, включаючи як соціальну підтримку за участі громади, так і лікування тяжких психічних розладів. Однак так само корисно створювати підгрупи для вирішення певних проблем (наприклад, психосоціальна підтримка в школах, психіатрична допомога в медичних установах). Координаційна група з питань ПЗПСП має узгоджувати свою діяльність з усіма відповідними секторами або Кластерами МПК, аби впевнитися у проведенні їхніх заходів у спосіб, який сприяє підтримці психічного здоров'я та психосоціального благополуччя, і що ці Кластери здійснюють відповідні заходи з ПЗПСП.
- Залучати до складу координаційних груп із питань ПЗПСП представників ключових урядових міністерств (наприклад, Міністерства охорони здоров'я, соціальної політики, освіти), організацій ООН та неурядових організацій. Учасники від інших організацій, таких як урядові міністерства, професійні асоціації та університети, релігійні або громадські організації чи міжнародний рух Червоного Хреста/Червоного Півмісяця, можуть бути залучені лише у разі їхньої діяльності у сфері ПЗПСП. Рекомендації і внесок громади треба заохочувати на всіх рівнях координування.
- За наявності, користуватися вже створеними координаційними групами. За їх відсутності, необхідно їх відразу ж сформувати. Координаційна група з питань ПЗПСП має взаємодіяти з кластерами захисту й охорони здоров'я і, якщо доцільно, з додатковими національними координаційними механізмами, в т. ч. з відповідними вебсайтами (наприклад, Гуманітарний інформаційний центр: www.humanitarianinfo.org).
- Створити координаційні групи з питань ПЗПСП на місцевому та національному рівнях, а також заохочувати обмін інформацією між

організаціями на міжнародному рівні. Спілкування між місцевими й національними групами має підтримуватися чітким визначенням їхніх відповідних ролей.

- За можливості, координаційні групи з питань ПЗПСП має очолювати одна або декілька національних організацій із відповідною технічною підтримкою міжнародних організацій. Чільні організації мають бути обізнані в сфері ПЗПСП та мати навички ведення всеохоплюючих координаційних процесів (наприклад, уникати домінування певного підходу/сектору або, в ситуаціях збройного конфлікту, сприйматись як неупереджена сторона усіма ключовими суб'єктами).
- Працювати над зменшенням нерівноправ'я між членами координаційної групи і над сприянням участі груп, які недостатньо представлені або менш впливові (наприклад, послуговуючись місцевою мовою і зважаючи на структури зустрічей і місця їхнього проведення).
- Усі організації відповідальні за координування своїх заходів реагування (якщо це не суперечить принципу «не нашкодь»). Організації мають докладати зусилля для того, щоб їхні представники мали повноваження, знання та навички для ефективної участі в координуванні.

2. Координувати планування програми та її реалізацію

- Координаційна група відповідальна за координування планування програми та її реалізації згідно з цим Керівництвом. Це передбачає забезпечення правильного виконання мінімальних заходів із ПЗПСП у місцевій ситуації для постраждалого від конфлікту населення рівноцінно і вчасно.
- Організація процесу міжсекторного, міжвідомчого стратегічного планування програми з ПЗПСП передбачає:
 - координування оцінювань й інформування про результати (див. План дій 2.1);
 - створення узгодженого програмування і визначення географічних пріоритетів;
 - визначення і ліквідацію прогалин у реагуванні;
 - забезпечення функціонального розподілу праці серед суб'єктів;
 - сприяння міжвідомчій співпраці щодо спільних дій (таких, як механізми перенаправлення або спільні тренінги);
 - координування поширення інформації про надзвичайну ситуацію, гуманітарну допомогу, законні права й самопомогу серед постраждалого населення (див. План дій 8.1 і 8.2);

- документування та обмін інформацією про відомчі підходи, матеріали, набуті уроки;
 - моніторинг та оцінка й інформування про результати (див. План дій 2.2).
- Якщо доцільно, можна розробити міжвідомчий стратегічний план.

3. Розробити і розповсюджувати керівництва та координувати дії з захисту інтересів (адвокації)

- Координаційна група з питань ПЗПСП має очолити процес адаптації до місцевого контексту цього або інших керівництв. За необхідності, група має розробити додаткові керівництва/політики з питань ПЗПСП. Це має бути процес із максимальним залученням. Розробити механізми для забезпечення широкої поінформованості та дотримання Керівництва і політик (наприклад, офіційне впровадження національними органами влади та організаціями, що працюють у сфері ПЗПСП).
- Група має координувати адвокацію сфери ПЗПСП. Мінімальні ключові дії:
 - 1) дійти згоди щодо основних питань захисту інтересів шляхом визначення найвпливовіших чинників із ПЗПСП і факторів, які, найімовірніше, зміняться внаслідок адвокації;
 - 2) визначити зацікавлені сторони, такі як: держава, озброєні групи, ЗМІ, донори, НУО, відповідальні за розроблення політик та інші координаційні суб'єкти, і для кожного з них розробити цільові повідомлення;
 - 3) визначити ролі та відповідальність у сфері захисту інтересів різних організацій.

4. Мобілізувати ресурси

- Координування збору коштів передбачає забезпечення того, що ПЗПСП відповідно включено до будь-якого консолідованого процесу апеляції, а також визначення і мобілізацію фондів для заходів координування і спільного звернення (адвокації) до донорів.

Ключові джерела:

1. Inter-Agency Working Group on Separated and Unaccompanied Children (2005). *Psychosocial Care and Protection of Tsunami Affected Children: Inter-Agency Guiding Principles*.
<http://www.alnap.org/resource/8734.aspx>
2. The Mangrove: Psychosocial Support and Coordination Unit, Batticaloa, Sri Lanka.
<http://www.themangrove.blogspot.com/>

3. Psychosocial/Mental Health Coordination. Inter-governmental Meeting of Experts Final Report, Annex V, Jakarta, 4-5 April 2005.
http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
4. Palestinian Code of Conduct for Psycho-Social Interventions, 4 October 2001.
http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
5. World Health Organization (2003). *Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Health in Populations Exposed to Extreme Stressors*. Geneva: WHO.
http://www.who.int/mental_health/emergencies/MSDMER03_01/en/

Приклад індикатора процесу

- Координаційна група з питань ПЗПСП організована на місцевому та національному рівнях та охоплює учасників різних секторів, у т. ч. охорони здоров'я, захисту та освіти.

Приклад: Провінція Ачех, Індонезія, 2005 рік

- Під час гуманітарної операції після цунамі в грудні 2004 року органи охорони здоров'я провінції співпрацювали з двома організаціями ООН у координуванні всіх дій, пов'язаних із психічним здоров'ям та психосоціальною підтримкою.
- Була створена Міжвідомча психосоціальна робоча група провінції Ачех. Понад 60 організацій, які працюють у секторах соціальної підтримки, охорони здоров'я та захисту, брали участь у щотижневих зустрічах. Психосоціальна група звітувала перед координаційними групами з охорони здоров'я та захисту дітей.
- Міжвідомча психосоціальна робоча група провінції Ачех розробила «Принципи психосоціальної програмної діяльності для провінції Ачех, Індонезія», які активно просували і використовували.

План дій 2.1

Проводити оцінювання питань із ПЗПСП

Функція: Оцінювання, моніторинг і оцінка

Етап: Мінімальне реагування

Передумови

Оцінювання психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ПЗПСП) у надзвичайній ситуації дозволяє: (а) зрозуміти надзвичайну ситуацію; (б) проаналізувати загрози і спроможності для підтримки психічного здоров'я та психосоціального благополуччя; (с) проаналізувати відповідні ресурси для визначення (консультуючись із зацікавленими сторонами) необхідності реагування, а також його характеру¹.

Оцінювання має включати: документи щодо досвіду осіб, які пережили надзвичайну ситуацію, їхню реакцію і те, як це вплинуло на їхній психічний/психосоціальний стан. Також тут мають бути відомості про те, як окремі особи, громади та організації реагують на надзвичайну ситуацію. В цьому документі необхідно оцінити як ресурси, так і потреби, й проблеми. До ресурсів належать: індивідуальні навички копію/самостійної життєдіяльності, механізми соціальної підтримки, дії громади й уряду та спроможності неурядових організацій. Також важливе розуміння підтримки постраждалого населення для більш конструктивного задоволення потреб у сфері ПЗПСП. Таке оцінювання має бути складовою частиною постійного процесу збору та аналізу даних у співпраці з зацікавленими сторонами, особливо з постраждалою громадою з метою покращення програми.

Ключові дії

1. Переконатися, що оцінювання узгоджені

- Координувати оцінювання з іншими організаціями, що проводять оцінку психосоціальних/психічних проблеми. Координоване оцінювання необхідне для ефективного використання ресурсів, досягнення найточнішого й комплексного розуміння ситуації ПЗПСП та уникнення зайвого обтяження населення повторними оцінюваннями.

¹ Визначення адаптоване з Посібника проекту «Сфера» (*Sphere Handbook [2004]*).

- Спочатку організації мають визначити, яке оцінювання вже проведено, і переглянути доступну інформацію (наприклад, провести кабінетні дослідження, зв'язатися з іншими організаціями, переглянути доступну інформацію про країну, в т. ч. про відповідні національні особливості й дані щодо системи охорони психічного здоров'я). Подальші польові дослідження необхідно розробляти лише у разі потреби.
- Організації мають інформувати координаційну групу (див. План дій 1.1) про те, з яких проблем вони проводять оцінювання, а також про те, де і як вони це роблять; за потребою вони мають бути готові пристосувати свої оцінювання та обмінюватися інформацією.
- У більшості надзвичайних ситуацій різні групи (державні відомства, організації ООН, неурядові організації тощо) збирають інформацію з різних аспектів ПЗПП (відповідно до таблиці на с. 52-53) у різних географічних регіонах. Координаційна група має допомогти визначити те, які організації і де повинні збирати ту чи ту інформацію, а також впевнитися, що вся інформація, вказана в таблиці, доступна у постраждалому регіоні. Координаційна група має підтримувати скоординовані й належні дії організації (наприклад, стандартизуючи ключові інструменти). Дані оцінювання необхідно регулярно звіряти, аналізувати і поширювати серед різних задіяних організацій.
- Конкретні соціальні аспекти потрібно включати в оцінювання, які виконують усі сектори, включаючи послуги, що надає громада, захист, охорону здоров'я, освіту, тимчасове житло, харчування, водопостачання і санзабезпечення (див. відповідні Плани дій для кожного сектору/за напрямом).

2. Збирати й аналізувати ключову інформацію стосовно ПЗПП

Зворотний бік таблиці містить основну інформацію, яка має бути доступна організаціям, що працюють з питаннями ПЗПП (зверніть увагу, що окремі організації зосереджують діяльність на певних аспектах, які безпосередньо стосуються їхньої діяльності).

- За можливості, оцінювання має збирати інформацію з розбивкою за віком, статтю і географічним розташуванням. Сюди входить визначення груп ризику всередині громади і їх особливих потреб/спроможності. Зазвичай у зоні ризику перебувають групи, зазначені в [Розділі 1](#).
- Звертати увагу як на потреби, так і на ресурси різних груп постраждалого населення; як на осіб у дистресі, здатних до нормальної життєдіяльності, так і на тих, хто не може нормально функціонувати через тяжкі психічні розлади.

Тип інформації	Зміст
Актуальна демографічна та контекстуальна інформація	<ul style="list-style-type: none"> • Кількість населення та кількість (а де доцільно, то й місце розташування) відповідних підгруп населення, які можуть наражатися на особливий ризик (див. Розділ 1) • Рівень смертності та ризики його підвищення • Доступ до задоволення базових фізичних потреб (наприклад, їжа, тимчасове житло, водопостачання і санзабезпечення, послуги охорони здоров'я) і до освіти • Порухення прав людини та програми захисту (див. Плани дій 3.1, 3.2 і 3.3) • Соціальні, політичні та економічні структури і динаміка (наприклад, проблеми безпеки та конфлікти, в т. ч. етнічні, релігійні, класові та гендерні розбіжності в громадах) • Зміни в побуті та повсякденному житті громади • Базова етнографічна інформація про культурні джерела, норми, ролі, ставлення (наприклад, траурні ритуали, ставлення до психічних розладів і гендерно зумовленого насильства, поведінка людини за пошуків допомоги)
Досвід із надзвичайних ситуацій	<ul style="list-style-type: none"> • Попередній досвід із надзвичайних ситуацій (сприйняття подій та їх важливості, інтерпретація причин, очікувані наслідки)
Психічне здоров'я та психосоціальні проблеми	<ul style="list-style-type: none"> • Ознаки психологічного та соціального дистресу, включаючи поведінкові та емоційні проблеми (наприклад, агресія, соціальне відчуження, проблеми зі сном) і локальні показники дистресу • Ознаки порушень щоденного функціонування • Порушення соціальної солідарності і механізмів підтримки (наприклад, порушення усталених схем соціальної підтримки, сімейні конфлікти, насильство, підривання спільних цінностей) • Інформація про людей із тяжкими психічними розладами (наприклад, через інформаційні системи служб охорони здоров'я) (для подальшої інформації див. План дій 6.2)
Наявні джерела з психосоціального благополуччя та психічного здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> • Способи, якими люди допомагають собі та іншим, тобто способи копінгу/практики зцілення (наприклад, релігійні або політичні переконання, пошук підтримки в родині/друзях) • Способи, за допомогою яких населення долало труднощі раніше

Тип інформації	Зміст
	<ul style="list-style-type: none"> • Типи соціальної підтримки (визначення в громаді професійних помічників, яким можна довіряти) і джерел суспільної солідарності (наприклад, продовження звичайної суспільної діяльності, спільне ухвалення рішень, міжвіковий діалог/повага, підтримка груп у зоні ризику та маргіналізованих груп)
<p>Організаційна спроможність та діяльність</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Структура, місце розташування, персонал і ресурси програм психосоціальної підтримки в освітніх і соціальних установах, вплив на них надзвичайної ситуації • Структура, місце розташування, персонал і ресурси психіатричної опіки в сфері охорони здоров'я (включаючи політики, наявність медикаментів, роль першої медичної допомоги та психіатричних лікарень і т. д. – див. Атлас психічного здоров'я ВООЗ для основних даних по 192 країнах), а також вплив надзвичайної ситуації на служби • Визначення психосоціальних навичок суб'єктів громади (наприклад, соціальних працівників, релігійних лідерів, радників) • Визначення потенційних партнерів, обсяг і якість/зміст попереднього тренінгу з питань ПЗПС • Визначення програм ПЗПС у надзвичайній ситуації
<p>Потреби та можливості в програмній діяльності</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендації від різних зацікавлених сторін • Якою мірою впроваджуються ключові заходи, описані в Керівництві МПК • Функціональність систем перенаправлення між і всередині секторів охорони здоров'я, соціальних послуг, освіти, громади та релігії

3. Проводити оцінювання етично, залучаючи громаду

- **Участь.** Оцінювання, наскільки це можливо, має бути процесом співпраці та залучення відповідних зацікавлених сторін, у т. ч. урядів різних рівнів, НУО, громадських та релігійних організацій, а також постраждалого населення. Оцінювання з залученням громади є першим кроком до діалогу з постраждалим населенням, який, за умови правильного виконання, є не тільки інформативний, а також допомагає людям узяти під контроль ситуацію завдяки спільному визначенню проблем, ресурсів і потенційних рішень (див. [Плани дій 5.1 і 5.2](#)). Необхідно сприяти зворотному зв'язку щодо результатів і процесів оцінювання від учасників. Постраждале населення також слід залучати до визначення благополуччя і дистресу.

- **Залученість.** Оцінювання має охоплювати різні групи постраждалого населення, в т. ч. дітей, молодь, жінок, чоловіків, людей похилого віку, а також представників різних релігій, культурних та соціально-економічних груп. Треба намагатися залучати громадських лідерів, освітян, працівників сфери охорони здоров'я та соціальних працівників і корегувати, а не підсилювати, нерівноправні підходи.
- **Аналіз.** Оцінювання мають аналізувати ситуацію, фокусуючись на визначенні пріоритетних дій, і не обмежуючись збором інформації та звітністю.
- **Увага до конфлікту.** Під час роботи в умовах конфлікту, працівники, відповідальні за оцінку, мають бути поінформовані про сторони конфлікту та динаміку їхнього розвитку. Потрібно дотримуватися неупередженості та незалежності, а також уникати розпалювання соціальної напруги/конфлікту або загроз для членів громади й організацій. Оцінювання із залученням громади в деяких ситуаціях може бути небажане, якщо процес може наразити на небезпеку його учасників.
- **Культурна доречність.** Методології оцінювання (в т. ч. індикатори та інструменти) мають бути культурно й контекстуально чутливими та відповідними. До команди оцінювання необхідно включати осіб, знайомих з місцевим контекстом, які, наскільки це відомо, викликають довіру в опитуваних (респондентів) та які поважають місцеві культурні традиції і практики. Під час оцінювання потрібно уникати вживання термінології, яка у місцевій ситуації може призвести до стигматизації.
- **Етичні принципи.** Необхідно поважати право на особисте життя, конфіденційність та діяти в найкращих інтересах респондентів. Згідно з принципом «не нашкодь», треба подбати про те, щоб не давати нереалістичних надій під час проведення оцінювання (наприклад, респонденти мають розуміти, що інтерв'юери можуть не повернутися, якщо не отримають належне фінансування). Варто уникати надокучливого розпитування. Організації мають докладати всіх зусиль для забезпечення лише добровільної участі членів громади в оцінюванні. Особи, що беруть участь в опитуванні дітей або інших груп із особливими потребами (наприклад, людей, які пережили гендерно зумовлене насильство), мають володіти певними навичками та досвідом. За можливості, необхідно надати доступ до послуг із ПЗПСП респондентам, які його потребують.
- **Команди, які проводять оцінювання.** Члени команди мають пройти тренінг з етичних принципів, згаданих вище, а також повинні володіти

базовими навичками проведення опитувань та міжособистісних відносин. Членів команд, які проводять оцінювання, необхідно обирати з урахуванням гендерного балансу та за вимогою обов'язкової обізнаності у сфері ПЗПСП та знання місцевого контексту.

- **Методи збору даних.** Відповідні якісні методи збору даних включають перегляд літературних джерел, групові заняття (наприклад, обговорення у фокус-групах), опитування ключових носіїв інформації, спостереження і виїзди на об'єкти. Для кількісних методів корисними будуть короткі анкети та наявні дані системи охорони здоров'я. За можливості, послуговуватися різними джерелами даних для перехресної перевірки та підтвердження інформації/аналізу. Дослідження, спрямовані на оцінювання рівня поширення психічних розладів, спричинених надзвичайною ситуацією (епідеміологічні дослідження в психіатрії), зазвичай бувають складними, вимагають багато ресурсів і дуже часто є суперечливими, тому присутні за межами мінімального реагування (див. с. 57). Корисною альтернативою для створення можливого прогнозу може бути використання наявних літературних даних (див. План дій 6.2 для прикладу подібного прогнозування).
- **Динаміка і вчасність.** Оцінювання необхідно проводити достатньо швидко задля ефективного використання результатів у плануванні програмної діяльності в надзвичайній ситуації. Часто доречно провести динамічний, поетапний процес оцінювання, що складається, наприклад, із двох етапів:
 1. *Початкове («швидке») оцінювання*, яке зосереджене головним чином на розумінні досвіду і нинішньої ситуації постраждалого населення, а також на можливостях громади та організаційної спроможності й недоліках програмної діяльності. Зазвичай його необхідно проводити за 1-2 тижні.
 2. *Детальне оцінювання* – це більш вимогливі оцінювання, які торкаються різних аспектів, визначених у таблиці, проводиться в процесі розгортання надзвичайної ситуації.
- 4. **Збирати і поширювати результати аналізу**
 - Організації вчасно та доступно мають обмінюватися результатами своїх оцінювань із громадою, координаційною групою й іншими організаціями. Не слід оприлюднювати інформацію приватного характеру або ж таку, що може вказувати на конкретних людей чи громади, а також ставити під загрозу населення або персонал. Таку інформацію можна надавати лише в інтересах захисту постраждалих осіб або персоналу і лише між відповідними суб'єктами.

- Координаційна група має документувати, збирати, переглядати й поширювати результати оцінювання серед усіх зацікавлених сторін (наприклад, публікувати результати оцінювання в мережі Інтернет і проводити сесії зворотного зв'язку в громадах).
- Суб'єкти сфери ПЗПСП зобов'язані використовувати оцінювання як джерело і керівництво для планування, моніторингу та оцінки реалізації програми (див. План дій 2.2).

Ключові джерела

1. Action by Churches Together (ACT) Alliance, Lutherhjälpen, Norwegian Church Aid and Presbyterian Disaster Services (2005). *Community Assessment of Psychosocial Support Needs*. Chapter 6, *Community Based Psychosocial Services: A Facilitator's Guide*. <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/trabajo-psicosocial-y-comunitario/modelos-de-trabajo/883-the-community-based-psychosocial-services-in-humanitarian-assistance-a-facilitator-s-guide/file>
2. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). *Participation of Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners*. Assessments, Chapter 3. http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf
3. Bolton P. (2001). *Cross-Cultural Assessment of Trauma-Related Mental Illness (Phase II)*. CERTI, Johns Hopkins University, World Vision. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacm033.pdf
4. Médecins Sans Frontières (2005). *Field Assessments*. Chapter 1, Part III, *Mental Health Guidelines: A Handbook for Implementing Mental Health Programmes in Areas of Mass Violence*. http://www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF_mentalhealthguidelines.pdf
5. Silove D., Manicavasagar V., Baker K., Mausiri M., Soares M., de Carvalho F., Soares A. and Fonseca Amiral Z. (2004). 'Indices of social risk among first attenders of an emergency mental health service in post-conflict East Timor: an exploratory investigation'. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 38:929-32. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
6. Sphere Project (2004). *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Initial Assessment, pp. 29-33. <http://www.sphereproject.org/handbook/>
7. UNICEF East Asia and Pacific Office and Regional Emergency Psychosocial Support Network (2005). *Handbook of Psychosocial Assessment for Children and Communities in Emergencies*. <https://www.unicef.org/eapro/Handbook.pdf>
8. World Health Organization (2005). *Mental Health Atlas*. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/

Приклади індикаторів процесу

- Організації розробляють свої підходи до оцінювання, беручи до уваги й ґрунтуючись на інформації з психосоціальної/психічної сфери, яку вже зібрали інші організації.
- Проаналізовану інформацію щодо ПЗПСП, отриману від різних організацій (як описано в таблиці на с. 52-53), збирають і поширюють (наприклад, через координаційну групу).

Епідеміологічні дослідження психічних розладів і дистресу

Епідеміологічні дослідження серед усіх верств населення можуть: (а) надати показники різних психічних розладів і ознак дистресу серед усього населення і (б) визначити асоційовані (супутні) фактори ризику (наприклад, належність до певної статі [жіноча]), захисні фактори (наприклад, робота), рівень використання послуг і фактори, що впливають на пошук допомоги. Такі дослідження (якщо вони проведені правильно) можна використовувати для планування програми, захисту інтересів (адвокації), розробки покращеної доказової бази для програм, а також для поглиблення наукових знань. Крім того, повторні дослідження дозволяють контролювати, чи спостерігається у багатьох людей серед населення природне відновлення (спонтанне відновлення без запланованої інтервенції).

Однак існує багато викликів у проведенні важливих і валідних епідеміологічних досліджень під час надзвичайної ситуації. До сьогодні більшість подібних досліджень не дозволяли встановити відмінності між психічними розладами і непатологічним дистресом. Інструменти, якими користувалися під час таких досліджень, пройшли перевірку на валідність не за умов надзвичайних ситуацій, а серед пацієнтів клінік, які зверталися за допомогою, та для яких дистрес скоріше є ознакою психічної патології, ніж для звичайної людини з числа постраждалих у надзвичайній ситуації. Багато досліджень такого типу схильні переоцінювати показники психічних розладів, приводячи до неправильних висновків про те, що значна частина населення потребує спеціалізованої психологічної та психіатричної допомоги. Таким же чином, інструменти, які здебільшого використовували під час попередніх досліджень, не проходили валідацію на відповідність особливостям культури, в якій їх застосовували. Це призводило до подальшої невизначеності щодо інтерпретації результатів.

Практика засвідчує, що для проведення досить швидких надійних психіатричних досліджень з метою істотного впливу на реалізацію програми під час надзвичайної ситуації потрібен значний експертний досвід. Проте належним чином проведені психіатричні дослідження можуть бути частиною комплексного реагування. Такі дослідження виходять за межі заходів мінімального реагування, що в цьому Керівництві визначаються як першочергові заходи високої пріоритетності, які в умовах надзвичайної ситуації треба реалізувати якомога швидше (див. Розділ 1).

Якщо психіатричні епідеміологічні дослідження проводяться в контексті надзвичайної ситуації, особливу увагу слід звертати на: (а) валідацію інструментів відповідно до місцевої ситуації (див. Ключове джерело 3), а також (б) включення оцінювання індикаторів, які потенційно пов'язані з важкими проблемами з психічним здоров'ям (наприклад, суїцидальні нахили, нездатність підтримувати та забезпечувати себе/сім'ю, дивна поведінка, загроза іншим, а також місцево визначені індикатори тяжких порушень щоденного функціонування: див. Ключове джерело 5).

План дій 2.2

Ініціювати впровадження систем моніторингу та оцінки з залученням громади

Функція: Оцінювання, моніторинг і оцінка

Етап: Мінімальне реагування

Передумови

Оцінювання (на етапі виявлення потреб), планування, моніторинг та оцінка є частинами того самого програмного циклу. Моніторинг у надзвичайних ситуаціях – це систематичний процес збору та аналізу інформації задля інформування відповідальних за розроблення політики, що стосується поточних або потенційно нових заходів. Оцінка складається з аналізу доречності й ефективності поточних і завершених заходів. Коротко, метою моніторингу і оцінки (МіО) у надзвичайних ситуаціях є покращення якості гуманітарної діяльності завдяки збору інформації про її реалізацію та вплив наданої допомоги, а також використання отриманих даних для покращення програми в обставинах, що змінюються.

Бажано, щоб МіО ґрунтувалися на підходах із залученням громади (див. Ключові джерела далі). Це означає, що постраждале населення має бути максимально задіяне в усіх аспектах проведення МіО, в т. ч. обговорення результатів і їх наслідків (для того, щоб ознайомитися з різними рівнями залучення громади, див. План дій 5.1).

План дій 2.1, спрямований на оцінювання, містить опис різновидів даних, які треба зібрати для проведення початкового оцінювання. Цей План дій зосереджений на подальшому моніторингу та заходах оцінки.

Ключові дії

1. Визначити перелік індикаторів для моніторингу згідно з визначеними завданнями і заходами

- Точний вибір індикаторів залежить від мети програми і того, що є важливим і доцільним з практичної точки зору в конкретній надзвичайній ситуації.
- Індикатори процесу, рівня задоволеності й довгострокового результату треба сформулювати згідно з раніше визначеними завданнями:

- **Індикатори процесу** описують діяльність і стосуються якості, кількості, повноти охоплення та ефективності використання послуг і програм (наприклад, кількість зустрічей, присвячених самодопомозі).
- **Індикатори рівня задоволеності** описують, якою мірою постраждале населення задоволене проведеними заходами (наприклад, кількість людей, які висловлюють негативну, нейтральну або позитивну думку щодо програми). Індикатори рівня задоволеності можна розглядати як підтип індикаторів процесу.
- **Індикатори довгострокового результату** описують зміни в житті населення згідно з задалегідь визначеними завданнями. Ці індикатори призначені визначити ступінь успішності або незадоволення інтервенцією. Хоча, доволі ймовірно, що деякі індикатори довгострокового результату будуть мати значення у багатьох ситуаціях (наприклад, рівень щоденного функціонування), все ж ухвалювати рішення щодо «успішних» пунктів психосоціальної програми треба під час спільних обговорень цього питання з постраждалим населенням.

Тоді як індикатори процесу і рівня задоволеності корисні для навчання на реальному досвіді, індикатори довгострокового результату забезпечують найважливіші дані для обґрунтованої діяльності на основі отриманої інформації.

- Збір даних за індикаторами в розпал надзвичайної ситуації надає відповідну інформацію не тільки для мінімального реагування (описаного в цьому документі), а й для проведення довготермінової комплексної гуманітарної діяльності.
- Індикатори мають відповідати критеріям SMART-індикаторів: бути конкретизованими, вимірними, досяжними, відповідними й прив'язаними до часу.
- Зазвичай протягом тривалого часу вдається простежити всього кілька індикаторів. Тому варто обирати індикатори за принципом «декілька, але впливових». Їх необхідно визначати так, щоб їх можна було легко оцінювати, не втручаючись у повсякденну діяльність команди або громади.
- За можливості, дані індикаторів треба розподіляти за віком, статтю і місцем розташування.

2. Проводити оцінювання делікатно і відповідно, залучаючи постраждале населення

- Для моніторингу та оцінки застосовують ті самі принципи вимірювання, що й під час оцінювання. Див.: Ключова дія 3, [План дій 2.1](#) для отримання

детальнішої інформації щодо питань, пов'язаних із участю і залученістю, аналізом, конфліктними ситуаціями, культурною відповідністю, етичними принципами, командами, що проводять оцінювання, й методами збору інформації, в т. ч. психіатричною епідеміологією.

- Для проведення моніторингу та оцінки інтервенцій потрібно виміряти значення показників спочатку *до*, а потім *після* проведення інтервенції, щоб побачити, чи спричинила ця інтервенція які-небудь зміни. Проте, щоб з'ясувати, чи була інтервенція причиною зміни, потрібна більш вимоглива методика розрахунків. Такі розрахунки, зазвичай, проводять поза межами мінімального реагування, яке в цьому документі позиціонується як основне, високопріоритетне реагування, яке якнайшвидше треба реалізувати в умовах надзвичайної ситуації.
 - Кількісні дані має доповнити відповідна якісна інформація (наприклад, розповіді людей про їхній досвід участі в інтервенції).
- 3. Використовувати матеріали моніторингу для осмислення, висновків і змін**
- Дані за обраними індикаторами можна збирати з певною періодичністю, розпочавши під час надзвичайної ситуації, та з подальшим регулярним отриманням нових даних протягом наступних місяців і років. Наприклад, якщо певний тип оцінювання і аналіз проводяться у розпал надзвичайної ситуації, можна повторити цей процес через деякий час (наприклад, через 6, 12, 18 місяців) для вивчення змін і допомоги зацікавленим сторонам, за необхідності, переосмислити діяльність.
 - Ключові висновки, отримані після проведення моніторингу та оцінки, треба надати всім зацікавленим сторонам, у т. ч. уряду, координаційним центрам і постраждалому населенню. Інформацію для постраждалого населення необхідно поширювати в доступній формі (наприклад, місцевою мовою й зрозуміло для населення з низьким рівнем грамотності).
 - Для сприяння осмисленню, вивченню та внесенню змін, ґрунтуючись на отриманій інформації, корисно проводити колективні обговорення в громаді, які дають можливість відсторонитись і обдумати отримані дані.

Ключові джерела

1. Action Aid International. *Participatory Vulnerability Analysis: A step-by-step guide for field staff*. <http://www.livestock-emergency.net/userfiles/file/assessment-review/ActionAid.pdf>
2. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP).

Chapter 6: 'Monitoring'; Chapter 7: 'Evaluation'. In *Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners*, pp. 193-227.

www.alnap.org/pool/files/gs_handbook.pdf

3. Bolton P. and Tang A. M. (2002). 'An alternative approach to cross-cultural function assessment'. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 37:537-43.
http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
4. Bragin M. (2005). 'The community participatory evaluation tool for psychosocial programmes: A guide to implementation'. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict* 3, 3-24.
<http://www.interventionjournal.com/content/community-participatory-evaluation-tool-psychosocial-programs-guide-implementation>
5. Cohen R. N. (2004). *Introducing Tracer Studies: Guidelines for Implementing Tracer Studies in Early Childhood Programmes* (джерело доступне англійською та іспанською мовами). Bernard van Leer Foundation.
<http://www.bibalex.org/Search4Dev/files/282753/115189.pdf>
6. International Institute for Environment and Development (IIED). *Participatory Learning and Action (PLA Notes)*.
http://www.iied.org/NR/agbioliv/pla_notes/backissues.html
(see specifically notes 31 and 42, which cover PRA monitoring and evaluations)
7. Psychosocial Working Group (2005). *Reflections on Identifying Objectives and Indicators for Psychosocial Programming*.
http://www.forcedmigration.org/psychosocial/papers/PWG_OI_pdf
8. Perez-Sales P. (2006). 'Repensar Experiencias. Evaluación de programas psicosociales y de salud mental. Metodologías y técnicas'. *Ed Popular*.
(<http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/trabajo-psicosocial-y-comunitario/herramientas-investigacion-accion-participante/240-repensar-experiencias-evaluacion-de-programas-psicosociales-y-de-salud-mental-metodologias-y-tecni/file>)
('Rethinking experiences. Assessment of mental health and psychosocial programmes. Methods and techniques', іспанською мовою.)

Приклади індикаторів процесу

- SMART-індикатори процесу й довгострокового результату розроблені спеціально для програм підтримки психічного здоров'я і психосоціального благополуччя.
- За потреби індикатори регулярно оцінюють.
- Ключові зацікавлені сторони, в т. ч. постраждале населення, беруть участь у всіх аспектах процесів МіО, а також в обговоренні результатів і наслідків.

Приклад: Республіка Ель-Сальвадор, 2001 рік

- Місцева влада разом із психосоціальною групою в громаді, що складається з представників місцевого університету та міжнародної неурядової організації, створили систему МіО в таборі для 12 000 постраждалих від землетрусу людей.
- Ця система передбачала збір якісних і кількісних даних про рівень взаємної підтримки, солідарності, безпеки, лідерства, процесів ухвалення рішень, про доступ до оновленої інформації, сприйняття влади, працевлаштування, діяльність, спрямовану на відновлення, про об'єднання громади і сприйняття майбутнього. Система складалася з базового опитувальника, дані якого надалі регулярно оновлювали (через опитування резидентів 75 випадкових наметів, яке проводили раз на 3 місяці). При кожному подібному опитуванні інформацію збирали протягом 24 годин 5 волонтерів.
- Через 3 місяці система МіО зафіксувала значний спад показників взаємної підтримки і солідарності. Було вжито необхідних заходів (таких, як розподіл наметів і приладдя для приготування їжі, групові заходи тощо). Опитування, проведене через 3 місяці, зафіксувало зростання показників більшої довіри до керівництва і процесів прийняття рішень, що свідчило про зміну тенденцій.

План дій 3.1

Застосовувати основоположні принципи прав людини під час надання підтримки з психічного здоров'я та психосоціального благополуччя

Функція: Захист та норми прав людини

Етап: Мінімальне реагування

Передумови

У більшості надзвичайних ситуацій права людини порушуються. Надзвичайні ситуації характеризуються багатьма рисами – переміщення, розділення сімей і порушення соціальних структур, відсутність гуманітарної допомоги, руйнування звичної системи цінностей, насильство, погане врядування, безконтрольність, недоступність медичного обслуговування тощо, – які за своєю суттю є порушенням прав людини. Неповага до міжнародних норм прав людини часто виступає причиною або наслідком виникнення збройних конфліктів. Порушення прав людини й погане врядування здатні також погіршити шкідливий вплив, заподіяний стихійними лихами. Групи людей, які можуть особливо постраждати у надзвичайній ситуації, визначені в [Розділі 1](#), включають також осіб, що перебувають під загрозою з політичних причин. Ці особи, ймовірно, зазнають порушення прав людини і перебувають під більшим ризиком емоційного дистресу, психосоціальних проблем і психічних розладів. У надзвичайних ситуаціях існує щільний взаємозв'язок між підтримкою психічного здоров'я, психосоціальним благополуччям та захистом і підтримкою прав людини. Просування дотримання стандартів прав людини, таких як право на освіту або охорону здоров'я, свободу від дискримінації, сприяє створенню захисного середовища та забезпеченню соціального ([див. План дій 3.2](#)) і правового захисту ([див. План дій 3.3](#)). Просування міжнародних стандартів прав людини закладає основу для відповідальності, а також стимулює впровадження заходів, що дозволяють припинити дискримінацію, погане ставлення і насильство. Вживаючи заходи, спрямовані на підтримку та захист прав людини, можна значно знизити ризики для тих, хто постраждав у надзвичайній ситуації.

Водночас, гуманітарна допомога сприяє людям реалізувати численні права і може зменшити кількість випадків порушення прав людини.

Надаючи можливим групам ризику доступ до, наприклад, тимчасового житла, води й засобів санітарії, можна збільшити їхні шанси долучитися до процесів розподілу їжі, покращити стан їхнього здоров'я і зменшити ризик дискримінації та зловживань. Надання психосоціальної підтримки, наприклад, навчання жінок і дівчат певним життєвим навичкам і матеріальна допомога, надана їм, також можуть зменшити ризик набуття ними певних навичок виживання, наприклад, проституції, яка приведе до додаткових ризиків порушення прав людини. Необхідно уникати стигматизації вразливих груп, якщо допомога спрямована тільки на них.

Оскільки просування прав людини не відокремлено від сприяння психічному здоров'ю і психосоціальному благополуччю, працівники в сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки несуть подвійну відповідальність. По-перше, як визначено в Ключових діях 1-3 далі, працівники мають забезпечити враховування підтримки прав людини в програмах психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ПЗПСП). По-друге, відповідно до Ключових дій 4-5, вони, як і всі гуманітарні працівники, незалежно від сектору, несуть відповідальність щодо підтримки прав людини і захисту людей у групах ризику від зловживань і експлуатації.

Ключові дії

- 1. Просувати дотримання міжнародних норм прав людини в усіх формах психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях**
 - Сприяти наданню всеохопних і недискримінаційних послуг; уникати направлення в заклади осіб із психічними розладами; поважати свободу думки, совісті та віросповідання під час надання допомоги в сфері ПЗПСП.
 - Допомогати тим, хто отримує підтримку психічного здоров'я і психосоціального благополуччя, розуміти свої права.
 - Завжди поважати право постраждалих на конфіденційність і поінформовану згоду, в т. ч. право на відмову від лікування.
 - Захищати постраждалих унаслідок порушення прав людини від подальшої стигматизації, залучаючи їх у ширші програми.
- 2. Впроваджувати програми з ПЗПСП, які сприяють і захищають права людини**
 - При розробленні, впровадженні й оцінці програм із ПЗПСП під час надзвичайної ситуації права людини мають бути їх невід'ємною частиною, особливо для людей із груп ризику. Варто співчутливо інтегрувати права

людини в психосоціальні програми.

- Працювати з зацікавленими сторонами на різних рівнях (сім'ї, громади, місцеві та міжнародні неурядові організації та уряд) задля забезпечення розуміння ними своїх обов'язків.
- Де це доречно, обговорювати тему прав людини як засіб мобілізації громади у відстоюванні своїх прав і як спосіб посилення соціальної допомоги (для прикладу див. с. 68).
- Аналізувати вплив програм на поточні або потенційні порушення прав людини.
- Врахувати, де необхідно, можливість надання інформації з цих програм для організацій з прав людини. Це могло би включати надання добровільних або анонімних свідчень постраждалих з метою адвокації. При цьому треба оцінити можливі ризики для бенефіціарів, місцевого та міжнародного персоналу, і дотриматися жорстких норм приватності, захисту даних, конфіденційності та поінформованої згоди.

3. Звертати увагу на права людини та їхній захист під час навчання всього відповідного персоналу

- Проводити тренінги для місцевих і міжнародних гуманітарних працівників усіх секторів, а також для персоналу медичних і соціальних служб, які працюють у структурах, що існували раніше, і для представників влади, в т. ч. поліції і військових.
- Зробити фундаментальні права постраждалого населення ключовими компонентами навчання персоналу нормам поведінки (див. [План дій 4.2](#)).
- Сприяти врахуванню психосоціального впливу порушень прав людини на постраждалих під час навчання персоналу гуманітарних організацій і державних службовців. Наголосити на необхідності використання відповідних технік опитування, які поважають постраждалих і враховують психологічний вплив події.
- Відстоювати необхідність психосоціальної підтримки для постраждалих під час спілкування з гуманітарними організаціями і надавати постраждалим інформацію щодо доступних структур допомоги.

4. Встановити – в межах контексту гуманітарних і раніше існуючих послуг – механізми моніторингу і звітності щодо зловживань і експлуатації

- Особливу увагу приділяти особам із груп ризику.
- Рекомендації див. у [Плані дій 4.2](#).

5. Просувати і надавати конкретні рекомендації державам щодо приведення відповідного національного законодавства, політик і програм у відповідність з міжнародними нормами та посилення дотримання цих стандартів державними установами (інституціями, поліцією, армією і т. д.)

Під час надзвичайної ситуації боротьбу за просування прав (адвокацію) слід починати якомога скоріше і враховувати необхідність заходів для попередження насильства і зловживань, а також забезпечити відповідальність за порушення прав. Слід просувати політики, які відстоюють право на істину, справедливість і відшкодування. Можливі сфери адвокації:

- Припинення нападів на лікарні, школи, ринки.
- Припинення дискримінації меншин.
- Припинення вербування дітей у збройні сили або угруповання.
- Звільнення дітей зі збройних угруповань і незаконного затримання.
- Попередження і реагування на сексуальне насильство (в т. ч. сексуальне рабство і торгівлю людьми).
- Сприяння гуманітарному доступу до підтримки і реабілітації.

Вирішити, як найкраще реагувати на недотримання або серйозні порушення шляхом розгляду цих питань сторонами на міжнародному рівні, в засобах масової інформації, враховуючи потенційний вплив будь-якої інтервенції з ризиками для бенефіціарів і для місцевого та міжнародного персоналу.

Ключові джерела

Відповідні інструменти із загальних прав людини

1. Детальний огляд інструментів прав людини, в т. ч. повні тексти та інформацію щодо їх статусу ратифікації, можна знайти на веб-сайті:

<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/UniversalHumanRightsInstruments.aspx>.

Веб-сайт містить:

- Міжнародний пакт про економічні, соціальні й культурні права (1966)
- Міжнародний пакт про громадянські і політичні права (1966)
- Зауваження загального порядку № 14 про Право на найвищий досяжний рівень здоров'я, прийняті Комітетом з економічних, соціальних та культурних прав у травні 2000 року (E/C.12/2000/4, CESCR від 4 липня 2000 року)
- Принципи захисту психічно хворих осіб та покращення психіатричної допомоги (1991)
- Женевську конвенцію (1949) та її додаткові протоколи (ICRC, 1977)
- Римський статут Міжнародного кримінального суду (1998)
- Конвенцію ООН про права дитини (1989) та факультативні протоколи до Конвенції (2000)
- Конвенцію ООН про статус біженців (1951)
- Конвенцію ООН про ліквідацію всіх форм расової дискримінації (1965)

- Конвенцію ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації жінок (1979) та факультативні протоколи до Конвенції (1999).

Керівництва та посібники

2. Amnesty International, International Human Rights Standards and Organizations in *Campaigning Manual*, Chapter 6, <https://www.amnesty.org/en/documents/act10/002/2001/en/> (для доступу до посібника повністю: <https://www.amnesty.org/en/documents/act10/002/2001/en/>)
3. Health and Human Rights Info. <http://www.hhri.org>
4. ОСНА (матеріал готується до публікації). *Developing a Humanitarian Advocacy Strategy and Action Plan: A Step-by-Step Manual*.
5. Slim H. and Bonwick A. (2005). *Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies*. <http://www.alnap.org/resource/5263>
6. Tearfund. *Setting the Standard: A common approach for child protection in NGOs*. <http://resourcecentre.savethechildren.se/sites/default/files/documents/1603.pdf>
7. UN Guiding Principles on Internal Displacement (1998). <http://www.unhcr.ch/html/menu2/7/b/principles.htm>
8. UNICEF and the Coalition to Stop the Use of Child Soldiers (2003). *Guide to the Optional Protocol on Children in Armed Conflict*. http://unicef.org/publications/files/option_protocol_conflict.pdf
9. UNICEF. *A Principled Approach to Humanitarian Action*, електронний курс дистанційного навчання. www.unicef.org/path

Приклади індикаторів процесу

- Програми з ПЗПСП відповідають міжнародним стандартам з прав людини й розроблені з урахуванням захисту від насильства, зловживань і експлуатації.
- У тренінгах для персоналу програм з ПЗПСП приділена належна увага правам людини.
- Встановлені відповідні механізми моніторингу та звітності щодо випадків зловживань і експлуатації мирного населення.

Приклад: Окупована палестинська територія, 2000 рік

- Агентство ООН підтримало семінари для підлітків, де вони могли обговорити свої ролі в громаді на тлі розгорнутого конфлікту, який, серед інших порушень, перешкоджав їхнім правам на освіту, здоров'я, участь і захист від насильства.
- Багато підлітків відчували безнадію, декому здавалося, що насильство було єдиним виходом, інші ж наводили докази на користь ненасильницьких способів захисту своїх прав.
- Підлітки вирішили використовувати підлітковий форум для відстоювання своїх прав під час спілкування з палестинською владою; використовувати ЗМІ для пояснення свого стану прав і поглядів щодо потрібних дій; працювати як підготовлені волонтери в закладах охорони здоров'я; проводити розважальні заходи для молодших дітей; встановити систему підтримки «рівний – рівному».
- Запропонувавши молоді конкретні варіанти участі в житті громад і відстоювання своїх прав, ці програми дали підліткам відчуття мети, згуртували їх, дали надію і можливість бути прикладами для наслідування, що заслуговують на повагу.

План дій 3.2

Визначати, контролювати, попереджувати і реагувати на загрози захисту та невідповідність нормам через програми соціальної підтримки

Функція: Захист та норми прав людини

Етап: Мінімальне реагування

Передумови

Під час надзвичайних ситуацій існує складний взаємозв'язок між загрозами захисту і психічним здоров'ям та психосоціальним благополуччям.

Постраждалі часто повідомляють, що найбільший стрес у них викликають загрози, наприклад: напади, переслідування, примусове переселення, гендерно зумовлене насильство, розлуки з членами сім'ї або викрадення родичів, злидні, експлуатація і погане ставлення. Подібні проблеми захисту призводять до страждань і можуть ускладнити відновлення соціальних зв'язків та відчуття приналежності до громади, адже обидва ці аспекти підтримують психосоціальне благополуччя особи. Надзвичайні ситуації лише підсилюють нерівність серед постраждалого населення, підсилюючи вразливість раніше маргіналізованих людей.

Без належної уваги до питань захисту, програми ПЗПСП можуть зосередитися на наслідках, не помічаючи фундаментальних і поточних причин. Таким чином, сприяння безпечному середовищу є невіддільною частиною психосоціальної підтримки. Питання з ПЗПСП можуть також підсилити загрозу захисту. Наприклад, діти, що втратили свої сім'ї і знаходяться в стані дистресу, наражаються на більші ризики через безпритульність, експлуатацію і, в деяких випадках, приєднання до збройних угруповань. Особи з тяжкими психічними розладами можуть залишитись без нагляду, наражаючи себе на небезпеку, якої більшість людей уникають.

Захист потребує як правових, так і соціальних механізмів. Правовий захист передбачає застосування міжнародних інструментів захисту прав людини (див. План дій 3.1), а також міжнародних та національних законів (див. План дій 3.3). Соціальний захист, якому присвячений цей План дій, найчастіше виявляється через активацію та посилення соціальних зв'язків і механізмів громад, які знижують ризики й задовольняють нагальні потреби. Такий захист є колективною відповідальністю держави, постраждалого

населення і гуманітарної громади (див. *Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and NGOs in Disaster Relief/Кодекс поведінки міжнародного руху Червоного Хреста та Червоного Півмісяця і неурядових організацій, що надають допомогу під час катастрофи*).

Гуманітарні працівники, незалежно від того, є вони представниками постраждалого населення, чи залучені з організацій зовні, або і те, й те, можуть багато зробити для забезпечення захисту. Основним етапом є надання допомоги в різних ключових секторах (див. *Плани дій 9.1, 10.1 і 11.1*) таким чином, щоб забезпечити підтримку вразливим людям, повернути їм гідність і допомогти відновити соціальні зв'язки. Більшість максимально ефективних систем соціального захисту постає тоді, коли місцеві люди самоорганізуються для того, щоб реагувати на загрози, які виникають, посилюючи так відчуття своїх можливостей і можливість стійких механізмів захисту. Ця робота нефахових працівників підсилюється залученням професіоналів з захисту. Наприклад, досвідчений працівник служби захисту дітей необхідний для надання допомоги дітям з особливими потребами, однак для розбудови місцевої спроможності захисту потрібні спеціалісти в цій сфері. Цей План дій призначений як для фахівців, так і для нефахівців.

Ключові дії

1. Вивчити за даними професійних оцінювань з питань захисту, коли і як збирати інформацію щодо загроз захисту

Багато заходів з оцінювання і захисту мають проводити фахівці в цій сфері, що мають технічні знання і розуміють місцевий контекст. Слід уникати залучення нефахівців до проведення оцінювання особливих питань, таких як: зґвалтування, тортури і затримання. Однак нефахівці так само можуть робити свій внесок. Освітян, приміром, необхідно інформувати про ризики захисту щодо дітей і зробити навчання безпечним. Для того, щоб досягти позитивного результату, робота нефахівців повинна ґрунтуватися на роботі кваліфікованих фахівців із захисту:

- Отримання інформації про потенційні загрози, які були визначені.
- До початку заходів із соціального захисту, обговорювати їх зі спеціалістами.
- Вивчити, які канали існують щодо звіту про питання захисту.
- Оцінювання будь-яких можливих небезпек (для респондента, інтерв'юера, фахівців, які надають допомогу, місцевого населення), що стосуються запитань. Запитати надійні джерела інформації з різних підгруп:

- Про що можна запитати не зашкодивши?
- Коли і де безпечно ставити запитання?
- Як запобігти шкоді?

Перед тим, як опитувати осіб, що пережили тортури, уточнити, чи не потягне це за собою небезпеку для інших членів їхньої сім'ї; хто може безпечно провести інтерв'ю; коли і де можна провести інтерв'ю; і до яких наслідків для тих, хто пережив тортури, це може призвести.

2. Провести мультисекторне оцінювання з залученням громад щодо загроз захисту і спроможності

- Провести ситуаційний аналіз проблем безпеки:
 - Див. [План дій 2.1](#) для рекомендацій щодо проведення оцінювання етично з залученням громади.
 - Якщо це доцільно з погляду безпеки і Ви вважаєте, що представники з числа постраждалого населення неупереджені, то їх також можна залучити до команди для подальшого навчання і підтримки.
 - Визначити, чи прийнятне обговорення чутливих питань безпеки, як індивідуально, так і в груповому форматі.
 - Визначити загрози захисту в різному середовищі (наприклад, табори, маршрути людей, коли вони набирають воду, або йдуть по дрова, майданчики для неофіційної освіти, ринки). Такі загрози можуть включати гендерно зумовлене насильство (GBV), напади на цивільних осіб, примусове переміщення, викрадення, вербування неповнолітніх, торгівлю людьми, експлуатацію, протипіхотні міни, мінні поля, загрозу зараження ВІЛ/СНІДом і відсутність належного догляду в установах. Намагатися уникати «критеріального» підходу (зі списком критеріїв), який може стати «сліпим» оцінювачем інших або нових загроз захисту.
- Уникати заподіяння шкоди, ставлячи такі запитання:
 - Які фактори викликають насильство і хто порушники?
 - Чи порушники ще не усунені й чи залякують вони місцевих людей, або тих, хто пропонує захист?
 - Чи відбулося розділення сім'ї? Чи це ще відбувається?
 - Де перебувають діти, розлучені з сім'єю, або діти без нагляду?
 - Що сталося зі людьми похилого віку/інвалідами?
 - Що сталося з тими, хто живе в установах і лікарнях?
 - Які проблеми безпеки/захисту існують тепер?
- Проаналізувати місцевий потенціал безпеки, ставлячи такі запитання:

- Як групи в громаді займалися загрозами безпеки, такими, які виникли зараз, і чим вони наразі займаються?
- Як криза вплинула на систему захисту і механізми копінгу, що функціонували раніше?
- Де перебувають ті, хто, як правило, забезпечує захист?
- Чи створюють деякі з передбачуваних захисних ресурсів, – наприклад, поліція, солдати, миротворці чи школи, – загрози безпеці?
- За можливості, зібрати дані з розбивкою за віком та статтю.
- Запровадити протоколи/рекомендації щодо поінформованої згоди, документування, збереження та обміну конфіденційною інформацією.
- Сповістити про виявлені проблеми секторні і міжсекторні групи з оцінювання, а також координаційні інститути щодо визначених проблем захисту.

3. Відновити або створити механізми соціального захисту за розбудови місцевої спроможності захисту, де необхідно

- За потреби мобілізувати людей, які мають досвід, або раніше брали участь на рівні громад в організації догляду чи безпеки. Подбати про те, щоб були представлені жінки і представники інших ключових груп ризику.
- Покращити поінформованість місцевого населення щодо надання даних про порушення захисту.
- Створити, за можливості, робочі групи з захисту (РГЗ), діяльність яких ґрунтується на існуючих ініціативах і включає різних учасників (у т. ч. представників організацій із захисту прав людини). Такі групи виступають у ролі координаційного органу щодо безпеки для гуманітарних організацій. РГЗ допомагають контролювати і реагувати на питання безпеки і можуть бути створені в селах, таборах або у ширших географічних межах. Вони мають визначену роль, наприклад, заповнення прогалин у галузі безпеки та обмін передовим досвідом.
- За необхідності, організувати проведення навчань фахівцями із безпеки задля розбудови спроможності РГЗ, включаючи в навчання матеріал щодо ризиків для людей із психічними розладами.
- Скрізь, де можливо, скоординувати РГЗ із іншими системами захисту в сусідніх областях, сформувати регіональні мережі захисту, які обмінюватимуться інформацією про загрози.
- Надати доступ до освіти як інструменту захисту (див. План дій 7.1), впевнившись при цьому, що освітяни розуміють, як проводити навчання безпечно.

4. Контролювати загрози безпеки, обмін інформацією з відповідними установами та зацікавленими сторонами

- Відстежувати загрози безпеки і зміни в їхній природі, інтенсивності, тенденціях і зосередитися на різних локаціях: таких як школи і ринки.
- За допомогою РГЗ та організацій, відповідальних за питання захисту, регулярно ділитися інформацією із зацікавленими сторонами у сфері захисту, за можливості створивши центральну базу даних, доступну різним установам, що містить дані з розбивкою за статтю та віком.
- Створити місця для обміну інформацією (див. План дій 8.1), що стосується загроз і питань безпеки, через які постраждале населення та працівники організацій можуть надавати інформацію, запобігаючи таким чином поширенню чуток.
- Захищати конфіденційність і обмін інформацією відповідно до рекомендацій РГЗ.

5. Реагувати на загрози захисту за рахунок дій, визначених громадою

- Переконатися в тому, що інтервенції виконуються з урахуванням консультацій і, за можливості, за участі постраждалих громад.
- Вчитися і спиратися на успішні дії на рівні громади з реагування на загрози і, за можливості, поширювати ті, які громада (і відповідний сегмент громади) створила для власного захисту з реагування і розбудови своєї діяльності.
- Організувати відповідну систему реагування у галузі соціального захисту, наприклад:
 - Організація безпечних просторів (див. План дій 5.1), де діти можуть погратися, а дорослі зустрітися, щоб обговорити заходи щодо посилення захисту і благополуччя.
 - Створення систем для визначення, документування, відстеження, воз'єднання і тимчасового догляду за дітьми, що розлучені з сім'ями (див. у Ключових джерелах далі: *Inter-Agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children*).
 - Надання невідкладної допомоги в безпечних місцях, центрах або спеціально відведених місцях для надзвичайно вразливих осіб/сімей.
 - Відновлення місцевих процесів вирішення конфліктів.
 - Активація локальних процесів допомоги людям, які зазнають найбільшого ризику (див. План дій 5.2).
 - Надання малих грантів, де це доречно, для послаблення економічних загроз благополуччю.

- Підтримка місцевих заходів, спрямованих на зниження ризиків, пов'язаних із протипіхотними мінами, боєприпасами і відкритими свердловинами.
 - Запобігання викраденню дітей-сиріт, молодих самотніх жінок або інших осіб із груп ризику.
 - Організувати підтримку жертвам насильства, які перебувають у стані важкого психологічного дистресу (див. Плани дій 5.2 та 6.1).
 - Уникати виокремлення або орієнтованості на конкретні підгрупи для надання допомоги, якщо це не має вирішального значення для запобігання подальшій шкоді. Інтегрована підтримка допомагає зменшити дискримінацію і може налагодити соціальні зв'язки. Розглянути, наприклад, поділ на жіночі групи, а не групи для жінок, які зазнали зґвалтування.
 - Інтегрувати захист у всі сектори гуманітарної допомоги, у т. ч.:
 - Моніторинг після розподілу продовольчої допомоги, щоб упевнитися, що її отримали діти та інші особи, які її потребують.
 - Моніторинг програми житла, щоб переконатися, що всі, хто потребує спеціальної допомоги, мають адекватне житло (притулок).
 - Забезпечення належних санітарних умов поблизу житлових приміщень, де має бути добре освітлення і безпечний доступ для жінок і дітей.
 - Розроблення стратегії щодо міжсекторної стратегії щодо гендерно зумовленого насильства, де це необхідно.
- 6. Запобігати загрозам захисту через поєднання реалізації програми і адвокації**
- Вимагати дотримання кодексів поведінки працівниками гуманітарної сфери, які займаються захистом дітей, і попереджувати сексуальну експлуатацію та насильство (див. План дій 4.2).
 - Розробити стратегії адвокації спільно з місцевим населенням і відповідними координаційними групами, розглядаючи ключові питання, такі як:
 - Заходи щодо захисту фізичної безпеки та безпеки місцевого населення.
 - Необхідність гнучкого, довготермінового фінансування задля реагування на комплексні загрози і їх зміни.
 - Відповідні умови догляду за дітьми в сиротинцях і установах.
 - Визначити процедури, що стосуються доступу ЗМІ до групи ризику, зважаючи на те, що увага засобів масової інформації може призвести до: (а) помсти колишнім дітям-солдатам або тим, хто піддавалися зґвалтуванню; (б) дистресу, пов'язаного із порушеннями конфіденційності, численними інтерв'ю або невідповідними запитаннями; і (с) стигматизація через відмінності.

- Надавати інформацію відповідним чином, зрозумілим для людей, що дає можливість ухвалювати обдумані рішення щодо ключових питань захисту (див. План дій 8.1).

Ключові джерела

1. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2005). *Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies*. www.odi.org.uk/alnap/publications/protection/index.htm
2. IASC (2002). *Growing the Sheltering Tree: Protecting Rights Through Humanitarian Action*. http://www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/IASC_Growing_Sheltering_Tree_2002_EN.pdf
3. IASC (2005). *Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings*. Geneva: IASC. <http://www.unhcr.org/453492294.pdf>
4. IASC (2006). *Protecting Persons Affected by Natural Disasters: IASC Operational Guidelines on Human Rights and Natural Disasters*. https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/06/11_natural_disasters.pdf
5. ICRC, IRC, Save the Children UK, UNICEF, UNHCR and World Vision (2004). *Inter-Agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children*. Save the Children UK. https://www.unicef.org/protection/IAG_UASCs.pdf
6. IFRC and ICRC (1994). *The Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and Non-Governmental Organizations (NGOs) in Disaster Relief*. www.ifrc.org/publicat/conduct/index.asp
7. InterAction (2004). *Making protection a Priority: Integrating Protection and Humanitarian Assistance*. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/D791C423C8DA70E2C1256E89004B3AFB-2835_Protection_priority.pdf
8. OCHA (матеріал готується до публікації). *Developing a Humanitarian Advocacy Strategy and Action Plan: A Step-by-Step Manual*.
9. UNHCR. *Operational Protection in Camps and Settlements: A reference guide of good practices in the protection of refugees and other persons of concern*. <http://www.unhcr.org/en-us/publications/legal/448d6c122/operational-protection-camps-settlements-reference-guide-good-practices.html>
10. UNICEF. *Ethical Guidelines for Journalists*. www.unicef.org/ceecis/media_1482.html.

Приклади індикаторів процесу

- Працівники гуманітарної сфери знають, що вони зобов'язані повідомити про порушення і знають як це робити.
- У таборах, селах і районах поселення є місцева група захисту або система моніторингу захисту, звітності й дій.
- Вжиті заходи для захисту найвразливіших груп людей, у т. ч. людей із хронічними психічними розладами.

Приклад: Сьєрра-Леоне, 2002 рік

- Після десятиліття громадянської війни дівчата, яких викрали й сексуально експлуатували озброєні групи, повернувшись до сіл, часто зазнають стигматизації, домагань і нападів.
- Міжнародна неурядова організація налагодила діалог усередині громади, щоб допомогти місцевим жителям зрозуміти, що дівчата були змушені до такої негарної поведінки і самі серйозно постраждали під час війни.
- Жителі місцевих сіл організували Комітети благополуччя дівчат; ці Комітети визначали і накладали штрафи за домагання й погане ставлення до дівчат.
- Після запровадження цієї системи захисту різко знизилася кількість порушення прав дівчат і підтримується їхня реінтеграція в цивільне життя.

План дій 3.3

Визначати, контролювати, попереджувати і реагувати на загрози захисту та зловживання шляхом механізму юридичного захисту

Функція: Захист та норми прав людини

Етап: Мінімальне реагування

Передумови

Порушення законодавчої системи і порядку, які відбуваються у багатьох надзвичайних ситуаціях, збільшує вразливість людей до порушень їхніх прав і запобіжників, гарантованих міжнародних та національних правових систем. Під час збройних конфліктів, де порушення прав людини часто доволі поширені й безкарні, люди можуть бути занадто наляканими, щоб повідомляти про злочини, або боятися помсти, якщо вони все-таки повідомляють про події. Ці умови позбавляють людей почуття гідності та поваги, а також почуття контролю над своїм життям і середовищем. Тому правовий захист має важливе значення у зміцненні психічного здоров'я та психосоціального благополуччя.

Правовий захист стосується запровадження міжнародних законів і законів з прав людини, які визначають права, загальні для всіх людей, і особливі заходи захисту для груп ризику (див. Розділ 1). Згідно з міжнародним правом, держави несуть основну відповідальність за захист людей на своїй території. Національні законодавчі акти й звичаєві закони слугують основою для правового захисту тільки у тому разі, якщо вони узгоджуються з міжнародними правовими стандартами. Якщо захист у межах національного законодавства слабкий або неможливий, треба докласти зусиль для забезпечення правового захисту відповідно до встановлених міжнародних стандартів, визнаючи, що це мінімальні застосовні стандарти, яких міжнародне співтовариство має дотримуватися у разі надзвичайної ситуації. Заходи правового захисту необхідно втілювати на ранніх етапах надзвичайної ситуації, і ті, хто в цьому бере участь, мають розуміти, що така робота може потребувати ретельного зважування відповідних ризиків і вигод.

Безпека, гідність і мораль є фундаментальними концепціями, як для міжнародного права в галузі гуманітарного права/прав людини, так і для психосоціального підходу до гуманітарної діяльності. Правовий захист сприяє покращенню психічного здоров'я та психосоціального благополуччя завдяки

захисту людей від шкоди, сприянню у формуванні почуття власної гідності, самоповаги й безпеки, а також веде до зміцнення соціальної відповідальності та відповідальності за вчинки. Проте зусилля правового захисту можуть заподіяти шкоду, якщо не враховують психосоціальні аспекти. Жертви злочинів, наприклад, тортур або зґвалтувань, часто відчують провину або стигматизацію в результаті судового розгляду. Важливо здійснювати правовий захист так, щоб він сприяв психосоціальному благополуччю.

Для забезпечення правового захисту треба налагодити співпрацю на місцевому, національному, регіональному та міжнародному рівнях. При такому партнерському підході багато різних суб'єктів відіграють визначальну роль. Хоча правовим захистом займаються здебільшого фахівці, однак всі особи, що беруть участь у гуманітарній допомозі, відповідальні за підтримку і належний правовий захист.

Ключові дії

- 1. Визначити основні загрози захисту й стан системи діючих захисних механізмів, особливо для людей, що перебувають у зоні підвищеного ризику**
 - Провести оцінювання з залученням громад (див. План дій 2.1) із людьми, що перебувають у зоні підвищеного ризику (див. Розділ 1), задля визначення: основних загроз захисту; навичок людей і їхню здатність запобігати і реагувати на ризики; чи доступні місцеві механізми захисту, і наскільки добре чи погано вони захищають різні групи; а також, яку додаткову підтримку треба надати (див. також План дій 3.2).
 - Розглянути потенційну шкоду від таких оцінювань для населення на основі аналізу потенційних ризиків та вигод.
- 2. Покращити інформованість постраждалих щодо їхніх законних прав та здатність відстоювати ці права безпечним способом, застосовуючи культурно відповідні методи комунікацій (див. План дій 8.1)**

Дії можуть включати:

- Роботу з лідерами громад та відповідними місцевими органами влади (наприклад, юристами, керівниками таборів, поліцією тощо) задля мобілізації й ознайомлення членів громади щодо їхніх законних прав, а також відстоювання цих прав у безпечний спосіб. До пріоритетних питань належать: права доступу до гуманітарної допомоги, особливий захист в групі ризику, механізми звітності та їхні потенційні ризики тощо.
- Дії можуть охоплювати:

- Організацію групових діалогів у соціально прийнятний спосіб (тобто з урахуванням віку та гендерних ролей і з відповідними засобами комунікації) з метою обговорення прав.
 - Надання інформації з урахуванням вікових та гендерних особливостей у громадських місцях, наприклад, у місцях розподілу їжі, пунктах допомоги, школах тощо.
- Сприяння використанню правових механізмів для забезпечення доступу до гуманітарних послуг і товарів, забезпечивши наявність систем подання скарг про порушення прав на вільний і безпечний доступ до послуг і товарів.

3. Підтримувати механізми моніторингу, звітності і реагування на порушення правових норм

- Визначити, коли і як доцільно повідомляти про порушення. Визнати, що в деяких ситуаціях офіційні інститути, такі як поліція, є прийнятними органами для повідомлення про порушення, тоді як у інших ситуаціях, повідомлення поліції може створювати ризик шкоди.
- Гуманітарні організації мають повідомляти про недотримання прав, таких як доступ до гуманітарної допомоги, у відповідний орган (наприклад, у Комісію з прав людини або у Кластер захисту) і звертатися до них за підтримкою у визначенні відповідних дій.
- Під час обміну інформацією має дотримуватися конфіденційність і мають мінімізуватися ризики помсти або стигматизації.
- Доцільно використовувати національні та/або міжнародні механізми (наприклад, використання Резолюції ради безпеки 1612 щодо дітей, які постраждали внаслідок збройного конфлікту, може бути доцільним).

4. Сприяти дотриманню норм міжнародного права, а також національних і звичаєвих законів, що відповідають міжнародним стандартам

Дії можуть передбачати:

- Виявлення та поширення інформації про національні та міжнародні правові межі (див. План дій 4.2), які захищають людей під час ризиків.
- Участь у підтримці або в просвітницьких кампаніях з метою покласти край конкретним зловживанням, таким як незаконні затримання, виселення, гендерно зумовлене насильство або вербування дітей.
- Проведення орієнтації для національних і місцевих правових структур з надання відповідного правового захисту за рахунок підсилення спроможності, наприклад, поліції, судового та військового персоналу.

- Забезпечення правової адвокації проти загальновідомих невідповідних методів реагування на надзвичайні ситуації, які можуть погіршити соціальне життя постраждалого населення, наприклад, з такими як усиновлення в надзвичайних ситуаціях, передача вразливих осіб до інституцій, торгівля жінками та дітьми.

5. Надати правовий захист так, щоб він сприяв психосоціальному благополуччю, гідності та повазі

Важливі кроки передбачають:

- Допомогу постраждалим, які хочуть повідомляти про порушення, і тим, хто шукає захисту або відшкодування, у повному розумінні наслідків своїх дій і того, що вони здійснюються з поінформованої згоди.
- Недопущення маргіналізації в результаті підвищеної уваги до постраждалих, особливо, якщо їхній досвід, очевидно, стане причиною соціальної стигми.
- Виявлення та підтримку механізмів, які можуть покласти край безкарності й притягнути винних до відповідальності за їхні дії. Це передбачає визнання того, що каральна справедливість не завжди дозволяє зцілити громаду або зміцнити підтримку відновлювальних систем правосуддя в громаді, які узгоджуються з міжнародними правовими нормами і, можливо, ведуть до прощення і примирення (наприклад, до безпечного звільнення дитини й інших вразливих учасників бойових дій, віднаходження і возз'єднання сімей, стануть першим кроком, що сприятиме процесу реінтеграції).
- Орієнтування на тих, хто працює в межах правової системи, наприклад, на адвокатів, суддів, помічників юристів і судових адвокатів, і на те, як їхня робота впливає на психосоціальне благополуччя. Ключові сфери можуть передбачати:
 - Потенційні позитивні й негативні впливи на психосоціальне благополуччя, які судові розгляди можуть мати на постраждалих, підкреслюючи підходи, які сприяють безпеці, гідності та моралі.
 - Чутливі й відповідні методи для опитування свідків і жертв з урахуванням віку, статі й психосоціального впливу їхнього досвіду.
 - Важливість конфіденційності в захисті безпеки та благополуччя постраждалих (тобто зберігання і управління інформацією, закриті судові засідання тощо).
 - Значення ключових питань юридичного захисту для психосоціального благополуччя різних груп. Теми можуть охоплювати:

- ▷ Юридичні процеси для визначення долі зниклих осіб, які матимуть особливе значення для подальших процедур висловлення горя.
 - ▷ Забезпечити дотримання процесів звичаєвого права щодо відповідальності, оскільки вони можуть мати велике значення для сприйняття громадою дітей, яких завербували збройні сили.
 - ▷ Успадкування та земельні права, які надають необхідну економічну підтримку вдовам і дітям, що сприяє самодостатності й стійкості.
 - ▷ Перенаправлення людей із тяжкими психічними розладами від правової допомоги до відповідних соціальних і медичних служб.
- Проведення правозахисної діяльності (адвокації) з урахуванням конфіденційності, гідності й моралі, що дозволяло би уникнути подальшого дистресу. Публічне розкриття особистостей постраждалих задля інформування щодо гуманітарних дій може бути принизливим. Уникати зображень, які передають надмірні й очевидні страждання, або які підсилюють відчуття віктимізації постраждалими (див. План дій 8.1).

6. Забезпечити психосоціальну підтримку та правовий захист у комплементарній манері

Корисними діями є:

- Визначити відповідні психосоціальні види підтримки для свідків і людей, які бажають повідомити про порушення або звернутися за відшкодуванням.
- Провести орієнтацію для працівників соціальної сфери про те, як допомогти постраждалим у судовому та в супутніх процесах (тобто медичні огляди, ексгумації, ідентифікації загиблих тощо).
- Створити групи підтримки й обдумати варіанти з догляду за дітьми свідків, звинувачених та інших осіб, що беруть участь у судових процесах.
- Визначити, як перенаправити постраждалого в спеціалізовані установи, де надають послуги з охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, якщо це необхідно.
- Визнати потребу правового захисту для осіб, які приймають психосоціальні й психіатричні медичні послуги. Наприклад, люди, що пережили сексуальне насильство, часто отримують медичну й психосоціальну підтримку, але можуть, як і раніше, перебувати в небезпеці або бути не в змозі повністю відновитися, знаючи, що злочинець не буде покараний.
- Включати суттєву інформацію щодо правового захисту в заходи з орієнтації і навчання з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки

(див. План дій 4.1), допомагаючи працівникам зрозуміти, що робити або не робити, взаємодіючи з людьми, які потребують правового захисту, і в т. ч. відповідного перенаправлення.

Ключові джерела

Рекомендації та довідники

1. ActionAid (2001). *Learning About Rights – Module three: law and rights in the emergencies*.
<http://www.reliefweb.int/library/actionaid-rights-2001.htm>
2. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2005). *Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Emergencies*.
www.odi.org.uk/alnap/publications/protection/index.htm
3. IRIN (2006). *Justice for a Lawless World: Rights and Reconciliation in a New Era of International Law* (Частина I та II).
Для Частини I: <http://reliefweb.int/report/world/justice-lawless-world-rights-and-reconciliation-new-era-international-law-part-1>
Для Частини II: <http://reliefweb.int/report/world/justice-lawless-world-rights-and-reconciliation-new-era-international-law-part-2>
4. Keeping Children Safe (2006). 'Setting the international standards for child protection'.
<http://www.keepingchildrensafe.org.uk/>
5. UNICEF (2003). *Technical Notes: Special Considerations for Programming in Unstable Situations*.
http://www.unicef.org/protection/files/Tech_Notes_chap_14_Psychosocial_Dev.pdf

Групи з моніторингу прав людини і дій

Amnesty International

<http://www.amnesty.org>

Human Rights Watch

<http://www.hrw.org>

Inter-American Commission on Human Rights

<http://www.cidh.org/DefaultE.html>

Ключові міжнародні правові інструменти

Перелік міжнародних правових інструментів наведений у [Плані дій 3.1](#)

Приклади індикаторів процесу

- Основні прогалини правового захисту визначені, а Плани дій розроблені задля їх усунення.
- Орієнтаційні семінари і навчання з психосоціальної підтримки і психічного здоров'я для працівників правового захисту містять інформацію про правовий захист і психосоціальне благополуччя, а також про взаємозв'язок між ними.

- Постраждали від порушень прав людини отримали додаткову підтримку від юридичних працівників і від фахівців з надання допомоги з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки.

Приклад: Демократична Республіка Конго

- У Північній і Південній провінції Ківу сексуальне насильство все ще значно поширене, і від постраждалих часто відмовляються їхні сім'ї і громада.
- Міжнародні та місцеві неурядові організації, що пропонують психосоціальну допомогу постраждалим, тісно співпрацюють із правозахисними організаціями, обмінюються даними про види і кількість випадків, а також інформують громади щодо психологічного впливу сексуального насильства, прав жінок і необхідності відповідальності при зґвалтуванні.
- Постраждалих і громади заохочують до повідомлення про такі випадки у безпечній і відповідній манері, а працівники психосоціальної сфери гарантують конфіденційність і необхідність поінформованої згоди, причому опитування відбувається у співчутливий спосіб.
- На національному рівні організації спільно просувають зміни законодавства щодо сексуального насильства, а також для забезпечення кращого захисту постраждалим.

План дій 4.1

Визначати і наймати персонал та залучати волонтерів, які розуміють місцеву культуру

Функція: Людські ресурси

Етап: Мінімальне реагування

Передумови

Міжнародний персонал та волонтери можуть мати інше географічне, економічне й культурне походження, ніж постраждале населення в країні, що їх приймає, а також можуть мати різні погляди й цінності. Однак вони мають бути спроможними поважати місцеву культуру й цінності, а також пристосувати свої вміння до місцевих умов. Стан дистресу в потерпілого населення може посилитися через велику кількість гуманітарних працівників, якщо вони технічно некомпетентні або ж нездатні справлятися з можливим стресом у наданні допомоги в умовах надзвичайної ситуації. Місцевий персонал та волонтери можуть бути добре знайомі з місцевими культурами та традиціями, але все ж можуть існувати великі соціально-культурні відмінності, наприклад, між міським і сільським населенням та між етнічними групами.

Кодекс кращої практики у сфері управління та підтримки гуманітарного персоналу, створений міжнародною організацією *People in Aid*, надає загальні керівні принципи з управління та підтримки персоналу, який працює в гуманітарних організаціях та організаціях з питань розвитку. Як описано в Кодексі кращої практики, мета набору працівників полягає в підборі потрібних людей (персоналу та волонтерів) на відповідне місце у потрібний час. У більшості надзвичайних ситуацій це стає величезною проблемою, і конкуренція за кращих працівників є звичним явищем. Основні заходи, описані нижче, дають особливі вказівки щодо найму працівників для захисту й підтримки психічного здоров'я і благополуччя постраждалих під час кризової ситуації.

Ключові дії

1. Призначити компетентний персонал, який відповідатиме за прийняття на роботу

Такий персонал має:

- пройти навчання з управління людськими ресурсами (згідно з *Кодексом кращої практики міжнародної організації People in Aid*);

- бути обізнаним щодо можливих стресів, пов'язаних із наданням гуманітарної допомоги, політиками та практиками, необхідними для зменшення рівня таких стресів (див. План дій 4.4.);
- розуміти мінімальні вимоги щодо загального та психічного здоров'я, а також вимоги до завдань із високим ризиком і стресом (на основі досвіду організації та інших подібних установ);
- залежно від ситуації, бути обізнаним щодо потенційного конфлікту, який базується на етнічній, расовій чи національній приналежності.

2. Застосовувати принципи приймання на роботу та відбору. Процес відбору повинен бути справедливим, прозорим і послідовним для забезпечення найму відповідного і компетентного персоналу

- Дотримуватися письмових процедур прийому на роботу, які детально описують, як проводити відбір і приймання на роботу.
- Прагнути залучати якомога більше відповідних та кваліфікованих кандидатів.
- Зменшувати витік кадрів із місцевих організацій до міжнародних. Міжнародним організаціям потрібно: (а) співпрацювати з місцевими організаціями у здійсненні основних завдань із надання допомоги, знижуючи необхідність найму великої кількості працівників міжнародних організацій, та (б) уникати пропозицій дуже високої заробітної плати, яка вилучить місцевих працівників із організацій, що вже працюють у цій сфері.
- Вести відповідну документацію і повідомляти кандидатів про те, пройшли їхні кандидатури відбір, чи ні. За вимогою кандидата має бути наданий зворотний зв'язок.

3. Збалансовувати кількість чоловіків і жінок у процесі приймання на роботу і включати представників основних культурних та етнічних груп

Програми з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ПЗПСП) потребують внеску та участі громади. Жінки і чоловіки в громаді часто мають різні потреби. Щоб оцінити ці відмінності, чоловіків і жінок, зазвичай, мають розділено опитувати працівники чоловічої і жіночої статі. Це дозволяє обговорити гендерні та особисті проблеми більш відкрито. Так само наймання представників ключових культурних і етнічних груп сприяє внеску та участі цих груп.

4. Встановити терміни та умови волонтерської роботи

Організації, що залучають волонтерів до надання психосоціальної підтримки,

мають чітко пояснити їхні очікування від ролей волонтерів у діяльності. Подібним чином вони мають сформувавши для волонтерів чітку політику з компенсації, прав, навчання, контролю і управління. За можливості, волонтерів мають наймати та підтримувати організації, які мають досвід управління волонтерами.

5. Перевіряти рекомендації і кваліфікації, наймаючи місцевих та міжнародних працівників, у т. ч. тимчасових консультантів, перекладачів, інтернів та волонтерів

- Контактувати з тими, хто надав рекомендацію, для того, щоб визначити/ перевірити:
 - сильні й слабкі сторони кандидатів;
 - здатність кандидата справлятися з ситуаціями із високим рівнем стресу;
 - наскільки чесні та об'єктивні дані надав кандидат про себе;
 - здатність кандидата адаптуватися і поважати місцеву культуру;
 - чи у кандидата не було випадків жорстокого поводження з дітьми (особливо актуально під час прийому на роботу, яка передбачає контакт із дітьми).
- Наймаючи професіоналів, перевіряти офіційне підтвердження кваліфікації (за доцільності, доказ завершення професійної підготовки, членство у професійній організації).
- Якщо дозволяє час, перевірити, чи є у кандидата судимості. Врахувати наступне:
 - у разі політичних репресій документи особи можуть містити запис про те, що вона була заарештована без вчинення будь-якого злочину;
 - не наймати на роботу людей, які коли-небудь були засуджені за будь-який із видів насильства. Виняток можна допустити для колишніх солдатів з метою сприяння їхній реінтеграції в суспільство.

6. Прагнути наймати працівників, у яких є знання і розуміння місцевої культури та відповідних способів поведінки

Клінічні або будь-які інші міжособистісні завдання психосоціальної підтримки треба вирішити головним чином із місцевим персоналом, який розмовляє місцевою мовою і глибоко розуміє соціокультурне реагування на надзвичайну ситуацію.

7. Ретельно оцінювати пропозиції допомоги від окремих іноземних фахівців (які не є членами організацій) у сфері психічного здоров'я

Іноземних фахівців, що працюють у сфері психічного здоров'я (які не є членами організацій), але діють з краших намірів треба переконати відмовитися від поїздок у регіони, охоплені катастрофою, якщо ці фахівці не відповідають таким критеріям:

- вони раніше працювали в умовах надзвичайної ситуації;
- вони раніше працювали за межами свого соціокультурного середовища;
- вони мають базову компетенцію у проведенні певних інтервенцій, описаних у цьому Керівництві;
- вони розуміють психологію громади або принципи охорони громадського здоров'я;
- вони мають письмове запрошення від національної чи міжнародної організації на роботу до країни;
- їх запросили на роботу як представників організації, яка, очевидно, зможе зберегти стійку присутність громади на території, охопленій надзвичайною ситуацією;
- вони не зосереджують роботу на здійсненні інтервенцій своїми силами (наприклад, клінічна практика), а радше надають підтримку діяльності програм на загальному рівні, в т. ч. шляхом забезпечення місцевого персоналу відповідними навичками здійснення інтервенцій та надання підтримки самими місцевими працівниками.

Ключові джерела

1. Antares Foundation (2005). *Managing Stress in Humanitarian Workers: Guidelines for Good Practice*. <https://www.antaresfoundation.org/guidelines#.WD2rkWdSOUk>
2. IASC (2005). *Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings*. Action Sheet 4.1: Recruit staff in a manner that will discourage sexual exploitation and abuse, pp.50-52. Geneva: IASC. <http://www.unhcr.org/453492294.pdf>
3. IFRC (1999). *Volunteering Policy: Implementation Guide*. Geneva: IFRC. http://www.ifrc.org/cgi/pdf_pubsvol.pl?volpol_impl.pdf
4. Oxfam (2004). *Recruitment in Humanitarian Work*. http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/gender/links/0404humanitarian.htm
5. People in Aid (2003). *Code of Good Practice in the Management and Support of Aid Personnel*. <https://cms.emergency.unhcr.org/documents/11982/45255/People+in+Aid%2C+Code+of+good+practice+in+management+and+support+of+aid+personnel%2C+2003/7bfae9ed-1f75-4bbf-92a3-9aebf0f02375>

Приклади індикаторів процесу

- Організації впроваджують письмову політику з управління людськими ресурсами, яка визначає кроки, що стосуються процедур приймання на роботу та умов трудового договору.
- Організації досягнули збалансованого набору щодо співвідношення кількості чоловіків/жінок і представників меншин.
- Організації відхиляють пропозиції допомоги від іноземних фахівців у сфері психічного здоров'я, яка не відповідає критеріям, що наведені вище.
- Клінічні або інші міжособистісні завдання з психосоціальної підтримки здійснюють передовсім місцеві працівники, які знайомі з місцевою культурою.

Приклад: Шрі-Ланка, 2005 рік

- Після цунамі в грудні 2004 року національні Товариства Червоного Хреста та Червоного Півмісяця з багатьох країн працювали зі шрі-ланкійським Товариством Червоного Хреста, де широко залучали місцевих волонтерів.
- Національні Товариства Червоного Хреста/Червоного Півмісяця за співпраці розробили спільну схему надання психосоціальної підтримки для Червоного Хреста на Шрі-Ланці.
- Усі компетентні працівники та волонтери, залучені до роботи, навчалися за однаковими принципами, в т. ч. пройшли тренінг з питань роботи з культурними ресурсами для забезпечення підтримки громади. Оскільки ресурси були закладені в найм і навчання працівників та волонтерів, нині в країні панує чіткіше розуміння позитивних ефектів психосоціальної роботи на основі громади.

План дій 4.2

Впроваджувати кодекс поведінки та етичні норми для персоналу

Функція: Людські ресурси

Етап: Мінімальне реагування

Передумови

Під час надзвичайних ситуацій велика кількість людей покладається на діячів гуманітарної сфери, щоб задовольнити базові потреби. Ця впевненість, разом із порушеними чи зруйнованими системами захисту (наприклад, сімейними зв'язками), спричиняє нерівні у своїй основі стосунки між тими, хто надає послуги, і тими, хто їх отримує. Отож ймовірність зловживань та експлуатації постраждалого населення є доволі високою; водночас, можливості виявлення і повідомлення про таке зловживання мають тенденцію зменшуватися. Гуманітарні організації мають чітко усвідомлювати, враховувати й реагувати на ймовірність заподіяння шкоди з боку працівників гуманітарної сфери через зловживання владою або через ненавмисні наслідки інтервенції.

Для того, щоб зменшити шкоду, працівники гуманітарних організацій мають дотримуватися узгоджених стандартів поведінки працівників, особливо бюлетеня *Генерального секретаря про спеціальні заходи щодо захисту від сексуальної експлуатації та сексуального насильства*. Цей бюлетень застосовується для всіх працівників ООН, у т. ч. окремо керованих органів і програм, працівників миротворчих програм і персоналу всіх організацій-учасників договорів про співпрацю з ООН. Донори щоразу частіше вимагають від організацій із надання допомоги забезпечувати виконання цих вимог.

Окрім того, *Кодекс поведінки для Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця*, а також неурядових організацій, що надають допомогу у надзвичайних ситуаціях, викладає підходи і стандарти поведінки, які сприяють незалежності, ефективності та результативності і яких прагнуть гуманітарні неурядові організації та Міжнародний рух Червоного Хреста і Червоного Півмісяця. На 2007 рік цей Кодекс поведінки був погоджений 405 організаціями.

Ширші питання етичних норм, що регулюють поведінку, якої очікують від працівників, потрібно погодити та впроваджувати сектор за сектором. У всіх видах інтервенцій, де є ймовірність завдання ненавмисної, але все ж

реальної шкоди, наслідки треба розглядати й брати до уваги від самого початку. Критичним прикладом є збір даних, який є необхідний для формування і розвитку ефективних послуг, але також потребує ретельного зважування вигод і ризиків для окремих осіб і громад. Розгляд того, як діяти, щоб не завищити очікування, як звести до мінімуму шкоду, як отримати поінформовану згоду, як опрацьовувати і зберігати конфіденційні дані, а також, як забезпечити додаткові гарантії під час роботи з людьми, які перебувають у групі ризику (наприклад, діти і молодь), є основним (суттєвим) першочерговим кроком для будь-якого роду оцінки, моніторингу та дослідження.

Існування кодексу поведінки та узгоджених етичних стандартів саме собою не запобігає випадкам насильства та експлуатації. Підзвітність вимагає, щоб усі працівники і громади були проінформовані про стандарти й щоб вони розуміли їхню значущість і застосування. Треба запровадити організаційну культуру, яка підтримуватиме й захищатиме працівників, що повідомляють про порушення або зловживання, і механізми подачі скарг, які доступні і яким довіряють люди, в т. ч. ті, що найбільш відсторонені й/або найбільш вразливі (і, таким чином, часто перебувають у групі ризику нараження на жорстоке поводження), та надають можливість подавати скарги конфіденційно.

Також треба сформувати процедури розслідування і залучити найнятий персонал, який навчали вести розслідування у толерантний, проте суворий (ретельний) спосіб. Крім того, мають бути впроваджені системи, через які можна отримати пораду, коли судові позови є безпечні й доцільні, і які підтримують людей, що подають до суду позови проти ймовірних порушників. На кожному етапі системи мають брати до уваги безпеку й необхідність захисту кожного, кого це стосується в подібних випадках: жертв, позивачів, свідків, слідчих і об'єкту (-ів) скарг, підозрюваного (-их) порушника (-ів).

Ключові дії

- 1. Створити в кожній організації кодекс поведінки, який утілює широке визнання стандартів поведінки для працівників гуманітарної сфери**
 - 2. Інформувати й регулярно нагадувати всім працівникам гуманітарної сфери, діючим і щойно найнятим, про погоджені мінімальні стандарти та вимоги поведінки, засновані на чіткому кодексі поведінки та етичних принципах**
- Це стосується всіх працівників, міжнародного і національного персоналу, волонтерів і консультантів, а також осіб із числа постраждалого населення,

яких прийняли на роботу. Інформування працівників про їхні обов'язки не має відбуватися лише у письмовій формі, а також шляхом усного діалогу, що забезпечує розуміння і дозволяє працівникам ставити запитання.

3. Створити узгоджений міжвідомчий механізм (наприклад, мережу контактних центрів, запропоновану Генеральним секретарем Організації Об'єднаних Націй), який забезпечує дотримання норм поведінки

Цей механізм має:

- сприяти обміну інформацією і отриманим досвідом для покращення функціонування окремих систем;
- спільно поширювати інформацію про кодекси поведінки для громад;
- координувати інші заходи, у т. ч. навчання (тренінги) для персоналу, механізми моніторингу, процедури розслідування тощо, щоб попереджувати й реагувати на випадки сексуальної експлуатації та насильства;
- встановити системи, що реагують належним чином, коли заява про порушення поведінки стосується персоналу з багатьох різних організацій, або де особу і/або організацію неможливо негайно виявити.

4. Створити доступні, безпечні й надійні механізми подання скарг, які:

- демонструють прихильність до конфіденційності;
- толерантні щодо статі, віку й культури;
- розглядають безпеку й благополуччя постраждалих як першочергову мотивацію;
- перенаправляють жертву/постраждалого для отримання відповідних, конфіденційних послуг, у т. ч. медичних та юридичних послуг, а також психосоціальної підтримки;
- зберігають конфіденційність осіб, що подали скаргу.

5. Повідомити громадам про стандарти й етичні керівництва, а також про те, як і кому вони можуть конфіденційно повідомити про проблему

6. Впевнитися, що всі працівники розуміють, що вони мають повідомляти про всі проблеми, щойно вони виникають. Обов'язок працівників полягає в тому, щоб повідомити про можливі порушення, а не вести розслідування

7. Використовувати протоколи розслідування, які відповідають узгодженим стандартам, таким як Типові скарги і процедури розслідування МПК (див. Ключові джерела)

8. **Вживати відповідні дисциплінарні заходи щодо персоналу в разі підтвердження порушень норм поведінки або етичних рекомендацій (керівництв)**
9. **Створити узгоджене реагування у випадках, коли заявлена поведінка є кримінальним правопорушенням у країні, що приймає, або в рідній країні підозрюваного порушника**

Як мінімум, це вимагає, аби не було вжито жодних адміністративних заходів, які можуть завадити виконанню процесуальних дій, окрім тих випадків, у яких неможливі справедливі або гуманні процесуальні дії.

10. **Зберігати письмові записи про працівників, яких спіймали на порушенні кодексу поведінки, щоб збільшити ефективність подальших перевірок перенаправлення/приймання на роботу**

Ключові джерела

1. Horizons, Population Council, Impact, Family Health International (2005). *Ethical Approaches to Gathering Information from Children and Adolescents in International Settings*.
www.popcouncil.org/pdfs/horizons/childrenethics.pdf
2. IASC (2004). Model Complaints Referral Form (Sexual Exploitation and Abuse).
https://www.interaction.org/courses/sea201/story_content/external_files/IASC%20Model%20Complaints%20Investigation%20Procedures.pdf
3. IASC (2004). Model Information Sheet for Communities.
<http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001186>
4. IASC (2004). Terms of Reference for In-Country Focal Points on Sexual Exploitation and Abuse. <http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001185>
5. IASC (2004). Terms of Reference for In-Country Networks on Sexual Exploitation and Abuse.
<http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001184>
6. International Council of Voluntary Agencies (матеріал готується до публікації). *Building Safer Organisations*. Geneva: ICVA.
7. IFRC, *Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and NGOs in Disaster Relief*. <http://www.ifrc.org/en/publications-and-reports/code-of-conduct/>
8. Keeping Children Safe (2006). 'Setting the international standards for child protection'.
<http://www.keepingchildrensafe.org.uk/>
9. United Nations (2003). *Secretary-General's Bulletin: Special Measures for Protection from Sexual Exploitation and Sexual Abuse* (ST/SGB/2003/13).
<http://pseataforce.org/uploads/tools/1327932869.pdf>
10. United Nations (2004). *Special Measures for Protection from Sexual Exploitation and Sexual Abuse: Report of the Secretary-General (A/58/777)*. <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/58/777>

Приклади індикаторів процесу

- У кожній організації існують налагоджені системи для повідомлення персоналу про мінімальні стандарти очікуваної поведінки.
- Громадам, які обслуговуються гуманітарними організаціями, повідомлено про стандарти і способи, у які вони можуть безпечно підняти питання, що стосуються можливих порушень.
- В організацій є персонал, що пройшов підготовку та може проводити розслідування можливих порушень у прийнятні терміни.

Приклад: Кенія, 2003 рік

- Організації, що працюють у Какума, користуватися єдиним кодексом поведінки, застосовного до всіх працівників.
 - Громади отримали інформацію про стандарти по багатьох каналах, у т. ч. через відео.
 - Проведено міжвідомчий тренінг на тему розслідування підозр у порушенні поведінки.
-

План дій 4.3

Організувати професійну орієнтацію та навчання у сфері ПЗПСП для працівників, що надають допомогу

Функція: Людські ресурси
Етап: Мінімальне реагування

Передумови

Національні та міжнародні гуманітарні працівники відіграють ключову роль у наданні послуг із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ПЗПСП) в надзвичайних ситуаціях. Така робота вимагає від працівників необхідних знань та навичок. Навчання має на меті підготувати працівників для надання тих видів реагування, які визначені як пріоритетні під час оцінювання потреб (див. [Плани дій 1.1 і 2.1](#)).

Хоча зміст навчання у різних надзвичайних ситуаціях буде якоюсь мірою схожий, усе ж воно має бути адаптоване з урахуванням культури, контексту, потреб і спроможностей у кожній ситуації, і його не можна автоматично переносити на будь-яку надзвичайну ситуацію. Рішення про те, хто бере участь у навчанні, його форму, зміст і методику обирають залежно від ситуації і можливостей працівників. Неналежно орієнтовані та навчені працівники з відсутнім відповідним ставленням і мотивацією можуть завдати шкоди населенню, якому вони хочуть допомогти.

Необхідне навчання можна провести у формі **короткого інструктажу та семінарів із подальшою підтримкою і супервізією (наглядом)**. Семінари повинні акцентуватися на практичному інструктажі й фокусуватися на необхідних навичках, знаннях, етиці та керівництві з реагування в надзвичайних ситуаціях. До семінарів необхідно залучати всі зацікавлені сторони, враховувати місцеву культуру та контекст і використовувати моделі навчання, при яких учасники як навчаються, так і навчають.

Ключові дії

1. Підготувати стратегічний, комплексний, актуальний і реальний план навчання
Усі партнерські організації, задіяні в сфері ПЗПСП, повинні мати такі плани. Плани мають бути скоординовані й узгоджені між партнерами і мають відповідати керівництву, розробленому для швидкого загального оцінювання проблем і ресурсів (див. [Плани дій 1.1 і 2.1](#)).

2. Обрати компетентних, умотивованих тренерів

Перевагу мають місцеві тренери або їхні асистенти з попереднім досвідом та/або знанням постраждалої місцевості, якщо вони мають необхідні знання та навички. Важливими критеріями відбору тренерів є:

- культурна чутливість і базові знання місцевих культурних звичок і практик та систем соціальної підтримки;
- емоційна стійкість;
- достатні знання щодо реагування на надзвичайну ситуацію у сфері ПЗПСП, у т. ч. розуміння важливості інтегрованого й колаборативного реагування;
- практичний польовий досвід у сфері надання психосоціальної підтримки з попередніх надзвичайних ситуацій;
- достатні знання щодо викладання, які забезпечують невідкладні та практичні інтервенції в сфері ПЗПСП.

3. Використовувати методики навчання, які сприяють невідкладному та практичному застосуванню знань

- Застосовувати методи із залученням усіх зацікавлених сторін (наприклад, рольові ігри, діалоги, постановки, групове рішення проблем тощо), які забезпечують активну участь тих, хто проходить навчання.
- Застосовувати моделі навчання, в яких учасники як навчаються, так і навчають.
- Навчати учасників місцевими мовами або, якщо це неможливо, надавати переклад.
- Використовувати аудіо/відео/довідкові матеріали, адаптовані до місцевих умов (наприклад, не використовувати презентацій *PowerPoint* за відсутності електроенергії).
- Використовувати класні кімнати для теоретичного навчання й первинної практики навичок (серед інших заходів використовувати, наприклад, рольові ігри).
- Проводити практичні навчання в польових умовах для відпрацювання навичок на місцевості, постраждалій від надзвичайної ситуації, або на такій, що її відтворює.
- Розповсюдити письмові матеріали доступною мовою, в т. ч. керівництва з певними рекомендаціями щодо практичного застосування (за наявності).
- Виконати безпосередню оцінку корисності тренінгу (тренерами, учнями і залученим населенням, яке отримує допомогу).

4. Забезпечити відповідність потреб учнів і моделей навчання

Для всіх, хто працює на відповідному рівні реагування, проводити короткі орієнтаційні семінари (семінари на повний або половину дня), які мають забезпечувати базовими, суттєвими функціональними знаннями і навичками щодо психосоціальних потреб, проблем і доступних ресурсів. Бажано проводити семінари перед тим, як працівники розпочнуть свої місії.

Можливими учасниками є всі працівники гуманітарної сфери у всіх секторах (наприклад, соціальні служби, працівники сфери охорони здоров'я, освіти, захисту та департаменту з реагування на надзвичайні ситуації), а також національні та міжнародні працівники гуманітарних організацій і державних структур як на платній основі, так і волонтери, та урядових структур. Залежно від ситуації, до орієнтаційних семінарів можна залучати обраних лідерів громади, в т. ч. чоловіків, жінок, і молоді, або волонтерів, у т. ч. корінних лідерів, представників етнічних та релігійних груп.

Навчальні семінари. Тим, хто спеціалізується у сфері ПЗПСП, рекомендується надати більш глибокі знання та навички (див. два верхніх рівні піраміди на рис. 1, Розділ 1).

- Тривалість і зміст навчальних семінарів залежить від потреб і можливостей слухачів. Недосвідченому персоналу знадобиться більш тривале навчання.
- Розклад семінарів не повинен заважати наданню допомоги в надзвичайних ситуаціях.
- Для кумулятивного навчання рекомендують використовувати короткі послідовні модулі, оскільки це (а) не відволікає працівників від їхніх обов'язків на тривалі терміни і (б) дозволяє працівникам між сесіями тренінгів відпрацьовувати практичні навички. Тривалість кожного короткого модуля становить тільки кілька годин або днів (залежно від ситуації) і супроводжується практикою в польових умовах (на місцях) з підтримкою та супервізією (наглядом), до початку наступного модуля через кілька днів або тижнів.
- Після навчальних семінарів необхідно забезпечувати підтримку в польових умовах та/або супервізію (нагляд) (див. Ключову дію 7 далі).

5. Підготувати зміст орієнтаційного або навчального семінару, який безпосередньо стосується результату, очікуваного від реагування

Зміст коротких орієнтаційних семінарів може містити:

- перегляд процедур заходів із захисту і безпеки;
- методи вирішення проблем працівників, пов'язаних із роботою (див. План дій 4.4);

- правила поведінки та інші етичні рекомендації (див. План дій 4.2);
- підходи до гуманітарної допомоги, які ґрунтуються на правах людини (див. проєкт «Сфера», розділ Гуманітарна Хартія і План дій 3.1);
- важливість надання повноважень місцевому населенню та залучення його до заходів з допомоги (див. План дій 5.1);
- базові знання про вплив надзвичайних ситуацій на психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя населення (див. Розділ 1);
- методи надання першої психологічної допомоги (див. План дій 6.1);
- методи, що сприяють повазі гідності серед постраждалого населення, з використанням досвіду, отриманого з попередніх надзвичайних ситуацій;
- знання про місцеві соціокультурні та історичні особливості, в т. ч.:
 - базові знання про кризу й менталітет постраждалого населення;
 - базову інформацію щодо культурного сприйняття, практики систем соціальної організації, а також дієві й шкідливі нетрадиційні (народні) практики, ритуали й стратегії копіюгу;
 - базову інформацію про поведінку працівників, яку можуть сприйняти як образливу щодо місцевої культури;
- інформацію стосовно доступних джерел перенаправлення (наприклад, відслідковування, послуги з охорони здоров'я та захисту, нетрадиційні заходи підтримки громади, юридичні послуги тощо);
- інформацію про те, де і як брати участь у відповідному міжвідомчому координуванні.

Зміст навчальних семінарів може включати:

- повну інформацію, викладену на орієнтаційних семінарах;
- навички з оцінювання психосоціального і психічного здоров'я в умовах надзвичайної ситуації на рівні особи, родини й громади;
- прийоми реагування в сфері психічного здоров'я і психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації, яким можна швидко навчити з врахуванням наявної спроможності, контексту і культури учнів, і які підтвердили свою дієвість у подібних контекстах;
- знання та навички, необхідні для інтервенцій, які: (а) є частиною мінімального реагування та (б) визначені як необхідні за результатами оцінювання (див. План дій 2.1). Це стосується навчання:
 - медичних працівників (див. Плани дій 5.4, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4 і 6.5);
 - працівників сфери захисту (див. Плани дій 3.2, 3.3 та 5.4);

- офіційних і неофіційних працівників громади (див. [Плани дій 5.1, 5.2, 5.3 та 5.4](#));
- викладачів (див. [План дій 7.1](#)).

6. Розглянути можливість програм «тренінг для тренерів» (ТдТ) для підготовки тренерів перед проведенням навчання

ТдТ-програми навчають майбутніх тренерів для того, щоб вони могли грамотно навчати інших. Тренерів для коротких орієнтаційних та навчальних семінарів можна підготувати по програмах ТдТ. Дієві програми з підготовки тренерів також готують тренерів для передачі інформації великим групам осіб. Проте навчання мають проводити досвідчені й кваліфіковані викладачі і лише при ретельному плануванні. Неналежним чином підготовлені ТдТ, зокрема, ті, які проводять: (а) майбутні тренери без жодного попереднього досвіду в викладанні, або (б) майбутні тренери з обмеженим досвідом щодо змісту навчання можуть бути неуспішними і призвести до неналежних, а навіть шкідливих результатів у роботі з психічним здоров'ям та психосоціальним благополуччям. Тому після ТдТ майбутнім тренерам і слухачам необхідно надавати подальшу підтримку для досягнення точності навчання і реагування з надання допомоги.

7. Для кожного тренінгу запровадити систему подальшого контролю з метою моніторингу, підтримки, зворотного зв'язку і супервізії всіх учасників відповідно до ситуації

Супервізія важлива для забезпечення того, що знання, отримані на тренінгах, застосовують на практиці. Багато тренінгів є неефективні через недостатній подальший контроль. Усі навчальні семінари необхідно супроводжувати постійним моніторингом, підкріплюючим тренінгом, підтримкою на місцях, зворотним зв'язком та/або супервізією. Всі ці заходи подальшого контролю необхідно ретельно спланувати ще перед початком будь-якого навчання. Подальший контроль можуть проводити тренери чи досвідчені професіонали, підготовлені працівники, колегіальна мережа фахівців або відповідні професійні установи (за наявності). Ретельна супервізія особливо необхідна для нового персоналу на місцях.

8. Документувати й оцінювати орієнтаційні й навчальні семінари для визначення набутого досвіду з метою обміну з партнерами і покращення майбутніх реагувань

Ключові джерела

1. Baron N. (2006). 'The "TOT": A global approach for the Training of Trainers for psychosocial and mental health interventions in countries affected by war, violence and natural disasters'. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict*, 4, 109-126.
http://www.interventionjournal.com/sites/default/files/WTF21_Baron.pdf
2. Jensen S. B. and Baron N. (2003). 'Training programs for building competence in early intervention skills'. In: *Reconstructing Early Intervention After Trauma*. Editors: Ørner R. and Schnyder U. Oxford: Oxford University Press.
http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
3. Psychosocial Working Group (2006). CD of training manuals from numerous organisations.
<http://www.forcedmigration.org/psychosocial/>
4. Sphere Project (2004). The Humanitarian Charter. *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Geneva: Sphere Project.
<http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
5. Van der Veer G. (2006). 'Training trainers for counsellors and psychosocial workers in areas of armed conflict: some basic principles'. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict*, 4, 97-108.
https://psychotraumanet.org/sites/default/files/documents/int_065.pdf
6. Weine S. et al. (2002). *Guidelines for International Training in Mental Health and Psychosocial Interventions for Trauma Exposed Populations in Clinical and Community Settings*.
http://www.istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/ISTSS_guidelines_for_training.pdf

Приклади індикаторів процесу

- Зміст навчальних семінарів ґрунтується на оцінюванні потреб.
- Працівники всіх секторів можуть брати участь у коротких і відповідних орієнтаційних семінарах, які надають важливі функціональні знання та навички щодо психічного здоров'я та психосоціальної підтримки.
- Тренери мають попередні знання і навички подібної роботи.
- Навчання супроводжує подальша підтримка на місцях і супервізія.

Приклад: Шрі-Ланка, 2005 рік

- Місцева неурядова організація, яка тривалий час надавала психосоціальну підтримку постраждалим від війни, тимчасово переорієнтувалася на підтримку постраждалих від цунамі.

- Неурядова організація провела короткі семінари з орієнтацією на заходи, щоб навчити існуючий персонал у психосоціальной сфері базовим навичкам для підтримки людей із певними психічними й психосоціальними проблемами, які виникли через цунамі, а також навчити практичним методам інтервенції.
- Після семінару було забезпечено подальший контроль за допомогою системи щотижневої супервізії діючої НУО.

План дій 4.4

Попереджувати й управляти проблемами з психічним здоров'ям та психосоціальним благополуччям серед працівників і волонтерів

Функція: Людські ресурси

Етап: Мінімальне реагування

Передумови

Персонал, що працює в умовах надзвичайних ситуацій, переважно працює багато годин під тиском і в складних умовах безпеки. Багато працівників гуманітарної сфери потерпають від недостатньої підтримки в організації, і вони зазвичай називають це основним фактором стресу. Крім того, досвід жаху, небезпеки й людського горя дуже виснажує емоційно й потенційно впливає на психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя як постійних працівників гуманітарної сфери, так і волонтерів, незалежно від того, є вони мешканцями постраждалої країни, чи ні.

Надання допомоги з метою пом'якшення можливих психосоціальних наслідків роботи в кризових ситуаціях є моральним обов'язком і відповідальністю організацій, що наражають персонал на екстремальні умови. Для забезпечення ефективної роботи керівництву потрібен здоровий персонал. Системний та інтегрований підхід до турботи про персонал необхідно здійснювати на всіх етапах роботи, в т. ч. в надзвичайних ситуаціях і на всіх рівнях організації, що забезпечить благополуччя персоналу й дієвість організації.

У цьому Плані дій термін «персонал» стосується як постійних працівників, так і волонтерів, місцевих і міжнародних працівників, у т. ч. водіїв і перекладачів, залучених до роботи в гуманітарній організації. Загалом, заходи підтримки мають бути однакові для місцевого та міжнародного персоналу. Проте між ними існують певні структурні відмінності.

Наприклад, місцевий персонал часто залучають із кризової зони, і вони з більшою вірогідністю знаходяться під впливом надзвичайно стресових подій і умов. Окрім того, якщо ситуація погіршується, вони не в змозі покинути кризову зону, на відміну від міжнародних працівників, яких забезпечено можливістю евакуації. З іншого боку, для міжнародних працівників особливими стресовими факторами є відокремлення від їхньої звичайної

системи підтримки, культурний шок і пристосування до скрутних умов життя. Про ці та інші відмінності часто забувають або залишають їх поза увагою в системах підтримки персоналу. Гуманітарні організації мають працювати над тим, щоб покращити діяльність, спрямовану на підтримку персоналу, й зменшити відмінності в наданні підтримки місцевим та міжнародним працівникам.

Ключові дії

1. Забезпечити наявність конкретного плану для захисту й сприяння благополуччю персоналу в конкретній надзвичайній ситуації

Хоча більшість організацій має загальну політику щодо благополуччя персоналу в надзвичайній ситуації, для кожної надзвичайної ситуації потрібен окремий план проактивної підтримки персоналу. Заходи цього плану мають бути частиною загального бюджету для ліквідації надзвичайної ситуації і відповідати пунктам, перерахованим нижче.

2. Підготувати персонал до їхніх обов'язків із урахуванням контексту надзвичайної ситуації

- Забезпечити національних та міжнародних працівників даними щодо: (а) своїх обов'язків (див. Ключова дія 4 далі) і (б) головних умов середовища й безпеки, можливих майбутніх змін цих умов. Надати міжнародному персоналу (і, в разі необхідності, національному персоналу) інформацію про місцевий соціокультурний та історичний контекст, у т. ч.:
 - базові знання про кризу й світогляд постраждалого населення;
 - базову інформацію про місцеві культурні поняття і практики та системи соціальної організації;
 - основну інформацію про поведінку, яка може нанести образу в місцевому соціокультурному контексті.
- Впевнитися, що весь персонал отримує адекватне навчання з питань безпеки та захисту.
- Забезпечити проведення інформування всього персоналу щодо технік виявлення стресу (у т. ч., але не обмежуючись, травматичним стресом) і методів управління стресом, а також щодо будь-якої наявної організаційної політики з психосоціальної підтримки персоналу.
- Переконатися в наявності досвідчених керівників з управління персоналом у польових умовах.

3. Сприяти здоровому робочому середовищу

- Впроваджувати політику підтримки працівників організації, в т. ч. відпочинок і оздоровлення. Якщо в цьому середовищі немає можливості займатися діяльністю, не пов'язаною з роботою, розглянути можливість частішого відпочинку й оздоровлення.
- Забезпечити належним харчуванням і санітарією працівників, беручи до уваги їхню релігію і культуру.
- Реагувати на шкідливі звички, такі як надмірне вживання алкоголю працівниками.
- Сприяти забезпеченню окремим місцем проживання (наприклад, якщо це можливо, надати окремі місця для життя і роботи).
- Визначити робочі години й моніторити понаднормові. Метою в цьому разі є поділ навантаження між працівниками. Якщо на перших тижнях виникнення надзвичайної ситуації є потреба працювати 24 години на добу, сім днів на тиждень, то треба розглянути можливість позмінної роботи працівників. Рекомендується впроваджувати восьмигодинні зміни, але якщо це неможливо, зміни мають тривати не довше ніж 12 годин. Робота в 12-ти годинному режимі й 12 годин відпочинку прийнятна тільки протягом тижня або двох під час надзвичайних ситуацій, але корисно ще й мати додаткову половину дня на відпочинок після кожних п'яти робочих днів. Що спекотніше або холодніше навколишнє середовище або що інтенсивніше стрес, тим більше перерв потрібно.
- Сприяти спілкуванню працівників з сім'ями, а також іншим раніше існуючим механізмам підтримки.

4. Реагувати на потенційні стреси, пов'язані з роботою

- Забезпечити чіткими та оновленими посадовими інструкціями:
 - визначити завдання й діяльність;
 - з'ясувати, чи зрозумілі персоналу їхні функції і завдання;
 - забезпечити чітку систему управління і комунікацій.
- Щодня оцінювати контекст безпеки та інші потенційні джерела виникнення стресу в ситуації.
- Забезпечити працівників достатньою кількістю матеріального постачання з безпеки (бронежилети, устаткування засобів зв'язку тощо).
- Забезпечити рівність між персоналом (національний, міжнародний персонал, вища і середня ланка менеджменту) в ухваленні особистих рішень у ситуаціях із ризиком для безпеки. Не змушувати національних

працівників брати на себе ризик, який міжнародні працівники не можуть або не хочуть узяти на себе.

- Організувати регулярні зустрічі та брифінги персоналу або команд.
- Забезпечити адекватну й культурно чутливу технічну супервізію (наприклад, клінічну супервізію) для працівників у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (див. також План дій 4.3).
- Створити команди, сприяти інтеграції між національними та міжнародними працівниками і запобігати появі конфліктів між командами, а також іншій негативній груповій динаміці.
- Забезпечити належну логістичну підтримку й постачання необхідних матеріалів.
- Забезпечити, щоб керівники вищої ланки управління регулярно відвідували проекти на місцях.

5. Забезпечити доступ до послуг із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки для персоналу

- Навчити певних працівників надавати підтримку за моделлю «рівний – рівному», в т. ч. загального стрес-менеджменту і першої психологічної допомоги (ППД) (для огляду базової ППД див. План дій 6.1).
- Для національних працівників, які можуть не мати змоги покинути зону надзвичайної ситуації, організувати доступ до належних з культурної точки зору послуг з психічного здоров'я (в т. ч. до психіатрії), забезпечити психосоціальну підтримку й доступ до послуг з охорони здоров'я.
- Забезпечити постійну підтримку фахівців для роботи з невідкладними психіатричними скаргами серед персоналу (такими, як схильність до суїциду, психози, тяжкі форми депресії і загострені реакції тривожності, які впливають на щоденне функціонування, спричинюють значну втрату контролю над емоціями тощо). Враховувати вплив стигматизації на готовність персоналу отримувати підтримку з психічного здоров'я і забезпечити додаткову підтримку відповідно (наприклад, міжнародний персонал може боятися відправлення додому, якщо вони потребують допомоги).
- Переконатися, що персонал уживає профілактичні заходи, такі як вакцинація і протималарійні препарати, презервативи, і (за необхідності) має доступ до профілактики після контакту, та забезпечити відповідну наявність ліків проти загальних фізичних захворювань серед працівників.

- Впевнитися у наявності евакуацій з причин медичного характеру (у т. ч. через психічне здоров'я) або процедур перенаправлень, у т. ч. відповідного кваліфікованого медичного персоналу для супроводу евакуйованих.
- 6. Надати підтримку працівникам, які зазнали або стали свідками екстремальних подій (критичних інцидентів, потенційно травматичних подій)**
- Усім працівникам, які пережили критичні інциденти, треба зробити першу психологічну допомогу загальнодоступною (для огляду Першої психологічної допомоги *див. План дій 6.1*). Як частина надання ППД, оцінити і задовольнити основні потреби й проблеми осіб, що пережили інцидент. Окрім того, що постраждалим має надаватися можливість описати події в деталях, їх не потрібно змушувати розповідати деталі чи слухати деталі подій інших постраждалих. Проте потрібно обговорити наявні (позитивні й негативні) стратегії копінгу, а також наголосити на необхідності уникнення вживання алкоголю і наркотиків як способу впоратися зі стресом, оскільки постраждалі часто перебувають у зоні підвищеного ризику виникнення залежності.
 - Надавати відповідні матеріали з самопомоги (*див. План дій 8.2* для рекомендацій із розроблення культурно відповідних матеріалів). Матеріали мають містити дані працівника з питань соціального забезпечення/психічного здоров'я у разі, якщо постраждалі захочуть звернутися по допомогу при будь-якому рівні дистресу.
 - Якщо гострий дистрес у постраждалих є настільки тяжким випадком, що обмежує їхню базову діяльність (або ж існує небезпека заподіяння шкоди собі чи іншим), вони мають припинити працювати й отримати негайну допомогу від фахівця у сфері психічного здоров'я, який пройшов підготовку з лікування гострого травматичного стресу науково-доказовими методами. Можливо, необхідно буде провести додаткову евакуацію з причин медичного характеру.
 - Переконатися, що фахівець у сфері психічного здоров'я контактує з усіма національними і міжнародними працівниками (у т. ч. з перекладачами, водіями, волонтерами та ін.), які пережили критичний інцидент, протягом періоду від одного до трьох місяців після події. Такий фахівець має оцінити, як постраждалі функціонують і почуваються, а також здійснити перенаправлення до клінічного лікування осіб з істотними проблемами, які не буливилікувані протягом тривалого часу.

7. Зробити підтримку доступною після місії/найму на роботу

- Працівники мають отримувати технічний дебрифінг і оцінку роботи від старшого за рангом персоналу.
- Працівники мають пройти загальну перевірку здоров'я, в т. ч. огляд і оцінювання рівня стресу.
- Механізми підтримки персоналу мають бути доступними за запитом.
- Персонал має отримати короткі інформаційні матеріали, щоб допомогти людям розібратися та впоратися зі стресом. Ці матеріали мають містити оновлений список контактних даних фахівців із психічного здоров'я, до яких здійснюється перенаправлення, а також можливості підтримки «рівних рівними».

Ключові джерела

1. Action Without Borders/Idealist.org (2004). Website with resources on stress management for aid workers, managers and workers' families.
www.psychosocial.org
2. Antares Foundation (2005). *Managing Stress in Humanitarian Workers. Guidelines for Good Practice*. Amsterdam: Antares Foundation. www.antaresfoundation.org
3. Headington Institute (2005). Various resources and free online training modules on understanding and coping with the stress associated with humanitarian work.
www.headington-institute.org
4. McFarlane C. (2004). 'Adjustment of humanitarian aid workers'. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*. ISSN: 1174-4707, Volume 2004-1.
<http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2004-1/mcfarlane.htm>
5. National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD (2006). *Psychological First Aid: Field Operations Guide (Second edition)*.
http://www.nctsn.org/sites/default/files/pfa/english/1-psyfirstaid_final_complete_manual.pdf
(Потенційне обмеження у використанні цього джерела полягає в тому, що воно було розроблене для умов катастрофи на Заході. Рекомендації описують розширену версію першої психологічної допомоги, оскільки вони призначені для підготовлених фахівців у сфері психічного здоров'я).
6. People in Aid (2003). *Code of Good Practice in the Management and Support of Aid Personnel*.
<https://cms.emergency.unhcr.org/documents/11982/45255/People+in+Aid%2C+Code+of+good+practice+in+management+and+support+of+aid+personnel%2C+2003/7bfae9ed-1f75-4bbf-92a3-9aebf0f02375>

Приклади індикаторів процесу

- Організація фінансувала плани щодо захисту й сприяння благополуччю персоналу в надзвичайній ситуації.
- Працівники, що пережили критичні інциденти, отримують негайний доступ до першої психологічної допомоги.
- Працівники, що пережили критичний інцидент, систематично проходять скринінг (огляд) на предмет виявлення проблем із психічним здоров'ям від одного до трьох місяців після інциденту, а в разі потреби отримують необхідну підтримку.

Приклад: невизначена країна, 1999 рік

- Після жорстокого захоплення заручників із залученням персоналу міжнародної неурядової організації, всі національні й міжнародні працівники пройшли операційний дебрифінг і отримали інформацію про те, як і де отримати підтримку від національного та іноземного лікаря або працівника сфери психічного здоров'я в будь-який час, коли це потрібно.
 - У перші дні після інциденту психолог організації провів дві наради з обговорення стану працівників. Догляд (і медичну евакуацію) забезпечили особі з тяжким тривожним розладом.
 - Через місяць підготовлений волонтер зв'язався з усіма національними та міжнародними працівниками індивідуально, щоб перевірити їхнє благополуччя і, за потреби, організував підтримку.
-

План дій 5.1

Сприяти умовам мобілізації громади, власній відповідальності й контролю щодо заходів реагування в усіх секторах

Напрямок: Мобілізація громади і підтримка

Етап: Мінімальне реагування

Передумови

Постраждале населення має максимально нести власну відповідальність і контролювати процес реагування на надзвичайну ситуацію, а також використовувати власні структури підтримки, в т. ч. структури місцевого самоврядування. У цьому Керівництві термін «мобілізація громади» вживається в значенні зусиль як зсередини, так і ззовні громади, докладених до залучення її членів (груп людей, сімей, родичів, однолітків, сусідів та інших представників, що мають спільні інтереси) до обговорень, ухвалення рішень та сприяння у реалізації дій, що впливатимуть на них і на їхнє майбутнє. Що більше люди залучені в подібні процеси, то вища ймовірність того, що вони віднайдуть надію, здатність долати труднощі й досягнуть значних успіхів у відновленні власного життя і громад. На кожному етапі необхідно допомагати та підтримувати дії місцевого населення, однак не варто виконувати за них те, що вони можуть зробити самотужки.

Існують різні рівні залученості громади:

- Громада значною мірою контролює процес надання допомоги й ухвалює рішення щодо реагувань, а урядові й неурядові організації забезпечують пряму адвокацію.
- Громада або її представники на рівних правах разом із урядовими й неурядовими організаціями та громадськими діячами беруть участь в ухваленні рішень та проведенні необхідних робіт.
- Із громадою або з її представниками радяться під час ухвалення всіх важливих рішень.
- Громада виступає в ролі партнера з реалізації завдань (наприклад, допомагаючи у процесі розподілу їжі або у заходах із самопомоги), проте урядові та неурядові організації ухвалюють всі важливі рішення.
- Члени громади не беруть участі в розробленні й лише мінімально задіяні в реалізації заходів з допомоги.

Вирішальні кроки під час мобілізації громади

- Члени громади усвідомлюють, що у них є спільні турботи й що вони зможуть досягти більшого, якщо працюватимуть разом (приклад: «Ми маємо підтримувати один одного для того, щоб з цим упоратися»).
- Розвиток почуття обов'язку і власної відповідальності, що настає разом із цим усвідомленням («Це відбувається з нами, і ми можемо щось із цим вдіяти»).
- Громада визначила загальний запас знань і ресурсів, якими вона володіє, а також індивідуальних навичок і вмінь кожного її члена («Хто і що може виконати або вже виконує; які ресурси у нас для цього є; що ще можна зробити?»).
- Визначення пріоритетних питань («Найбільше нас хвилює...»).
- Члени громади планують та реалізують різні заходи, використовуючи внутрішні ресурси.
- Зростання можливостей членів громади продовжувати й покращувати ефективність проведених робіт.

Адаптовано з джерела: Донахью і Вільямсон (1999). *Community Mobilization to Mitigate the Impacts of HIV/AIDS*, Фонд захисту внутрішньо переміщених дітей та сиріт (Displaced Children and Orphans Fund)

Важливо зазначити, що громади зазвичай складаються з декількох підгруп, які мають різні потреби й часто конкурують за панування та вплив. Сприяння реальному залученню громади потребує розуміння місцевої структури влади, можливих конфліктів громади, співпраці з різними підгрупами й уникнення привілеїв окремим групам.

Політичні та надзвичайні особливості ситуації визначають оптимальну ступінь участі. Надавати послуги за незначної участі громади можна у невідкладних і небезпечних ситуаціях. Залучення громади може призвести до терору і вбивств у ситуаціях, коли трапляється ненавмисне змішання злочинців і жертв (як сталося, наприклад, під час кризи на Великих Озерах у 1994). Однак, здебільшого, високий рівень участі громади є можливим і бажаним. Досвід показує, що значна кількість членів громади, цілком імовірно, зможе взяти на себе провідні ролі в організації заходів із допомоги і нормалізації ситуації і що більшість членів громади зможе допомогти у втіленні цих заходів. Хоча зовнішні гуманітарні організації часто стверджують, що на спілкування

з місцевим населенням у них немає часу, розмовляти і вчитися у місцевих – їхній обов'язок і, зазвичай, для цього є достатньо часу.

Проте критичний підхід необхідний. Зовнішні процеси зазвичай сприяють адаптації громади до плану дій гуманітарних організацій. Ця проблема виникає, якщо зовнішні організації працюють неузгоджено. Наприклад, через рік після цунамі 2004 року в південно-східній Азії під час психологічного обстеження «від дверей до дверей» громада з 50 сімей у північній Шрі-Ланці назвала 27 різних неурядових організацій, що пропонують і надають допомогу. Один із респондентів сказав: «У нас тут ніколи не було лідерів. Більшість людей – родичі. Якщо у когось проблеми, то сусіди приходять на допомогу. Але тепер деякі люди поводяться як лідери, щоб вести переговори щодо пожертв. І родичі більше один одному не допомагають».

Цей приклад свідчить, що можна завдати шкоди, якщо залучення громади проводиться багатьма організаціями, які мають власні програми з надання допомоги, але яким не вистачає глибокого розуміння громади. Таким чином, необхідно сприяти умовам, за яких громади самостійно проводять заходи реагування, а не примушувати громаду дотримуватися чужого плану дій.

Ключові дії

1. Координувати зусилля для мобілізації громад

- Активно визначати і координувати наявні процеси з мобілізації громади (див. План дій 1.1). У місцевого населення зазвичай є формальні й неформальні лідери, а також є структури громади, які можуть бути корисні під час координування дій, однак при цьому важливо забезпечити, щоб вони не виключали певних осіб.
- Важливо співпрацювати з місцевими органами влади, якщо існують урядові служби, що надають підтримку.

2. Оцінити політичне, соціальне і безпечне середовище якомога скоріше

Крім перегляду і збору загальної інформації щодо ситуації, необхідно (див. План дій 2.1):

- забезпечити спостереження і обговорення з різними людьми, що представляють постраждалу громаду, у неформальній обстановці;
- визначити й провести бесіди з основними носіями інформації чоловічої і жіночої статі (наприклад, лідери, вчителі, цілителі тощо), які можуть поділитися інформацією стосовно: (а) питань влади, організації і процесів ухвалення рішень у громаді, (б) культурних правил, яких

треба дотримуватися і (с) складнощів і загроз, які необхідно усвідомлювати під час мобілізації громади.

3. Спілкуватися з різними носіями інформації, а також офіційними й неофіційними групами, розуміти, як організоване місцеве населення і як різні організації можуть брати участь у заходах з допомоги

Громада складається з різних підгруп, що мають різні інтереси й повноваження. На всіх етапах мобілізації громади необхідно враховувати інтереси всіх підгруп разом із усіма відмінностями. Часто корисно окремо зустрічатися з підгрупами, різними за віросповіданням, етнічним походженням, політичною прихильністю та расовою приналежністю, статтю і віком, кастою і соціально-економічним класом. Ставте групам такі запитання:

- Як місцеве населення реагувало на кризу під час попередніх надзвичайних ситуацій?
- Як люди допомагають один одному зараз?
- Як люди тут можуть узяти участь у заходах реагування на надзвичайну ситуацію?
- Хто ті люди або групи людей, які могли б допомогти в організації медичної допомоги, облаштуванні укриттів тощо?
- Як може кожна територія табору чи села «персоналізувати» свій простір?
- Чи буде корисно активувати структури і механізми ухвалення рішень, що існували раніше? Якщо так, то що можна зробити для того, щоб люди в таборі змогли організувати групи самостійно (наприклад, за приналежністю до клану чи села, звідки походять)?
- Якщо існують які-небудь конфлікти щодо ресурсів або об'єктів, як громада може їх зменшити? Як розв'язуються конфлікти?

4. Сприяти залученню маргіналізованих людей

- Бути поінформованим у питаннях влади і соціальної несправедливості.
- Залучати маргіналізованих людей до планування та надання допомоги.
- Ініціювати обговорення способів надання маргіналізованим групам повноважень і запобігання їх стигматизації чи дискримінації.
- За можливості, забезпечити, щоб такі дискусії враховували наявні владні структури, в т. ч. структури місцевого самоврядування.
- Залучати молодь. Часто її сприймають як проблему, однак вона може бути цінним ресурсом для реалізації дій із ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, бо зазвичай молодь здатна швидко й творчо адаптуватися до стрімко мінливої ситуації.

5. Якомога скоріше облаштувати безпечний і достатній простір для проведення обговорень і поширення інформації

Безпечний простір, який може бути як відкритий, так і закритий, дає можливість групам людей зустрічатися для того, щоб планувати участь у заходах із ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій і проводити заходи із самопомоги (див. План дій 5.2), релігійні або культурні заходи (див. План дій 5.3). Безпечні місця також можна використовувати для захисту та надання допомоги дітям (див. Плани дій 3.2 і 5.4), для навчання (див. План дій 7.1) і для надання важливої інформації членам громади (див. Плани дій 8.1 та 8.2).

6. Сприяти процесам мобілізації громади

- За умов безпеки, проводити обговорення соціальних, політичних та економічних питань, а також причин, що призвели до кризи. Надання відчуття значущості та мети може бути потужним джерелом психосоціальної підтримки.
- Сприяти умовам для процесу колективного усвідомлення із залученням ключових гравців, груп громади або громади загалом щодо:
 - вразливостей, які необхідно розглядати зараз і які можна очікувати в майбутньому;
 - спроможності й можливостей, які можна розвивати і розбудовувати;
 - потенційних джерел психологічної пружності (резильєнтності), які визначила група;
 - механізмів, які допомогли членам громади впоратися з трагедією, насильством і втратами в минулому;
 - організацій (наприклад, місцеві жіночі групи, молодіжні групи або професійні, трудові чи політичні організації), які можуть брати участь у процесі залучення допомоги;
 - того, як інші громади успішно реагували під час кризової ситуації.
- Одним із ключових заходів процесу залучення громади до мобілізації є допомога людям у встановленні зв'язку між тим, що у громаді було раніше, де її члени перебувають зараз, чого вони хочуть у майбутньому, а також шляхів і способів досягнення цього. Сприяння цьому процесу означає створення умов для людей у досягненні їхніх цілей оптимальним і неагресивним чином. За потреби, може бути корисно проводити різні заходи (засновані на популярних освітніх методиках) для того, щоб сприяти дієвому діалогу та обміну ідеями. За наявності ресурсів, цей процес

необхідно документувати для поширення серед інших організацій, які працюють задля мобілізації громади.

- Описаний вище процес має привести до обговорення «планів дій у надзвичайних ситуаціях», які координують заходи, розподіляють обов'язки і відповідальність, враховують раніше встановлені пріоритети й можливість виконання певних дій. Також планування може припускати довготермінові сценарії і заздалегідь визначати потенційно продуктивні дії. Має бути зрозуміло, хто відповідальний за дію: громада чи зовнішній агент (такий, наприклад, як держава). Якщо відповідальність лежить на громаді, варто розробити план дій для членів громади. А якщо відповідальність лежить на зовнішніх агентах, тоді можна створити план адвокації інтересів громади.

Ключові джерела

1. Action on the Rights of the Child. *Community Mobilisation*.
http://www.savethechildren.net/arc/files/f_commmob.pdf
2. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). *Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners*.
www.alnap.org/pool/files/gs_handbook.pdf (англійською мовою); <http://www.psicosocial.net> (іспанською мовою)
3. Donahue J. and Williamson J. (1999). *Community Mobilization to Mitigate the Impacts of HIV/AIDS. Displaced Children and Orphans Fund*.
http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacj024.pdf
4. Norwegian Refugee Council/Camp Management Project (2004, revised 2007). *Camp Management Toolkit*.
<https://www.nrc.no/what-we-do/activities-in-the-field/camp-management2/>
5. Regional Psychosocial Support Initiative (REPSSI) (2006). *Journey of Life – A Community Workshop to Support Children*.
<http://childprotectionforum.org/the-journey-of-life-community-workshops-to-support-children/>
6. Segerström E. (2001). 'Community Participation' in *The Refugee Experience*, Oxford Refugee Studies Centre.
http://forcedmigration.org/rfgexp/rsp_tre/student/commpart/com_01.htm
7. Sphere Project (2004). *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*, Common standard 1: participation, pp. 28-29. Geneva: Sphere Project.
<http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
8. UNHCR (2002). *Guide for Shelter Planning* (chapters on Community Participation and Community Organising).
<http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/home/openssl.pdf?tbl=PARTNERS&id=3c4595a64> (англійською мовою);
http://www.acnur.org/index.php?id_pag=792 (іспанською мовою)
9. UNHCR (2006). Tool for Participatory Assessment in Operations.
<http://www.unhcr.org/publ/PUBL/450e963f2.html>

Приклади індикаторів процесу

- Безпечні місця облаштовані й використовуються для планування зустрічей і обміну інформацією.
- Місцеве населення проводить регулярні зустрічі для з'ясування того, як організувати й реалізувати дії з ліквідації наслідків надзвичайної ситуації.
- Місцеве населення: чоловіки, жінки та молодь, у т. ч. члени маргіналізованих груп, беруть участь в ухваленні важливих рішень під час надзвичайної ситуації.

Приклад: Мехіко, 1985 рік

- 1985 року, після руйнівного землетрусу в Мехіко, де вже існували сильні громадські організації, місцеве населення організувало рятувальні роботи.
 - Місцеве населення провело велику частину робіт із розчищення завалів, розподілу їжі й інших речей першого вжитку, організувало тимчасові притулки і розробило нові місця для проживання.
 - Реагування місцевого населення на надзвичайну ситуацію потім переросло в громадський рух, який допомагав людям протягом наступних 5 років.
 - Дослідження, проведені через 3 і 5 років після землетрусу, не засвідчили поширення проблем із психічним здоров'ям серед місцевого населення.
-

План дій 5.2

Сприяти заходам із самопомоги та соціальної підтримки громади

Напрямок: Мобілізація громади і підтримка

Етап: Мінімальне реагування

Передумови

В кожній громаді є ефективні психосоціальні системи підтримки, джерела сил для копію та резильєнтності, які виникають спонтанно. Майже у кожній групі людей, що постраждала від надзвичайних ситуацій, є «помічники», до яких, за потреби, звертаються за психосоціальною підтримкою. На рівні сім'ї та громади за першої ж можливості треба вжити заходів для активізації і посилення місцевих систем підтримки й сприяти духу самопомоги.

Самопоміага життєво необхідна, тому що відчуття контролю над певними аспектами життя сприяє психічному здоров'ю і психосоціальному благополуччю людей після складного досвіду. Постраждалі групи людей зазвичай мають формальні й неформальні структури, через які вони самоорганізуються для того, щоб задовольняти колективні потреби. Навіть коли ці структури порушені, їх можна відновити і підтримувати як частину процесу ефективного реагування з ліквідації наслідків надзвичайної ситуації. Посилення і розвиток актуальних місцевих систем і структур підтримки допомагає створити реагування, яке прийнятне для громади, стійке і культурно відповідне. При такому підході роль зовнішніх організацій полягає більше в тому, щоб сприяти наданню психосоціальної підтримки, яка збільшує можливості вже доступних ресурсів, ніж у безпосередньому наданні послуг.

Сприяючи наданню соціальної підтримки громаді й процесам самопоміаги, потрібно проявити чутливість і критичне мислення. Громади зазвичай включають різні й конкуруючі між собою підгрупи з різними інтересами і рівнями впливу. Важливо уникати посилення одних підгруп завдяки маргіналізації інших і сприяти залученню людей, яких зазвичай не помічають або виключають із групових заходів.

Ключові дії

1. Визначити людські ресурси у місцевій громаді

Прикладами таких людських ресурсів є авторитетні старійшини та лідери громади (в т. ч. лідери місцевого самоврядування), народні цілителі, релігійні

лідери/групи, вчителі, працівники сфери охорони здоров'я та психічного здоров'я, соціальні працівники, жіночі та молодіжні групи, групи сусідів, лідери профспілок і ділових кіл. Корисним підходом є розроблення схеми (карти) «місцевих ресурсів» (див. також План дій 2.1) шляхом опитування членів громади, до кого вони звертаються по допомогу під час кризи. Конкретні імена чи групи осіб, імовірно, згадуватимуться неодноразово, визначаючи таким чином потенційних помічників серед постраждалого населення.

- Зустрічатися і говорити з визначеними потенційними помічниками, в т. ч. із маргіналізованих груп, і запитувати у них, чи в змозі вони допомогти.
- Визначити соціальні групи і механізми, які діяли до надзвичайної ситуації і які можна відновити для того, щоб задовольняти нагальні потреби. До них можуть належати групи співпрацівників, групи самопомоги, каси взаємодопомоги та кредитування, похоронні компанії, жіночі та молодіжні групи.

2. Сприяти процесу визначення громадою пріоритетних дій завдяки механізму оцінки за участі громад та інших методів залучення

- Визначити наявну непрофесійну та професійну підтримку, яку можна негайно задіяти або посилити.
- Сприяти колективному процесу осмислення минулого, сьогодення і майбутнього людей, що допомагає плануванню. Виявивши всі наявні підтримки, що були в минулому, але порушені через надзвичайну ситуацію, населення може обрати корисні заходи з відновлення дієвих заходів підтримки. Розмірковуючи над тим, чого вони хочуть досягти через кілька років, люди можуть уявити своє майбутнє і зробити кроки для досягнення цього бачення.
- Обговорити з основними учасниками або громадами такі питання:
 - організації, які раніше вже працювали в умовах кризи, і які корисно відновити;
 - механізми (ритуали, свята, жіночі дискусійні групи тощо), які допомагали членам громади в минулому впоратися з трагедіями, насильством і втратами;
 - як і наскільки нинішні обставини порушили соціальні мережі й механізми копінгю;
 - як криза вплинула на людей;
 - на яких пріоритетах варто наголосити людям для реалізації свого бачення майбутнього;

- які дії допоможуть людям досягти їхніх пріоритетних цілей;
 - які успішні досвіди організацій є в цій або сусідній громаді.
- Обмінюватися результатами процесу ідентифікації з координаційною групою (див. Плани дій 1.1 і 2.1).
- 3. Підтримувати громадські ініціативи, активно заохочуючи ті, які сприяють підтримці на рівні сім'ї та громади для всіх членів постраждалої громади, у т. ч. для осіб групи підвищеного ризику**
- Виявляти, що члени постраждалого населення уже роблять для допомоги собі та один одному, і шукати способи підсилення цих зусиль. Наприклад, якщо місцеве населення вже організовує які-небудь освітні заходи, але у них не вистачає базових ресурсів, таких як папір та письмове приладдя, треба вжити заходів для забезпечення необхідними матеріалами (при цьому усвідомлюючи можливість виникнення проблеми створення залежності). Регулярно запитувати, що можна зробити для підтримки місцевих зусиль.
 - Де доречно, в процесі оцінювання з залученням громади, підтримувати ініціативи, які пропонують її члени.
 - Сприяти, за доречності, створенню груп, особливо тих, які ґрунтуються на раніше утворених групах, для проведення заходів із самопомоги й планування.
- 4. Заохочувати й підтримувати додаткові заходи, що сприяють підтримці сімей та громад і охоплюють усіх членів постраждалої громади, а особливо осіб із групи підвищеного ризику**

Окрім підтримки власних ініціатив громади, можна розглядати низку додаткових доречних ініціатив. Сприяти власним ініціативам громади в таких напрямках: (а) вибір заходів для підтримки, (б) розроблення, впровадження і моніторинг вибраних заходів і (с) підтримка й сприяння процесам перенаправлення. Приклади потенційно доцільних заходів наведені в таблиці далі.

Приклади заходів, які просувають підтримку на рівні сім'ї та громади для населення, що постраждало в надзвичайній ситуації, й, особливо, для осіб із групи підвищеного ризику

- Групові обговорення того, як громада може допомогти особам у групі ризику, виявленим у результаті проведеного оцінювання як осіб, які потребують підтримки та захисту (див. План дій 2.1).

- Завданням комітетів із захисту дітей, створених у громаді, є виявлення дітей груп ризику, моніторинг ризиків, втручання і, коли це можливо, перенаправлення випадків до органів із захисту або для отримання послуг громади (див. План дій 3.2).
- За можливості, для дітей, розлучених з батьками, організувати структуровану й підконтрольну опіку, а не сиротинці (див. План дій 3.2).
- Розшук членів сімей і їхнє воз'єднання для всіх вікових груп (див. План дій 3.2).
- Захист безпритульних дітей та дітей, які раніше перебували у складі військових підрозділів чи озброєних угруповань, і сприяння їхній інтеграції у громаду.
- Заходи, що полегшують залучення ізольованих осіб (сиріт, удів, удівців, людей похилого віку, людей із тяжкими психічними розладами чи захворюваннями, або тих, хто вратив сім'ю) до соціальних мереж.
- За потреби, створювати групи підтримки та занять для жінок.
- Програми, які допомагають батькам виконувати їхні обов'язки.
- Спортивні та молодіжні клуби чи інші оздоровчо-розважальні заходи, наприклад, для підлітків, що перебувають у зоні ризику зловживання психоактивними речовинами, чи виникнення інших соціальних і поведінкових проблем.
- Відновлення проведення культурних і релігійних заходів для усіх (див. План дій 5.3).
- Постійні групові обговорення, що стосуються психічного здоров'я та психосоціального благополуччя громади.
- Створювати мережі, які об'єднують постраждале населення з організаціями, що надають допомогу, а також із урядовими та різними службами.
- Спільні для громади практики зцілення (див. План дій 5.3).
- Інші заходи, які допомагають членам громади отримати чи відновити контроль над своїм життям.
- Заходи, що сприяють ненасильницькому вирішенню конфлікту, наприклад, дискусії, драматичні постановки й пісні, спільні заходи, які проводять представники протилежних сторін.
- Структурно організовані заходи для дітей та молоді (в т. ч. неофіційне навчання у закладах, дружніх до дітей) (див. План дій 7.1).

- Організація доступу до інформації про події, послуги, дані про зниклих безвісти, питань безпеки тощо (див. План дій 8.1).
- Організація доступу до тимчасового житла і базових послуг (див. Плани дій 9.1, 10.1 і 11.1).

5. Проводити, коли це доречно, короткі навчання за участі громади з подальшою підтримкою (див. План дій 4.3)

У разі недостатніх систем підтримки або їх неспроможності досягати певних цілей, рекомендується навчати працівників громади, в т. ч. волонтерів, виконанню певних завдань:

- визначення і належне реагування на особливі потреби певних членів громади, які не спроможні нормально функціонувати;
- розроблення і надання підтримки з урахуванням культурних особливостей;
- надання базової підтримки, наприклад, першої психологічної допомоги тим, хто зазнав сильного дистресу внаслідок контакту з надзвичайними стресовими факторами (див. План дій 6.1);
- створення груп «матері і дитини» для обговорення та сприяння розвитку малолітніх дітей (див. План дій 5.4);
- за доцільності, надання підтримки сім'ям, інформуючи їх про різноманітні стратегії вирішення проблем і забезпечуючи знаннями з виховання дітей;
- ідентифікація, захист і піклування про дітей, розлучених із сім'єю;
- залучення до різних видів діяльності людей із обмеженими можливостями;
- підтримка постраждалих від гендерно зумовленого насильства;
- сприяння звільненню та інтеграції хлопців та дівчат, пов'язаних із різними збройними силами й озброєними угрупованнями;
- організація груп самопомоги;
- залучення молоді до практик позитивного лідерства, наприклад, до організацій молодіжних клубів, спортивних заходів, діалогів із вирішення конфліктів, освіти щодо репродуктивного здоров'я та до інших тренінгів із необхідних навичок для життя;
- залучення дорослих та підлітків до конкретних змістовних заходів в інтересах громади, наприклад, таких як будівництво/організація тимчасового житла, організація програм пошуку членів сім'ї, розподіл харчів, приготування їжі, санітарія, проведення вакцинації і навчання дітей;
- за необхідності й за можливості, перенаправлення постраждалих до відповідних юридичних, медичних організацій чи до організацій, які надають засоби для існування, харчування і соціальну допомогу.

6. За потреби, відстоювати інтереси маргіналізованих людей і осіб із групи ризику всередині громади чи за її межами

Зазвичай осіб, які були маргіналізовані до початку кризи, ігнорують і не підтримують під час і після кризи. Працівники гуманітарної сфери можуть приділити увагу і цій проблемі, керуючись у своїй роботі принципами соціальної справедливості, виступаючи на захист тих, хто може бути обділений увагою, і надаючи маргіналізованим людям можливість самостійно відстоювати себе.

Ключові джерела

1. IASC (2005). *Guidelines for Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings*. Geneva: IASC. <http://www.unhcr.org/453492294.pdf>
2. IFRC (2003). 'Promoting community self-help', in *Community-based Psychological Support: A Training Manual*, pp. 57-65. Geneva: International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies. Джерело доступне англійською, арабською, французькою та іспанською мовами за посиланням: <http://resourcecentre.savethechildren.se/sites/default/files/documents/2705.pdf>
3. Norwegian Refugee Council/Camp Management Project (2004, revised 2007). *Camp Management Toolkit*. <http://www.flyktninghjelpen.no/?did=9072071>
4. Pretty J. N. and Vodouhê D. S. (1997). 'Using rapid or participatory rural appraisal'. FAO: New York. <http://www.fao.org/docrep/W5830E/w5830e08.htm>
5. Refugee Studies Centre and UNICEF (2002). 'Addressing the needs of children, their families and communities', in *Working with Children in Unstable Situations – Principles and Concepts for Psycho-social Interventions* (робоча версія), pp. 47-79. [https://www.essex.ac.uk/armedcon/story_id/Workingwithchildren_Guide\[1\]\[1\].PM6.pdf](https://www.essex.ac.uk/armedcon/story_id/Workingwithchildren_Guide[1][1].PM6.pdf)
6. Regional Psychosocial Support Initiative (REPSSI) (2006). *The Journey of Life* (awareness and action workshops). <http://www.repssi.org/>
7. Save the Children (1996). *Promoting Psychosocial Well-Being Among Children Affected by Armed Conflict and Displacement: Principles and approaches*. <http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/PSYCHSOCWELLBEING2.PDF>

Приклади індикаторів процесу

- Здійснені кроки, необхідні для визначення, активації та посилення місцевих ресурсів підтримки психічного здоров'я та психосоціального благополуччя.
- Процеси в громаді й ініціативи беруть до уваги й підтримують людей, що перебувають у зоні підвищеного ризику.
- При потребі, проводять короткі тренінги, спрямовані на розбудову спроможності місцевих заходів підтримки.

Приклад: Боснія, 1990-ті роки:

- У Боснії внаслідок війни 1990-х років у сільській місцевості було багато жінок, які піддавалися зґвалтуванням та зазнали втрат і потребували психосоціальної підтримки, але не бажали розмовляти з психологами й психіатрами, тому що почувалися осоромленими й стигматизованими.
- Тому, підтримуючи практику, яка існувала до війни, жінки збиралися групами, щоб в'язати, пити каву та підтримувати одна одну.
- Зовнішні організації сприяли цій практиці, забезпечуючи незначні кошти для придбання вовни для в'язання і розвиваючи можливість перенаправлення.

План дій 5.3

Сприяти розвитку умов для культурних, духовних і релігійних практик зцілення у громаді

Напрямок: Мобілізація громади і підтримка

Етап: Мінімальне реагування

Передумови

Під час надзвичайних ситуацій люди можуть переживати колективні стреси культурного, духовного і релігійного характеру, які можуть потребувати негайної уваги. Люди, які надають допомогу, але не належать до місцевої культури, часто мислять категоріями індивідуальних симптомів і реакцій, таких як депресія і травматичний стрес. Проте багато постраждалих, особливо не із західного суспільства, переживають страждання духовні, релігійні, родинні або пов'язані з громадою.

Постраждалі можуть відчувати сильний стрес через неможливість провести прийнятні у їхній культурі похоронні ритуали у ситуаціях, коли тіла загиблих неможливо поховати, або не вистачає фінансів чи приватного простору для проведення таких ритуалів. Також люди можуть переживати сильний стрес, якщо вони не можуть нормально практикувати звичні релігійні, духовні чи культурні обряди. Цей План дій стосується загальних релігійних і культурних видів підтримки громади, підтримки релігійних і культурних (у т. ч. духовних) аспектів для тих груп, які не обов'язково потребують турботи. А [План дій 6.4](#) охоплює традиційний догляд осіб та сімей, які звертаються по допомогу.

На колективні стреси такого роду можна реагувати проведенням відповідних культурних, релігійних та духовних обрядів. Проведення похоронних ритуалів може зменшити дистрес завдяки можливості жалоби й горя. У деяких середовищах церемонії зцілення та очищення сприяють відновленню та інтеграції. Побожному населенню віра та практики, подібні до молитов, надають підтримку й змістовність у складних обставинах. Розуміння і, мірою потреби, здійснення та підтримка проведення культурних практик зцілення може покращити психосоціальне благополуччя багатьох постраждалих. З іншого боку, ігнорування подібних практик зцілення може подовжити дистрес і потенційно заподіяти шкоду через вилучення корисних і культурно доцільних способів копію. В багатьох ситуаціях робота з релігійними лідерами і ресурсами є суттєвою частиною психосоціальної підтримки у надзвичайній ситуації.

Підтримування контактів у сфері місцевої релігії чи культури часто є важкою для немісцевих працівників, що надають допомогу і яким необхідно враховувати світогляд, що дуже відрізняється від їхнього. Оскільки деякі місцеві практики завдають шкоду (наприклад, в умовах, коли духовність і релігія політизуються), працівники гуманітарної сфери мають підходити до цього критично й підтримувати місцеві практики та ресурси тільки тоді, коли вони відповідають міжнародним стандартам з прав людини.

Ключові дії

1. Звернутися до місцевих релігійних та духовних лідерів, а також до інших культурних наставників, щоб дізнатися про їхні погляди на ступінь шкоди, заподіяної людям, і на те, які практики можуть підтримати постраждале населення

Корисні кроки:

- проглянути наявні оцінювання ситуації (див. План дій 2.1) для уникнення ризику повторення опитувань;
- звернутися до місцевих релігійних чи духовних лідерів, віддаючи перевагу інтерв'юеру з тієї самої етнічної чи релігійної групи, щоб дізнатися більше про їхні погляди (див. Ключову дію 3 нижче). Оскільки серед постраждалого населення можуть перебувати люди різних груп і течій, важливо звернутися до представників усіх ключових релігійних груп і течій. Через опитування можна з'ясувати духовні та релігійні проблеми, а отримана інформація може допомогти скерувати надану допомогу на підтримку місцевих ресурсів, які покращують благополуччя людей.

2. Дотримуватися етичної чутливості

Вживати місцеву мову, за необхідності при допомозі компетентного перекладача, ставити запитання, які наставник з культури, особа обізнана в місцевій культурі, рекомендував як відповідні. Для постраждалих може бути важко ділитися інформацією про їхню релігію і духовність зі сторонніми, особливо у ситуаціях, пов'язаних із геноцидом чи зі збройним конфліктом, під час якого зазнали нападів їхні релігійні вірування і/або етнічна приналежність.

Досвід засвідчує, що працівникам гуманітарної сфери можна поговорити з релігійними і духовними лідерами, якщо працівники проявлять повагу і пояснять, що їхньою метою є лише вивчення найкращих способів підтримати постраждалих і уникнути шкідливих практик. У багатьох надзвичайних

ситуаціях релігійні та духовні лідери виявлялися основними партнерами у навчанні гуманітарних працівників тому, як підтримати постраждалих. Етична чутливість необхідна ще й тому, що деякі духовні, культурні й релігійні практики (наприклад, принесення у жертву вдови) призводять до шкоди. Дуже важливо дотримуватися критичної точки зору й підтримувати культурні, релігійні й духовні практики тільки тоді, коли вони відповідають стандартам прав людини. Висвітлення місцевих практик у ЗМІ може спричинити проблеми, тому це можна допустити лише з повної згоди залучених членів громади.

3. Вивчати культурну, релігійну й духовну підтримку, а також механізми копінгу

Щойно встановивши контакт, ставити такі запитання:

- Які, на Вашу думку, духовні причини й наслідки надзвичайної ситуації?
- Як це вплинуло на людей із культурної та духовної точки зору?
- Що зазвичай відбувається після смерті людини?
- Чи є ритуали або культурні практики, які можна було б провести і який для цього найбільш відповідний час?
- Хто може надати рекомендації з проведення цих ритуалів і поховання тіл?
- Хто у громаді отримає найбільшу користь від певних ритуалів очищення і зцілення та чому?
- Чи погодитесь Ви надавати поради міжнародним працівникам, які тут перебувають, щодо того, як підтримати людей духовно й не завдати шкоди?

Якщо доцільно, повторити візити, щоб зміцнити довіру й дізнатися більше про релігійні та культурні практики. Також, якщо можливо, підтвердити зібрану інформацію, обговоривши її з місцевими антропологами та іншими спеціалістами з культури, які мають широкі знання місцевих традицій і практик.

4. Поширювати зібрану інформацію серед гуманітарних діячів на секторних та координаційних зустрічах

Обмінюватися зібраною інформацією з колегами з інших секторів, у т. ч. на міжсекторних координаційних зустрічах МПК та інших платформах, щоб поінформувати про культурні та релігійні проблеми й практики. Підкреслювати потенційну шкоду, яку можна завдати, наприклад, неритуальними масовими похованнями або наданням харчів та інших матеріалів, які вважаються образливими з релігійних причин.

5. Сприятливі умови для належних практик зцілення

Роль працівників гуманітарної сфери полягає у забезпеченні проведення практик, необхідних для постраждалих людей, які відповідають міжнародним стандартам з прав людини. Ключовими кроками є:

- робота з обраними лідерами, щоб визначити, як можна застосувати відповідні практики;
- виявлення перешкод (наприклад, брак ресурсів) для проведення цих практик;
- усунення цих перешкод (наприклад, надання місця для ритуалів та ресурсів, таких як їжа для присутніх на похованні, а також матеріалів для поховання);
- за можливості, проведення змішаних практик (наприклад, місцевих та західних).

Ключові джерела

1. PAHO/WHO (2004). 'Sociocultural aspects'. In: *Management of Dead Bodies in Disaster Situations*, pp. 85-106. Washington: PAHO.
<http://www.paho.org/English/DD/PED/DeadBodiesBook.pdf>
2. Psychosocial Working Group (2003). *Psychosocial Intervention in Complex Emergencies: A Conceptual Framework*.
<http://www.forcedmigration.org/psychosocial/papers/Conceptual%20Framework.pdf>
3. Sphere Project (2004). *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Mental and social aspects of health, pp. 291-293. Geneva: Sphere Project.
<http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>

Приклади індикаторів процесу

- Визначена місцева культурна, релігійна й духовна підтримка, інформація поширена між працівниками гуманітарної сфери.
- Перешкоди щодо проведення належних практик виявлені, ліквідовані або зменшені.
- Зроблені кроки для підтримки практик, які цінують постраждалі люди та які не порушують міжнародні стандарти з прав людини.

Приклад: Ангола, 1996 рік

- Юнак, колишній солдат, повідомив, що зазнає стресу та страху через те, що дух людини, яку він убив, відвідує його вночі. Проблема була колективною, оскільки його сім'я і громада вважали його оскверненим і боялися помсти духа, якщо не провести ритуал очищення.

- Працівники гуманітарної сфери проконсультувалися з місцевими цілителями, які сказали, що зможуть вигнати злого духа через ритуал очищення, якого хлопець, за його словами, потребував.
- Міжнародна гуманітарна організація надала необхідну їжу та тварин для жертвоприношення, і цілитель провів ритуал, який, як вважалося, очистить хлопця і захистить громаду. Після цього хлопець і члени громади повідомили про покращення благополуччя.

План дій 5.4

Сприяти підтримці дітей (0-8 років) і їхніх опікунів

Напрямок: Мобілізація громади і підтримка

Етап: Мінімальне реагування

Передумови

Раннє дитинство (0-8 років) є найважливішим періодом у житті людини для фізичного, когнітивного, емоційного та соціального розвитку. У цей період відбувається стрімкий і важливий розвиток мозку, який залежить від адекватного захисту, стимуляції та турботи. Ранні втрати (наприклад, смерть батьків), спостереження фізичного чи сексуального насильства, а також інші дистресові події можуть підірвати емоційні зв'язки й негативно позначитися на здоровому, довготривалому соціальному та емоційному розвитку. Однак більшість дітей відновлюються після пережитого, особливо, якщо їх забезпечити належною турботою та підтримкою.

У надзвичайних ситуаціях благополуччя дітей великою мірою залежить від ситуації в сім'ї та громаді. Їхнє благополуччя може страждати, якщо їхні матері стривожені, виснажені або перебувають у депресії, або якщо опікуни через фізичні чи емоційні причини не можуть надавати дітям належну турботу, дотримуватися звичного режиму та надавати своїм дітям підтримку. Дітей, розлучених із батьками, можуть помістити у тимчасовий притулок, що є небажаним. Як батьки, так і діти, можуть перебувати в групі ризику через порушення медичних послуг, недоїдання і цілу низку загроз безпеці.

У надзвичайних ситуаціях програми для дітей раннього віку мають бути скоординовані (див. План дій 1.1) і базуватися на відповідному оцінюванні, включаючи дані щодо кількості й віку дітей до 8 років (див. План дій 2.1), кількості вагітних жінок і жінок з новонародженими. Програми для дітей раннього віку мають підтримувати їхні сім'ї або опікунів, які піклуються про маленьких дітей. Заходи програм для дітей раннього віку мають стимулювати, надавати базове харчування (у ситуаціях із браком продуктів), забезпечувати захист і зв'язок між немовлятами та опікунами. Такі заходи спрямовані на задоволення основних потреб дітей і на допомогу в зниженні рівня дистресу, спричиненого надзвичайною ситуацією, у безпечних, захищених й організованих умовах, водночас допомагаючи та підтримуючи опікунів.

Ключові дії

1. Діти мають перебувати разом із їхніми матерями, батьками або іншими опікунами

(а) **Запобігати роз'єднанню.** Під час надзвичайних ситуацій, де можливе переміщення людей, підтримувати громади й сім'ї у створенні культурно прийнятних і належних методів уникнення роз'єднання сімей.

- Слідкувати, щоб матері, які годують грудьми, та їхні діти перебували разом.
- Навчити старших дітей пісням, які включають їхні прізвище, селище і контактну інформацію.
- Для полегшення пошуку дітей і таким чином мінімізації роз'єднання передбачити засоби ідентифікації дитини, наприклад за допомогою бірок, записок в одязі тощо.

(б) **Возз'єднувати батьків із дітьми** (див. План дій 3.2). Якщо діти були роз'єдані з сім'єю:

- зв'язатися з організацією, що займається возз'єднанням сімей;
- сприяти відстеженню людей та їхньому подальшому возз'єднанню; реєструвати дату і місце віднайдення загублених дітей; збирати інформацію у самих дітей, застосовуючи методи, відповідно до їхнього віку, наприклад, попросивши дітей намалювати місце, де вони жили, або розповісти про себе;
- зберігати одяг дитини, тому що він є одним із основних ключових заходів встановлення особи дитини і возз'єднання з батьками.

(с) **Сприяти створенню альтернативних варіантів догляду.** Під час кризи і надзвичайних ситуацій, за відсутності інших варіантів, може виникнути потреба облаштувати тимчасові центри для захисту дітей, розлучених із сім'єю, доки не буде знайдено довготермінове рішення. Доки діти очікують возз'єднання зі своїми сім'ями, за ними може наглядати особа або родина, що можуть надати належні догляд та захист. Дитячі будинки треба розглядати як крайній захід, оскільки вони, зазвичай, не надають належної підтримки.

- Ухвалювати рішення щодо умов догляду, *максимально враховуючи інтереси дитини в місцевому культурному контексті.*
- За можливості, намагатися забезпечити утримання дитини з родичами і/або громадою, уникати розлучення братів і сестер одне з одним.
- За можливості, намагатися, щоб сім'я опікуна була постійною, щоб не було багатьох таких сімей.

- Для новонароджених дітей, які втратили матір чи були розлучені зі своїми батьками, задовольняти базові потреби в їжі, теплі та турботі, враховуючи те, що у деяких культурах дівчата більше ризикують отримати недостатньо турботи.

Якщо дітей уже помістили в дитячі будинки або інші заклади, необхідно провести оперативне оцінювання їхнього стану та здійснити можливі кроки для підтримки занять із розвитку дітей раннього віку.

2. Заохочувати продовження грудного годування

Грудне годування оптимальне для фізичного, психосоціального й когнітивного благополуччя немовлят і дітей ясельного віку. Грудне годування підтримує когнітивний розвиток дитини, заспокоює її, посилює зв'язок між матір'ю та дитиною, не потребує додаткових приготувань, безкоштовне та зазвичай достатньо безпечне (стосовно пояснень див. *UNICEF 2002, HIV and Infant Feeding*).

- Заохочувати грудне годування через індивідуальну підтримку і в діалозі з громадою.
- Консультувати матерів із новонародженими дітьми (і їхніх родичів) стосовно догляду за новонародженими, звертаючи увагу на грудне годування, сповивання і зігрівання дитини, купання та гігієну.
- Уникати розповсюдження молочних сумішей, адже вони не сприяють грудному годуванню.
- Звертати першочергову увагу на додаткове харчування вагітних та жінок, що годують.
- Уникати надмірного тиску на матерів щодо грудного годування. Матері, які відмовляються годувати грудьми, або зазнають труднощів під час цього процесу, чи не можуть годувати грудьми, повинні отримати належну підтримку.

3. Заохочувати ігри, дбайливий догляд та соціальну підтримку

Під час надзвичайної ситуації треба проводити різноманітні заняття з розвитку дітей раннього віку. Ці заняття можуть охоплювати навчання батьків, домашні візити, спільний догляд за дітьми й ігрові групи, «безпечні місця», бібліотеки іграшок і неофіційні зібрання батьків у безпечних місцях (див. [План дій 5.1](#)).

- Створювати доречні нагоди для активних ігор, стимуляції та соціалізації. Це може пом'якшити негативний психосоціальний вплив кризових ситуацій.

- Адаптувати заняття до віку дітей, їхньої статі й культури. Для мінімізації дистресу дітям потрібне відчуття повсякденності та участь у нормалізуючих заняттях, які мають відображати їхню звичайну буденність (наприклад, дитина з кочової сім'ї, яка ніколи не була у школі, не може вважати офіційну освіту ні нормалізуючою, ні заспокійливою). У плануванні та реалізації програми використовувати показники розвитку дитини, що належать до культури, які можуть виявитися прийнятнішими, ніж західні моделі розвитку.
- У безпечних місцях (див. [Плани дій 5.1 і 7.1](#)) проводити заходи, які надають особливу підтримку зовсім маленьким дітям. Якщо умови дозволяють, організувати групові заняття відповідно до їхнього розвитку: 0-12/18 місяців (ще не почали говорити і ходити), від 12/18 місяців до трьох років і 3-6 років. (Заняття для 6-8-літніх дітей описані в [Плані дій 7.1](#).) Навчати батьків, братів та сестер, бабусь та дідусів, а також молодь, як співпрацювати з наявним персоналом, а також як поширювати інформацію вдома, розповідаючи сім'ї про те, як вони можуть сприяти здоровому розвитку маленьких дітей. Залучати довірених літніх жінок та молодих дівчат як волонтерів у безпечних місцях.
- Оцінити можливість використання відомих ігор, пісень і танців, а також саморобних іграшок, адже вони є найбільш практичні в умовах надзвичайної ситуації.
- Облаштувати місце для ігор дітей, спілкування опікунів у всіх закладах, які надають послуги маленьким дітям, наприклад, у програмах лікувально-профілактичного годування, шпиталях, клініках, а також у місцях розподілу їжі й непродовольчих товарів.
- Заохочувати проведення занять для маленьких дітей, що сприяють розвитку громади та ненасиллю в громадах, які постраждали від насилля.
- Залучати дітей з особливими потребами до заходів з догляду, ігор і соціальної підтримки на рівні громади.
- Для ознайомлення зі спеціальним керівництвом щодо стимулювання маленьких дітей під час продовольчої кризи, див.: *WHO, 2006 Mental health and psychosocial well-being among children in severe food shortage situations* у підрозділі «Ключові джерела».

4. Турбуватися про опікунів

Під час надзвичайної ситуації дуже важливо організувати зустрічі, на яких опікуни маленьких дітей можуть обговорити минулі, теперішні та майбутні

події, поділитися методами вирішення проблем і підтримати одне одного з метою ефективного піклування про дітей.

- У безпечних місцях (див. **Плани дій 5.1 і 7.1**) організувати групи підтримки, де батьки/матері зможуть поділитися одне з одним своїми проблемами.
- Рекомендувати батькам не обговорювати деталі жаклих подій при дітях або разом із ними.
- Під час занять у малих групах для сімей із маленькими дітьми батьки отримують можливість багато дізнатися, спостерігаючи за спілкуванням інших людей та дітей. Потрібно привертати увагу до позитивних прикладів спілкування батька-матері й дитини та заохочувати інших батьків спілкуватися зі своїми дітьми у подібний спосіб.
- Допомогати батькам і опікунам зрозуміти зміни після кризи, які вони зауважують у дітях. Пояснити, що підвищене почуття страху перед іншими, замикання у собі, надмірна забіякуватість щодо інших дітей, – поширена реакція на стрес, а не показник помилок, яких допустився опікун.
- Ділитися інформацією з батьками та опікунами про те, як визначити проблеми й підтримати психосоціальне здоров'я дітей, а також про контроль, регулювання і зміну агресивної поведінки дітей через послідовне дотримання дисципліни і визначення меж.
- Визначити негативні реакції на стрес дитини, такі як: побиття, залишення без нагляду або стигматизація, і пропонувати батькам та лідерам громади альтернативні стратегії.
- Батьків, які мають труднощі в піклуванні про дітей через тяжкі проблеми з психічним здоров'ям, треба перенаправляти для отримання відповідної підтримки від медичного персоналу (якщо вони пройшли підготовку з надання послуг з психічного здоров'я; див. **План дій 6.2**). Зокрема, тяжкі депресії можуть вплинути на здатність піклуватися про дітей.

Ключові джерела

1. Bernard van Leer Foundation (2005). *Early Childhood Matters. Volume 104: Responding to young children in post-emergency situations.*
http://toolkit.ineesite.org/toolkit/INEEcms/uploads/1040/Responses_to_Young_Children.PDF
2. Consultative Group on Early Childhood Care and Development (1996). *Children as Zones of Peace: Working with Children Affected by Armed Violence.*
http://www.ecdgroup.com/docs/Children_as_Zones_of_Peace_Working_with_Children_Affected_by_Armed_Violence-13_05_2001-13_53_24.pdf

3. Emergency Nutrition Network Online (2006). *Infant Feeding in Emergencies*.
<http://www.ennonline.net/ife/index.html>
4. Human Sciences Research Council of South Africa (HSRC). Psychosocial Support Resources: Davids D. (Hesperian Foundation), *Emotional Behaviour Book*.
http://www.hsrc.ac.za/research/programmes/CYFD/unicef/other_resources.html
5. ICRC, IRC, Save the Children UK, UNICEF, UNHCR and World Vision (2004). *Inter-Agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children*. Save the Children UK.
https://www.unicef.org/protection/IAG_UASCs.pdf
6. INFO Reports/Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (2006). *Breastfeeding Questions Answered: A Guide for Providers*.
<https://www.k4health.org/sites/default/files/BreastfeedingQuestionsAnswered.pdf>
7. Save the Children UK (2006). *ECD Guidelines for Emergencies – the Balkans*.
https://www.researchgate.net/publication/237474250_ECD_Guidelines_for_Emergencies_The_Balkans
8. UNESCO and IIEP (2006). *Guidebook for Planning Education in Emergencies and Reconstruction*.
<http://unesdoc.unesco.org/images/0019/001902/190223e.pdf>
9. UNICEF and Macksoud M. (2000). *Helping Children Cope with the Stresses of War: A Manual for Parents and Teachers*.
http://www.unicef.org/publications/files/Helping_Children_Cope_with_the_Stresses_of_War.pdf
10. UNICEF (2002). *HIV and Infant Feeding*.
http://www.unicef.org/publications/files/pub_hiv_infantfeeding_en.pdf
11. WHO (2006). *Mental health and psychosocial well-being among children in severe food shortage situations*. Geneva: WHO.
http://www.who.int/nmh/publications/msd_MHChildFSS9.pdf
12. Women's Commission for Refugee Women and Children (2005). *Field-friendly Guide to Integrate Emergency Obstetric Care in Humanitarian Programs*.
<https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/145-field-friendly-guide-to-integrate-emergency-obstetric-care-in-humanitarian-programs>

Приклади індикаторів процесу

- Впроваджені Міжвідомчі керівні принципи роботи з дітьми без супроводу і дітьми, що розлучені з сім'ями (*Inter-Agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children*).
- Організовані заняття з раннього розвитку дітей дошкільного віку для дівчат і хлопців (0-8 років) та їхніх опікунів.
- Грудне годування заохочується.
- Опікуни зустрічаються в безпечних місцях для обговорення труднощів і підтримки один одного.

Приклад: Ангола, 1999–2000 роки

- У таборах для внутрішньо переміщених осіб було мало доступних занять для маленьких дітей, а батьки приділяли недостатньо часу для спілкування з дітьми раннього віку.
- Ідентифікувавши дорослих, до яких місцеве населення зверталось за порадою і допомогою з дітьми, міжнародні неурядові організації провели тренінг про те, як організувати заходи, відповідно до віку та статі, і які забезпечують стимулювання і сприяють позитивній соціальній взаємодії.
- За відсутності шкіл та інших центрів місцеві учасники проводили заняття у затінку дерев, залучали до занять матерів і перенаправляли дітей, які потребували спеціалізованої допомоги. Ці заняття принесли користь декільком тисячам матерів і дітей.

План дій 6.1

Включити в загальну охорону здоров'я конкретні психологічні й соціальні аспекти

Напрямок: Послуги з охорони здоров'я

Етап: Мінімальне реагування

Передумови

У більшості надзвичайних ситуацій є прогалина між питаннями психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ПЗПСП) і загальними послугами з охорони здоров'я. Однак те, яким чином надають медичну допомогу, часто впливає на психосоціальне благополуччя людей, які знаходяться в обставинах надзвичайної ситуації. Співчуття і турбота, які емоційно підтримують, захищають благополуччя постраждалих. Натомість відсутність поваги, погана комунікація загрожують почуттю гідності, утримують людей від звертання за послугами з охорони здоров'я й негативно впливають на дотримання режимів лікування, в т. ч. таких небезпечних для життя хвороб, як ВІЛ/СНІД. Проблеми фізичного й психічного здоров'я часто збігаються, особливо серед постраждалих. Проте, намагаючись якнайшвидше організувати і надати медичну допомогу, забувають про міцний зв'язок між соціальними, фізичними та психічними аспектами здоров'я.

Заклади охорони здоров'я, наприклад, центри первинного медико-санітарного обслуговування, часто є першими пунктами, куди звертаються по допомогу люди з психічними або психосоціальними проблемами. Заклади охорони здоров'я під час лікування хвороб і травм часто стикаються з емоційними проблемами, особливо під час лікування наслідків порушення людських прав, таких як тортури й зґвалтування. Певні форми психологічної підтримки (наприклад, базова перша психологічна допомога) для людей із гострим психологічним дистресом не потребують спеціальних знань, отож, можна навчити працівників, які не мають попередньої освіти з питань психічного здоров'я.

Цей План дій охоплює психологічні й соціальні аспекти під час надання послуг з охорони здоров'я у надзвичайній ситуації. [План дій 6.2](#) описує управління тяжкими психічними розладами під час надзвичайної ситуації. Описані далі дії стосуються послуг з охорони здоров'я, які надавали раніше, і тих, що виникли у зв'язку з надзвичайною ситуацією.

Ключові дії

1. Включити в сферу надання послуг з охорони здоров'я певні соціальні аспекти

Створити рівну, належну й доступну медичну допомогу, що відповідає вимогам Мінімальних стандартів проекту «Сфера» з охорони здоров'я для збереження гідного життя. Враховувати такі соціальні фактори:

- максимально залучати постраждалих чоловіків та жінок до розроблення, впровадження, моніторингу і оцінки всіх послуг з охорони здоров'я під час надзвичайної ситуації (для довідки див. посібник ALNAP у підрозділі «Ключові джерела» і [Плани дій 2.1, 2.2 і 5.1](#));
- розширення доступу до послуг з охорони здоров'я завдяки розташуванню нових центрів послуг на відстані безпечної пішої дистанції для членів громади. Намагатися збалансувати гендерні показники серед медичного персоналу і залучати представників ключових меншин та мовних груп для покращення доступу постраждалих до медичних послуг. За потреби, використовувати перекладачів.
- Захист і підтримка права пацієнтів на:
 - поінформовану згоду (для обох статей) перед медичними і хірургічними процедурами (чітке пояснення процедур є особливо необхідним, коли невідкладну допомогу надає міжнародний персонал, у якого може бути інший підхід до медицини);
 - приватність (за можливості, наприклад, відділити шторою зону приймальні);
 - конфіденційність інформації щодо стану здоров'я пацієнтів. Особлива обережність потрібна щодо даних, які пов'язані з порушенням прав людини (наприклад, тортури і зґвалтування).
- Для забезпечення доступного і безпечного лікування використовувати тільки ті основні медикаменти, які передбачені Стандартним переліком основних лікарських засобів ВООЗ. За можливості, використовувати доступні в регіоні непатентовані ліки (дженерики).
- Нотувати та аналізувати інформацію з охорони здоров'я, групуючи її за статтю та віком;
- Повідомляти постраждалому населенню важливу інформацію щодо охорони здоров'я, пов'язану з надзвичайною ситуацією ([див. План дій 8.1](#)).

2. Надавати свідоцтва про народження і смерть (за потреби)

Свідоцтво про смерть необхідне для членів родини, що залишилися, для оформлення юридичних заяв (у т. ч. заяв на спадщину). Свідоцтво про народження часто необхідне для ідентифікації та отримання громадянства і,

відповідно, для доступу до державних послуг (наприклад, освіта), а також для захисту від нелегального усиновлення, примусового призову в армію і торгівлі людьми. Якщо офіційні органи не здатні надати ці документи, їх мають видавати медичні працівники.

3. Сприяти перенаправленню до ключових ресурсів за межами системи охорони здоров'я, в т. ч. до:

- місцевих соціальних послуг, механізмів підтримки й захисту в громаді (див. [Плани дій 3.2, 3.3 і 5.2](#));
- юридичної і/або судової підтримки тих, хто постраждав від порушення прав людини, коли це можливо і доречно;
- агентства пошуку людей для тих, хто не може знайти зниклих родичів.

4. Інформувати працівників сфери загального здоров'я та персонал з психічного здоров'я щодо психологічного компонента невідкладної медичної допомоги

Див. також [План дій 4.3](#) для рекомендацій щодо організації інформаційних заходів. Проводити орієнтаційні семінари тривалістю у півдня, а краще на весь день, для місцевих і міжнародних працівників. Враховувати наступний зміст:

- Психонавчальна і загальна інформація, що містить:
 - важливість лікування постраждалих у катастрофі з урахуванням захисту їхньої гідності;
 - базову інформацію про те, що відомо про вплив надзвичайної ситуації на психічне здоров'я та психосоціальну підтримку (див. [Розділ 1](#)), в т. ч. розуміння місцевих психологічних реакцій на надзвичайну ситуацію;
 - ключові висновки, зроблені на основі оцінювання стану психічного здоров'я та психосоціальної підтримки на місцях (див. [План дій 2.1](#));
 - уникнення недоречного патологізування/медикалізації (наприклад, різниця між непатологічним дистресом і психічним розладом тих, хто потребує клінічного лікування і/або перенаправлення до спеціаліста);
 - знання про доступні в регіоні послуги з психічного здоров'я, що дозволяють здійснювати перенаправлення осіб із тяжкими психічними розладами (див. [План дій 6.2](#));
 - знання про доступну в регіоні соціальну підтримку та захисні механізми в суспільстві, які дозволяють проводити належне перенаправлення (див. [Плани дій 5.2 і 3.2](#)).
- Спілкування з пацієнтами, надання їм зрозумілої і точної інформації щодо стану їхнього здоров'я та відповідних послуг, таких як пошук родичів. Щодо спілкування можна додати:

- вміння уважно слухати;
- базові знання про те, як співчутливо повідомляти погані новини;
- базові знання про те, як співчутливо повідомляти погані новини тим, хто має суїцидальні нахили, психопатичним чи замкненим пацієнтам;
- базові знання про те, як реагувати на розповідь про дуже особисті чи емоційні події, такі як сексуальне насильство.
- Як підтримати вирішення проблем і розширення можливостей інших людей, допомагаючи їм визначити їхні проблеми, групове обговорення методів копінгу, визначаючи варіанти й оцінюючи користь і наслідки запропонованих варіантів.
- Базові техніки управління стресом, у т. ч. місцеві (традиційні) техніки релаксації.
- Нефармакологічне лікування і перенаправлення соматичних скарг без медичного пояснення після виключення фізичних причин (див. обговорення на платформі для наукових досліджень [*Forum for Research and Development*] у підрозділі «Ключові джерела»).

5. Зробити психологічну підтримку доступною для людей, які пережили надзвичайно тяжкі стрес-фактори (також відомі як травматичні стрес-фактори)

- Більшість людей, які страждають від гострого психічного дистресу, після впливу надзвичайно стресової події найкраще підтримувати, не застосовуючи лікарські засоби. Всі гуманітарні представники, особливо медичні, мають уміти надати базову першу психологічну допомогу (ППД). ППД часто помилково приймають за клінічну або нагальну психіатричну інтервенцію. Однак це скоріше гуманний, співчутливий спосіб упоратися з переживаннями людини, яка може потребувати допомоги. ППД суттєво відрізняється від психологічного дебрифінгу, тому що необов'язково передбачає обговорення події, яка викликала дистрес. ППД охоплює:
 - захист від подальшої шкоди (іноді люди у стані сильного дистресу можуть ухвалювати рішення, внаслідок яких наражаються на ще більший ризик шкоди). Якщо доречно, повідомити тих, хто пережив надзвичайну ситуацію і перебуває у стані стресу, про їхнє право відмовлятися від обговорення події з (іншими) працівниками гуманітарної сфери й журналістами;
 - надання можливості тим, хто вижив, поговорити про те, що сталося, без тиску. Поважати відмову від бесіди й уникати розпитування про інформацію, яку людина може бути не готова надати;

- уважне слухання, співчутливе і без осуду;
 - щире співчуття;
 - виявлення базових практичних потреб і їх забезпечення;
 - спроба дізнатися проблеми людей і вирішити їх;
 - відмова від негативних методів копінгу (особливо перешкоджання копінгу за допомогою вживання алкоголю та інших психоактивних речовин, пояснюючи це тим, що люди у важкому дистресі зазнають звикання до цих психоактивних речовин);
 - заохочення участі у нормальній повсякденній діяльності (за можливості) й застосування позитивних методів копінгу (наприклад, культурно відповідних методів релаксації, які надають культурну й духовну підтримку);
 - заохочення, а не наполягання на товаристві одного або декількох членів родини чи друзів;
 - за можливості, пропозиція звернутися за подальшою підтримкою;
 - за можливості, застосування доступних на місці механізмів підтримки (див. План дій 5.2) або перенаправлення до кваліфікованого клінічного персоналу.
- У деяких випадках, коли тяжкий гострий дистрес обмежує базове функціонування, виникає потреба у клінічному лікуванні (для рекомендацій див. «Коли немає психіатра» [*Where There is No Psychiatrist*] у підрозділі «Ключові джерела»). За можливості, перенаправити пацієнта до клінічного персоналу, підготовленого для надання допомоги людям із психічними розладами (див. План дій 6.2). Клінічне лікування треба надавати разом із іншими видами формальної або неформальної підтримки (див. План дій 5.2).
 - Щодо клінічного лікування гострого дистресу існує тенденція зловживати призначенням бензодіазепінів у більшості невідкладних випадків. Проте цей препарат доцільно призначати на дуже короткий термін у випадках конкретних клінічних проблем (наприклад, тяжке безсоння). Проте застосовувати бензодіазепіни необхідно обережно, оскільки вони можуть викликати швидку залежність, особливо серед людей, що перебувають в умовах гострого дистресу. Також різні експерти мають суперечливі думки стосовно того, що бензодіазепіни можуть уповільнити процес одужання після пережитих сильних стрес-факторів.
 - У багатьох випадках гострий дистрес згодом минає природно, без сторонньої інтервенції. Проте у меншості випадків можуть розвиватися

хронічні розлади настрою або тривожні неврози (в т. ч. тяжкі посттравматичні стресові розлади). Навіть за мінімального реагування тяжкі розлади мають лікувати кваліфіковані клінічні працівники (див. План дій 6.2). У випадку нетяжких розладів (наприклад, життєдіяльність особи не порушена, і вона здатна витримати страждання) людина має отримати відповідну турботу як частину більш комплексного реагування. Де доречно, підтримку в таких випадках можуть надавати підготовлені працівники сфери охорони здоров'я під клінічним наглядом (наприклад, соціальні працівники, психоаналітики), що працюють у центрах охорони здоров'я.

6. Зібрати дані щодо психічного здоров'я в центрах ПМСД

Працівники всіх центрів ПМСД мають вести записи проблем із психічним здоров'ям у медичному архіві, використовуючи прості зрозумілі категорії (див. План дій 6.2, Ключова дія 1 для детальніших рекомендацій).

Ключові джерела

1. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). Participation and health programmes. In: *Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners*, pp. 315-330. www.alnap.org/pool/files/ga_handbook.pdf
2. Forum for Research and Development (2006). *Management of Patients with Medically Unexplained Symptoms: Guidelines* Poster. Colombo: Forum for Research and Development. <http://www.irdsrilanka.org/joomla/>
3. Médecins Sans Frontières (2005). *Mental Health Guidelines*. Amsterdam: MSF. http://www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF_mentalhealthguidelines.pdf
4. National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD (2006). *Psychological First Aid: Field Operations Guide* (Second edition). <https://dmh.mo.gov/docs/diroffice/disaster/pfafiieldoperationsguide2ndedition.pdf>
(Потенційне обмеження у використанні цього джерела полягає в тому, що воно було розроблено для умов катастрофи на Заході. Рекомендації описують розширену версію першої психологічної допомоги, оскільки вони призначені для підготовлених фахівців у сфері психічного здоров'я).
5. Patel V. (2003). Where There is No Psychiatrist. *A Mental Health Care Manual*. *The Royal College of Psychiatrists*. <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx>
6. Sphere Project (2004). *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Minimum Standards in Health Services, pp. 249-312. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
7. WHO/UNHCR/UNFPA (2004). *Clinical Management of Survivors of Rape: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons* (revised edition). Geneva: WHO/UNHCR. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/924159263X/en/>

Приклади індикаторів процесу

- Медичні працівники знають, як захистити і сприяти дотриманню прав пацієнта на збереження гідності через поінформовану згоду, конфіденційність та приватність.
- Медичні працівники здатні надати своїм пацієнтам першу психологічну допомогу (ППД) як невід'ємну частину догляду.
- Медичні працівники проводять відповідні перенаправлення: (а) на отримання послуг суспільної підтримки за межами системи охорони здоров'я, (б) до навчених працівників громади, які перебувають під клінічним контролем (помічників, психоаналітиків), які працюють у медичних закладах (за наявності), і (с) до підзвітного клінічного персоналу, який пройшов підготовку та супервізію з клінічного лікування проблем із психічним здоров'ям.

Приклад: Македонія, 1999 рік

- Велику кількість біженців із Косова розмістили в тимчасових таборах. Медико-санітарний персонал (МСП) пройшов короткий тренінг з ідентифікації (медичної і соціальної) вразливості серед людей та того, куди їх перенаправляти. У тренінг входив базовий курс стрес-менеджменту.
- МСП (який сформували з місцевого населення або з біженців) працював під наглядом фахівців у центрах первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). МСП відповідав за моніторинг, виявлення вразливих людей у таборах, яких потім перенаправляли в медичні та соціальні організації, проводячи подальший контроль медичних/психічних випадків (роботу з населенням) і надаючи інформацію про новоприбулих.
- Служби з психічного здоров'я (психіатрична підтримка і психологічна допомога особам, які страждають від гострих кризових станів) працювали спільно зі службою МСП і приймали людей, перенаправлених до них працівниками центру ПМСД. За стабілізації надзвичайної ситуації, МСП пройшов інтенсивний курс навчання і розпочав під наглядом надавати психотерапевтичну допомогу в таборах.

План дій 6.2

Забезпечувати доступ до послуг з охорони здоров'я особам із тяжкими психічними розладами

Напрямок: Послуги з охорони здоров'я

Етап: Мінімальне реагування

Передумови

Психічні розлади становлять чотири з десяти основних причин інвалідності по всьому світу, але психічне здоров'я є однією з найнебезпечніших галузей охорони здоров'я. В нормальні часи не в багатьох країнах забезпечені потреби клінічної охорони психічного здоров'я, не говорячи вже про надзвичайну ситуацію. Ті клінічні послуги з психічного здоров'я, які існують у країнах із низьким і середнім доходом, здебільшого наявні у лікарнях великих міст і часто недоступні для широких верств населення.

За прогнозами, в умовах надзвичайної ситуації у середньому кількість людей із тяжкими психічними розладами (наприклад, психоз або тяжкі випадки розладу настрою і тривожних розладів) збільшиться на один відсоток і перебільшує оціночний критерій 2-3 відсотки. Крім того, відсоток людей із помірними або незначними психічними розладами, в т. ч. прояви афективного і тривожного розладів (такі, як посттравматичний стресовий розлад, або ПТСР), може перевищити передбачуваний поріг у 10 відсотків на 5-10 відсотків (див. ВООЗ (WHO), 2005 у підрозділі «Ключові джерела»). У більшості ситуацій з часом відбувається природне одужання (одужання без зовнішньої інтервенції) для багатьох, проте не всіх постраждалих від середніх і незначних розладів.

Цей План дій описує мінімальне гуманітарне реагування, необхідне для допомоги при тяжких психічних розладах. Хоча термінологія стосується головним чином турботи при тяжких психічних розладах, треба зазначити, що багато з рекомендованих заходів також застосовують для лікування певних нервових розладів у тих країнах, де лікування таких розладів є сферою відповідальності працівників охорони психічного здоров'я.

Тяжкі розлади, описані в цьому Плані дій, можуть існувати до надзвичайної ситуації або бути викликані її результатом. Отож, до тяжких розладів належать такі захворювання:

- різноманітні психози;
- тяжкі випадки розладів настрою та тривожних розладів (у т. ч. тяжкі форми ПТСР, що призводять до втрати працездатності);
- тяжкі психічні розлади внаслідок зловживання алкоголем або іншими психоактивними речовинами (див. План дій 6.5, щоб дізнатися про проблеми, пов'язані зі зловживанням психоактивних речовин);
- тяжкі поведінкові та емоційні розлади серед дітей та молоді;
- тяжкі вади розвитку, що існували до надзвичайної ситуації;
- нейропсихіатричні розлади, в т. ч. епілепсія, делірії, деменція, а також психічні розлади, що виникли в результаті травми мозку або інших фонових захворювань (наприклад, вплив токсичних речовин, інфекція, розлад метаболізму, пухлини, дегенеративні захворювання);
- будь-яка інша тяжка психічна проблема, в т. ч.: (а) місцево визначені тяжкі розлади, які не відповідають міжнародній класифікаційній системі (див. План дій 6.4), та (б) ризикована поведінка, пов'язана з психічним розладом (наприклад, думки про самогубство, поведінка самопошкодження).

Люди з психічними розладами можуть спочатку звернутися до центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) за допомогою з соматичними симптомами незрозумілого діагнозу. Проте люди з тяжкими психічними розладами можуть не звертатися по допомогу через ізольованість, стигму, страхи, недбальство, інвалідність або відсутність доступу до послуг. Такі люди подвійно вразливі як через тяжкий розлад, так і через те, що надзвичайна ситуація може позбавити їх соціальної підтримки, за якої вони виживали. Навіть за відсутності надзвичайної ситуації сім'ї часто зазнають стресу й стигматизації через тягар турботи за хворим. Це призводить до підвищення ризику того, що хворого покинуть під час тих надзвичайних ситуацій, які включають переміщення. Проте щойно таких людей ідентифікують, можна зробити кроки з надання нагального захисту і допомоги, а також для підтримки їхніх опікунів. Пріоритет необхідно віддавати тим, хто наражається на ризик життя, живе в умовах порушення гідності й прав людини, або де соціальна підтримка слабка і членам сім'ї тяжко з цим упоратися.

Лікування та підтримка людей із тяжкими психічними розладами зазвичай вимагають сукупності біологічних, соціальних та психологічних інтервенцій. Завдяки тренінгам та супервізіям для персоналу можна уникнути недостатнього або надмірного медикаментозного втручання. Зазвичай людям, що страждають від субклінічного дистресу, спричиненого надзвичайною

ситуацією, не слід виписувати медикаменти, тому що вони добре реагують на першу психологічну допомогу (див. План дій 6.1), а також на індивідуальну підтримку та підтримку громади (див. План дій 5.2). Крім того, певні психічні розлади можна ефективно лікувати лише практичними психологічними інтервенціями, і медикаменти потрібно призначати тільки тоді, коли ці інтервенції не дають результату.

Хоча описані далі дії є мінімальним реагуванням, необхідним для реагування на потреби людей із тяжкими психічними розладами в надзвичайній ситуації, вони можуть також слугувати першими кроками при комплексному реагуванні. Ці дії стосуються місцевих органів охорони здоров'я, адміністративних органів, а також місцевих та міжнародних медичних організацій. Якщо на початковому етапі немає місцевої інфраструктури охорони здоров'я або потенціалу надання медичної допомоги, невідкладні послуги в сфері психічного здоров'я мають надавати сторонні організації. Однак послуги треба надавати так, щоб не порушувати існуючі соціальні й неформальні засоби зцілення та копінгу й щоб надалі зуміти інтегрувати їх у державну систему охорони здоров'я.

Ключові дії

- 1. Оцінити.** Визначити, які оцінювання вже проведено і яка інформація наявна. За необхідності, розробити подальші оцінювання. Для рекомендації щодо оцінювання і потреби, що необхідно оцінювати, див. План дій 2.1. Відповідно до цього Плану дій необхідно звернути увагу на таке:
 - визначити в секторі охорони здоров'я раніше існуючі структури, місце розташування, персонал і ресурси щодо психічного здоров'я (в т. ч. політики, наявність медичних препаратів, роль первинної медичної допомоги й психіатричних лікарень тощо) та відповідні соціальні служби (для отримання даних про служби з охорони психічного здоров'я по країнах усього світу див. «Атлас психічного здоров'я ВООЗ» [WHO Mental Health Atlas]);
 - визначити вплив надзвичайної ситуації на раніше існуючі служби;
 - з'ясувати, чи місцева влада і громада планують займатися потребами людей із тяжкими психічними розладами, що постраждали в надзвичайній ситуації, а також з'ясувати, що можна зробити, і якої підтримки вони потребують;
 - знайти людей із тяжкими психічними розладами, що потребують допомоги:
 - звернутися до відповідних урядових і неурядових організацій (зокрема тих, що займаються охороною здоров'я, наданням тимчасового

житла, управлінням таборів і захистом), а також доручити лідерам громади повідомляти працівників охорони здоров'я про випадки, коли вони зустрічають або чують про людей надмірно збентежених, дезорієнтованих, неадекватних, з дивними ідеями, дивною поведінкою, які нездатні подбати про себе, і реєструвати таких осіб;

- відвідувати і, якщо можливо, співпрацювати з народними цілителями. Часто вони добре поінформовані про місце знаходження постраждалих і можуть надати культурну інформацію місцевому персоналу (практикам) (див. План дій 6.4);
- відвідувати офіційні та неофіційні заклади з питань оцінки потреб і забезпечення дотримання базових прав пацієнтів (див. План дій 6.3);
- навчити національний і міжнародний медичний персонал документуванню проблем із психічним здоров'ям у медичному форматі, використовуючи прості категорії, які не потребують складних інструкцій для розпізнавання. Наприклад, пересічному медичному працівникові знадобиться незначне додаткове навчання за такими чотирма категоріями:
 - ▷ медично неочевидні соматичні скарги;
 - ▷ тяжкий емоційний дистрес (наприклад, ознаки тяжкого горя або тяжкого стресу);
 - ▷ тяжка аномальна поведінка (описана у форматі первинного медико-санітарного обслуговування зрозумілими для місцевого населення термінами, що слугують для визначення «божевілля»);
 - ▷ зловживання алкоголем та психоактивними речовинами;
- надати результати оцінювання до координаційної групи з питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (див. Плани дій 1.1 і 2.1), а також загальної координаційної групи з охорони здоров'я.

2. Забезпечити необхідну кількість основних психіатричних медикаментів у всіх аптечках першої медичної допомоги

- У мінімальний набір входять: один загальний нейролептичний препарат, один протипаркінсонічний препарат (для лікування потенційних екстрапірамідальних побічних ефектів), один протисудомний протиепілептичний препарат, один антидепресант та седативний препарат (для використання при тяжкому зловживанні психоактивними речовинами та при конвульсіях) – усе в таблетках, зі «Стандартного переліку основних лікарських засобів ВООЗ».

- «Міжвідомча аптечка надання першої допомоги» (ВООЗ, 2006) не включає: (а) таблетки-нейролептики, (б) протисудомний препарат у таблетках, (с) протипаркінсонічний препарат або (д) антидепресант. При використанні цієї аптечки, необхідно придбати ці чотири медикаменти локально або імпортувати їх.
 - Загалом, радять використовувати непатентовані ліки зі Стандартного переліку ВООЗ, оскільки їх ефективність така сама, як і патентованих новітніх препаратів, але вони дешевші, що сприяє стійкості програми.
- 3. Забезпечити присутність хоча б одного члена команди ПМСД, який міг би надавати послуги з охорони психічного здоров'я на передовій. Можливі способи для цього:**
- До урядових або НУО команд ПМСД включати національних або міжнародних фахівців з охорони психічного здоров'я. Міжнародних працівників необхідно інформувати про місцеву культуру й умови (див. [Плани дій 4.3 і 6.1](#)) і забезпечити їх компетентними перекладачами.
 - Підготувати і забезпечити контроль місцевого персоналу ПМСД щодо інтеграції аспектів психічного здоров'я, в т. ч. обґрунтованого використання психотропних речовин у нормальній практиці, і виділяючи для цього відповідний час (див. Ключову дію 4 далі і [План дій 4.3](#)).
 - Підготувати і забезпечити контроль для одного члена місцевого медичного персоналу (лікареві або медичній сестрі) для забезпечення постійної допомоги з психічного здоров'я разом із іншими медичними послугами цього центру (див. Ключові дії далі і [План дій 4.3](#)).
- 4. Підготувати і забезпечити супервізію (нагляд) наявному персоналу ПМСД з надання первинної допомоги людям із тяжкими психічними розладами** (див. також [План дій 4.3](#))
- Підготовка має включати як теорію, так і практичні знання, і може починатися з настанням надзвичайної ситуації з ініціативи національного або міжнародного керівника (супервізора) в сфері психічного здоров'я у співпраці з місцевими органами з охорони здоров'я. Підготовку слід продовжувати і після надзвичайної ситуації як частину більш комплексного реагування. Підготовка має охоплювати всі навички, визначені в Ключовій дії 4 [Плану дій 6.1](#), а також:
 - шанобливе і гідне ставлення до всіх, хто звернувся по допомогу, і до всіх, хто її надає;
 - обстеження стану психічного здоров'я;

- розпізнавання і первинне управління всіма тяжкими розладами, визначеними в підрозділі «Передумови» раніше;
 - надання рекомендацій і протоколів для цих заходів (див. «Ключові джерела»);
 - навички з управління часом (тайм-менеджменту) із урахуванням інтеграції роботи з психічного здоров'я, нормального клінічного графіка;
 - прості практичні психологічні інтервенції, як описано в посібнику «Коли немає психіатра» [*Where There is No Psychiatrist*] (див. «Ключові джерела»);
 - ведення належної клінічної звітності. За можливості, давати копії опікунам, тому що населення може переселятися;
 - дотримання конфіденційності. Якщо з міркувань безпеки конфіденційність необхідно порушити, вирішити питання опікунства та судово-медичні питання і проінформувати пацієнтів та опікунів;
 - встановити відповідні канали перенаправлення до служб підтримки громади (див. [Плани дій 5.2 та 6.4](#)), а також до послуг другого і третього рівнів, якщо вони існують і доступні.
- Для персоналу, уповноваженого застосовувати медикаментозне лікування в постраждалих країні, кращі практики призначення лікування включають:
 - раціональне використання базових психотропних ліків у аптечках першої допомоги відповідно до рекомендацій із «Основних ліків у психіатрії» [*Essential Drugs in Psychiatry*] та «Коли немає психіатра» [*Where There is No Psychiatrist*] (див. «Ключові джерела»);
 - як забезпечити тривалий доступ і дотримання вказівок із запропонованих медикаментів для людей із хронічними розладами (наприклад, хронічний психоз, епілепсія);
 - як уникнути призначення психотропних ліків людям із непатологічним дистресом, спричиненим катастрофою (див. [План дій 6.1](#)), через формування нефармакологічних стратегій для управління стресом;
 - як уникнути прописування плацебо-ліків для медично нез'ясованих соматичних скарг;
 - інформація щодо ризиків і користі бензодіазепінів, особливо ризику розвитку залежності в разі тривалого приймання;
 - як мінімізувати необов'язкове призначення кількох препаратів.
 - Управління та підтримка людей із тяжкими психічними розладами, яких приковували або зв'язували медпрацівники, складається з таких кроків:

- по-перше, забезпечити найпростіші заходи психіатричної та соціальної турботи, наприклад, надання необхідних ліків, навчання і підтримка родин;
- сприяти створенню гуманних умов проживання;
- по-друге, спробувати розв'язати особу. Однак у тих рідкісних випадках, де з історії людини відома брутальна поведінка, подбати про безпеку інших, перш ніж це робити.

5. Уникати перевантаження медичних працівників частими різними тренінгами

- Слухачі мають застосувати тренінг з питань психічного здоров'я в щоденній роботі так, щоб вони могли надавати послуги з психічного здоров'я.
- Людям, що навчаються, не варто надавати тренінги з різних галузей знань (наприклад, психічне здоров'я, туберкульоз, малярія, ВІЛ) без планування інтеграції і використання цих навичок.
- Теоретичні короткі курси неефективні й можуть призводити до шкідливих інтервенцій.
- Після тренінгу завжди необхідна широка практика з супервізією (див. [План дій 4.3](#) та приклад на с. 150).

6. Забезпечити надання допомоги з психічного здоров'я на додаткових обґрунтованих пунктах доступу

Застосовувати загальні критерії охорони здоров'я (наприклад, охоплення населення, очікувана кількість пацієнтів із тяжкими розладами, потенційна стійкість служб) для визначення, де створювати пункт із надання психічної допомоги. Мобільні центри ПМСД або громадські групи з питань психічного здоров'я можуть бути ефективними в наданні невідкладної допомоги в різних точках на місцевості. Приклади обґрунтованих пунктів доступу:

- пункт надання невідкладної допомоги;
- амбулаторні клініки на об'єктах другого та третього рівнів;
- психіатричні клініки, що обслуговують без попереднього запису;
- звичайні лікарняні палати з великою кількістю невідкладних госпіталізацій;
- візити додому (в т. ч. візити в намети, центри збору біженців, бараки або інші тимчасові укриття);
- школи і місця, обладнані для дітей.

7. Намагатися уникати створення паралельних служб із психічного здоров'я, які займаються конкретними діагнозами (наприклад, ПТСР), чи особливими групами (наприклад, вдовами)

Результатом може бути створення фрагментованих, недовготривалих служб,

а також постійна відсутність уваги (постійне виключення людей, які не мають певного діагнозу або не входять до певної групи). Також це може призводити до ізоляції і стигматизації тих, хто входить у ці групи (на кого поширюються критерії). Це не перешкоджає цільовим програмам допомоги ширшим верствам населення (наприклад, спеціалізовані клініки для дітей у школі) як частині інтегрованої служби.

8. Інформувати населення про доступність послуг із психічного здоров'я

- Просувати їх у відповідних інформаційних джерелах, таких як радіо (див. План дій 8.1).
- Забезпечити, щоб усі повідомлення були тактовні й щоб вони не спонукали людей розглядати нормальну поведінку й реакцію на стрес як показники гострого психічного розладу.
- Проінформувати лідерів громади та, за доречності, місцеву поліцію про наявність послуг із психічного здоров'я.

9. Співпрацювати зі структурами місцевої громади для того, щоб виявити, провідати й допомогти особам із тяжкими психічними розладами (див. Плани дій 5.2 та 6.4)

10. Брати участь у всіх міжвідомчих процесах координування питань з психічного здоров'я (див. План дій 1.1)

Брати участь у довготерміновому стратегічному плануванні процедур для послуг із психічного здоров'я. Надзвичайні ситуації часто є каталізаторами реформ у сфері психічного здоров'я і покращення можуть відбуватися досить швидко.

Ключові джерела

1. Forum for Research and Development. (2006). *Management of Patients with Medically Unexplained Symptoms: Guidelines Poster*. Colombo: Forum for Research and Development. <http://www.irdsrilanka.org/joomla/>
2. Médecins Sans Frontières (2005). 'Individual treatment and support'. In *Mental Health Guidelines*, pp. 40-51. Amsterdam: MSF. http://www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF_mentalhealthguidelines.pdf
3. Patel V. (2003). *Where There is No Psychiatrist. A Mental Health Care Manual*. The Royal College of Psychiatrists, <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx>
4. WHO (1993). *Essential Drugs in Psychiatry*. http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_MNH_MND_93.27.pdf
5. WHO/UNHCR (1996). 'Common mental disorders'. In *Mental Health of Refugees*, pp. 39-61. Geneva: WHO/UNHCR, <http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/a49374.pdf>

6. WHO (1998). *Mental Disorders in Primary Care: A WHO Educational Package*. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_MSA_MNHIEAC_98.1.pdf
 7. WHO (2001). *The Effectiveness of Mental Health Services in Primary Care: View from the Developing World*. Geneva: WHO. http://www.who.int/mental_health/media/en/50.pdf
 8. WHO (2003), *Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Health of Populations Exposed to Extreme Stressors*. Geneva: WHO. http://www.wpanet.org/uploads/Sections/Preventive_Psychiatry/mental-health-in-emergencies.pdf
 9. WHO (2005a). *Mental Health Assistance to the Populations Affected by the Tsunami in Asia*. <http://reliefweb.int/report/indonesia/mental-health-assistance-populations-affected-tsunami-asia>
 10. WHO (2005b). *Mental Health Atlas*. Geneva: WHO. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/
 11. WHO (2005c). *Model List of Essential Medicines*. Geneva: WHO. www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/
 12. WHO (2006). *The Interagency Emergency Health Kit: Medicines and Medical Devices for 10,000 People for Approximately 3 Months*. Geneva: WHO. http://www.who.int/medicines/publications/WHO_PSM_PAR_2006.4.pdf
-

Приклади індикаторів процесу

- Кількість підготовлених працівників ПМСД, які знаходяться під наглядом (супервізією), кількість навчальних годин, кількість супервізійних сесій на робочому місці.
- Основні психотропні медикаменти в кожній із терапевтичних категорій (нейролептик, протипаркінсонічний препарат, антидепресант, анксиолітичний, протиепілептичний препарати) закуплені, стійка логістика забезпечення встановлена.
- Кількість і тип проблем із психічним здоров'ям, які спостерігаються в клініках первинної медичної допомоги та в інших службах з надання послуг з психічного здоров'я.
- Кількість перенаправлень до спеціалізованих центрів із психічного здоров'я.

Приклад: Провінція Ачех, Індонезія, 2005 рік

- Міжнародна неурядова організація ініціювала надання допомоги з психічного здоров'я в центрі ПМСД після обговорення з відповідними органами влади, координаційними органами, національними та міжнародними організаціями.

- Національний персонал центрів ПМСД, залучений до мобільних і стаціонарних клінік, отримав підготовку з психічного здоров'я і працював під наглядом. До кожної команди була призначена підготовлена медична сестра, яка під наглядом керувала службою психічного здоров'я. Для роботи без нагляду потрібна шестимісячна підготовка. Після гострого періоду надзвичайної ситуації підготовка і нагляд тривали ще один рік.
- Неурядова організація долучилася до стратегічного планування забезпечення психічного здоров'я в цій провінції. В подальшому стратегія з охорони психічного здоров'я в провінції включила модель навчання медсестер із питань психічного здоров'я, яких призначали в заклади ПМСД.

План дій 6.3

Захищати і піклуватися про осіб із тяжкими психічними розладами й іншими психічними та неврологічними формами інвалідності, що перебувають у закладах

Напрямок: Послуги з охорони здоров'я

Етап: Мінімальне реагування

Передумови

Особи, що живуть у закладах, належать до найвразливішої категорії суспільства, і в надзвичайній ситуації вони наражаються на особливий ризик. Умови надзвичайної ситуації посилюють загальну вразливість таких осіб. Люди в таких закладах можуть лишитися без персоналу і захисту.

Тяжкі психічні розлади часто спричиняють стигматизацію і упередженість, що призводить до нехтування, залишення напризволяще таких осіб, а також до порушення прав людини. Проживання в закладах ізолює особу від потенційного сімейного захисту та підтримки, які можуть бути дуже важливі для виживання в умовах надзвичайної ситуації. Деякі люди з тяжкими психічними розладами, що перебувають у закладах, є (абсолютно) залежними від інституалізованого догляду, що ускладнює їхнє пересування під час надзвичайної ситуації. Повна залежність від турботи в закладах може призвести до подальшої тривоги, перезбудження або до повного замикання в собі. Труднощі, пов'язані з адекватним реагуванням на швидкозмінне оточення в надзвичайних умовах, можуть обмежити механізми самозахисту й виживання.

Місцеві фахівці мають, за можливості, очолити невідкладне реагування. Інтервенція має зосередитися на захисті й відновленні базової системи догляду, що існувала раніше. Базовий догляд і захист гідності передбачають: відповідний одяг, забезпечення їжею та притулком, гігієнічними умовами, фізичний догляд і базове лікування (в т. ч. надання медикаментів та психосоціальної підтримки). Варто звертати увагу на попередні рівні догляду, які могли не відповідати стандартам медицини та прав людини. У таких випадках невідкладна інтервенція має зосередитися не на відновленні раніше існуючої системи догляду, а на відповідності загальним мінімальним стандартам і практикам психіатричної допомоги. У більшості країн відразу після закінчення гострої фази надзвичайної ситуації доречні інтервенції передбачають створення служб з надання послуг із психічного здоров'я на рівні громади.

Цей План дій головним чином зосереджується на спричинених надзвичайною ситуацією потребах осіб із психічними розладами, які перебувають у психіатричних закладах. Однак варто зазначити, що часто в таких клініках перебувають не тільки пацієнти з тяжкими психічними розладами, а й особи з хронічними і тяжкими психічними й неврологічними формами інвалідності. Цей План дій стосується їх також. Окрім того, багато потреб і рекомендованих заходів із цього Плану дій стосуються також людей із тяжкими психічними розладами або осіб із іншими психічними й неврологічними формами інвалідності, які перебувають у в'язницях, установах соціального захисту чи в інших інтернатах, у т. ч. тих, якими керують народні цілителі (див. також План дій 6.4).

Ключові дії

- 1. Забезпечити щонайменше одну організацію, що працює у сфері охорони здоров'я, яка на цей час візьме на себе відповідальність за турботу і захист людей у таких закладах**
 - Головна відповідальність за це покладена на державу, а координаційні групи з захисту психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (див. План дій 1.1) та координаційна група охорони здоров'я/Кластер охорони здоров'я мають допомогти визначити організацію з охорони здоров'я за наявності прогалини в реагуванні.
 - Для установ мають бути розроблені плани невідкладних дій відповідно до Ключових дій 2-4 далі. Якщо такі плани дій не були розроблені до надзвичайної ситуації, то, якщо можливо, їх треба розробити під час надзвичайної ситуації.
- 2. Якщо персонал покинув психіатричні заклади, провести мобілізацію людських ресурсів із громади і системи охорони здоров'я для забезпечення догляду особам із тяжкими психічними розладами, які залишилися на самоті**

Якщо стан пацієнтів дозволяє, догляд необхідно здійснювати за межами закладів.

 - Обговорити із лідерами громади відповідальність громади за створення мережі підтримки й захисту. Можлива мобілізація наступних груп:
 - медичних працівників і, якщо можливо, фахівців у сфері психічного здоров'я;
 - за необхідності, місцевих осіб без медичної освіти, які забезпечують догляд (наприклад, релігійних лідерів, народних цілителів, див. План дій 6.4);

- соціальних працівників та інших структур на основі громади (наприклад, жіночих груп, організацій споживачів послуг із психічного здоров'я);
 - членів сім'ї.
- Провести базовий тренінг із таких тем, як: етичне використання протоколів обмеження, управління кризовими ситуаціями (у т. ч. агресією), постійна турбота і прості засоби покращення самодопомоги пацієнтів.
 - Забезпечити постійний інтенсивний нагляд за персоналом, залученим до надання базової турботи, і доступ до інформації щодо підтримання власного емоційного здоров'я (див. План дій 8.2).
- 3. Захищати життя і гідність людей, що перебувають у психіатричних закладах**
- Забезпечити захист пацієнтів від нанесення травм собі або спричинення шкоди іншим (наприклад, відвідувачами, персоналом, іншими пацієнтами, мародерами, озброєними групами). На відповідних рівнях реагувати на випадки сексуального насильства, знущань, експлуатації (наприклад, торгівля людьми, примусові роботи) та інших порушень прав людини (див. Плани дій 3.1 та 3.3).
 - Забезпечити задоволення базових фізичних потреб пацієнтів. До них належать: питна вода, засоби гігієни, відповідне харчування, тимчасове житло і санітарні умови, а також доступ до лікування фізичних розладів.
 - Слідкувати за загальним здоров'ям пацієнтів та встановити або підсилити нагляд за дотриманням прав людини. Це мають робити зовнішні контрольні органи (якщо такі є), організації з захисту прав людини чи фахівці з захисту.
 - Забезпечити наявність планів евакуації пацієнтів у закладах і підготовку персоналу з процедур евакуації. Якщо в закладі є приміщення або камери, що замикаються, визначити структуру відповідальності за ключі, завдяки якій двері можна відчинити в будь-який час.
 - Під час евакуації, за можливості, утримувати пацієнтів разом із їхніми родинами. Якщо це неможливо, інформувати сім'ї та опікунів про переміщення пацієнтів. Вести відповідні записи.
- 4. Забезпечити послуги базової медицини та психіатричної допомоги під час надзвичайної ситуації**
- Проводити регулярні медичні (фізичні та психіатричні) огляди.
 - Забезпечити лікування фізичних розладів.
 - Надавати тривалий базовий нагляд із психічного здоров'я:
 - забезпечити наявність необхідних медичних препаратів, у т. ч. психотропних, у достатній кількості під час усього періоду надзвичайної

- ситуації. Раптове переривання лікування психотропними засобами може бути шкідливим і небезпечним. Забезпечити виписування препаратів у відповідних кількостях і регулярно (принаймні щотижня);
- забезпечити надійне зберігання медикаментів;
 - сприяти наявності психосоціальної підтримки.
- Хоча фізичні обмеження та ізоляція вкрай небажані, багато таких закладів їх часто практикують. Встановити процедуру щодо періодичності перевірок, годування, лікування та проведення регулярної оцінки потреби ізоляції.

Ключові джерела

1. WHO (2003). 'Custodial hospitals in conflict situations'. Geneva: WHO.
<http://www.who.int/mediacentre/background/2003/back4/en/print.html>
2. WHO (2003-2006). *WHO Mental Health Policy and Services Guidance Package*. Geneva: WHO. http://www.who.int/mental_health/policy/en/. (Цей пакет стосується комплексного реагування в період надзвичайної ситуації. Зокрема див. модуль «Організація служб охорони психічного здоров'я») http://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v2/en/
3. WHO/ICRC (2005). 'Mental health in prisons: Information sheet'. Geneva: WHO/ICRC.
http://www.who.int/mental_health/policy/mh_in_prison.pdf

Приклади індикаторів процесу

- Постійна увага до базових потреб людей у психіатричних закладах.
- Люди в психіатричних закладах постійно отримують базові послуги з охорони здоров'я та допомогу з психічного здоров'я.
- У психіатричних закладах забезпечений контроль за правами людини і їх дотриманням.
- Розроблені належні плани евакуації і дій у надзвичайних ситуаціях.

Приклад: Сьєрра-Леоне, 1999 рік

- У розпалі конфлікту весь персонал, окрім двох психіатричних медсестер, покинув психіатричний заклад. Будівля була частково зруйнована, пацієнти знаходилися серед населення, деякі поверталися в клініку на ночівлю. Пацієнтів використовували як посильних уздовж лінії фронту, а також для крадіжок їжі.

- Для обговорення ситуації скликали лідерів громади. Громада погодилася допомогти з ідентифікацією пацієнтів за допомогою двох психіатричних медсестер, що залишилися. Організували регулярне постачання їжі для громади й установи.
- Міжнародна неурядова медична організація допомогла з медичним оглядом пацієнтів і забезпечувала постачання медикаментів.
- До надання допомоги пацієнтам задіяли членів їхніх сімей під керівництвом психіатричних медсестер та медичного персоналу НУО.
- Провели базові ремонтні роботи закладу, підготували план евакуації на той випадок, якщо установа стане об'єктом ще одного нападу.

План дій 6.4

Дізнатися про місцеві, корінні й народні системи зцілення і, за доцільності, співпрацювати з ними

Напрямок: Послуги з охорони здоров'я

Етап: Мінімальне реагування

Передумови

Алопатична охорона психічного здоров'я (в цьому документі термін використовується в значенні загальноприйнятої західної, біомедичної охорони психічного здоров'я) зазвичай покладається на лікарні, клініки й все частіше на громади. Вона надається персоналом, що пройшов медичну підготовку, має знання у поведінковій психології і офіційній психотерапії або соціальній роботі. Проте у кожному суспільстві є суттєві неалопатичні засоби, тобто місцеві, неофіційні, народні, корінні, комплементарні або альтернативні системи зцілення в системі охорони здоров'я. Прикладом цього є індійська Аюрведа – народна система медицини, популярна та добре розвинена (в т. ч. медичні коледжі з навчання практики Аюрведи). Натомість у Південній Африці народні цілителі мають юридичний статус. У західних суспільствах, незважаючи на дуже слабку науково-доказову базу, багато людей користуються комплементарною медициною, у т. ч. народними психотерапевтичними практиками й іншими методами лікування (наприклад, акупунктура, гомеопатія, засновані на вірі зцілення, самолікування всіх видів). У багатьох сільських громадах у суспільствах із низьким рівнем доходів неофіційні й народні системи можуть бути основним методом надання медичної допомоги.

Навіть коли алопатичні медичні послуги доступні, місцеве населення може віддати перевагу місцевій і народній допомозі з питань психічного й фізичного здоров'я. Така допомога може бути дешевшою, доступнішою, соціально прийнятнішою і менш стигматизуючою і, в деяких випадках, може бути потенційно ефективною. Часто вона використовує моделі причинно-наслідкового зв'язку, які в місцевому масштабі зрозумілі. Такі методи включають: зцілення уповноваженими релігійними лідерами за допомогою молитви або відчитування; допомогу спеціалізованих цілителів, визнаних релігійною громадою, що використовують подібні методи; чи зцілення спеціалізованими цілителями, які діють у межах місцевої культурної мережі. Останні можуть використовувати трави або інші натуральні речовини, масаж або інші фізичні маніпуляції, ритуали та/або магію, а також ритуали, пов'язані з духами.

Хоча деякі релігійні лідери можуть не визнавати такі методи або наполягти на їх забороні, згадані місцеві цілителі часто популярні й іноді успішні. У деяких культурах такі вірування і практики переплетені з основною релігією. Крім того, місцеві аптеки можуть забезпечити охорону здоров'я, поширюючи як алопатичні, так і місцеві ліки. Деякі релігійні групи можуть практикувати зцілення, засноване на вірі.

Треба зазначити, що деякі народні методи зцілення можуть бути шкідливими. Вони можуть, наприклад, включати надання неправдивої інформації, побиття, тривале голодування, порізи, тривале фізичне виснаження або ритуали соціального очищення, які містять ритуали вигнання «відьом» або екзорцизм. Окрім того, деякі ритуали дуже затратні, і в минулому деякі цілителі використовували надзвичайні ситуації, щоб повернути до віри й експлуатувати вразливі групи населення. В таких випадках завдання полягає в тому, щоб знайти ефективні, конструктивні способи запобігання використанню методів, які приносять шкоду, наскільки це можливо в надзвичайній ситуації. Перш ніж підтримувати або залучати народне очищення або прийоми зцілення, важливо визначити, що передбачають такі методи, і чи вони є потенційно корисні, шкідливі або нейтральні.

Незалежно від того, чи є народний медичний підхід клінічно ефективним, звернення до народних цілителів може дати позитивні результати, такі як:

- покращення усвідомлення способів вираження та полегшення емоційного дистресу й психіатричних захворювань (див. План дій 2.1), а також формування більш повної картини виду і рівнів дистресу в постраждалого населення;
- покращення системи перенаправлення;
- продовження стосунків із цілителями, до яких багато людей звертається за допомогою;
- краще розуміння духовного стану, психологічного та соціального світоглядів отримувачів цих практик;
- більша довіра постраждалих до нових послуг;
- виявлення можливостей для потенційних спільних зусиль із зцілення і, таким чином, збільшення числа потенційно ефективних видів лікування, доступних населенню;
- створення алопатичних послуг, які можуть бути більш культурно прийнятними;
- потенційна можливість контролювати й реагувати на будь-які порушення прав людини, що відбуваються в рамках народних систем зцілення.

Деякі народні цілителі можуть прагнути до фізичного й символічного «відсторонення» від алопатичних практиків і уникати співпраці. Водночас медичний персонал, який навчався алопатичній медицині, може не приймати або ставитися вороже до народних методів чи може бути необізнаний щодо них. Хоча в деяких ситуаціях триматися на відстані може бути найкращим варіантом, Ключові дії, описані у цьому Плані дій, можна використати, щоб налагодити конструктивний зв'язок між різними системами догляду.

Ключові дії

1. Провести оцінювання і скласти схему по забезпеченню догляду

Визначити ключові місцеві системи зцілення та їх важливість, прийняття і роль у громаді. Не очікувати миттєвого добровільного надання інформації, якщо люди побоюються несприятелів від сторонніх або вважають, що методи є секретними чи доступними тільки для тих, кого уповноважила громада. Міжнародні та місцеві «зовнішні суб'єкти» мають демонструвати неупереджений, шанобливий підхід, який підкреслює інтерес до розуміння місцевих релігійних і духовних вірувань і до потенційної співпраці, під час якої проявлятиметься повага до місцевих способів роботи. Надзвичайні ситуації ніколи не можна використовувати для просування чужих релігійних або духовних вчень.

- Запитати представників місцевої громади обох статей, куди і до кого вони звертаються по допомогу в разі складних ситуацій.
- З'ясувати у людей, що надають першу допомогу, й в акушерок про місцеві народні системи.
- Відвідати місцеві аптеки, щоб оцінити, які ліки й засоби доступні, а також як їх відпускають.
- З'ясувати у людей, що звертаються по допомогу в пункти охорони здоров'я, як вони розуміють природу й походження їхніх проблем, а також, до кого вони звертаються, або раніше зверталися по допомогу.
- З'ясувати у місцевих релігійних лідерів, чи надають вони послуги зцілення, і хто ще в громаді це робить.
- З'ясувати у будь-кого зі згаданих осіб, чи можуть вони познайомити Вас із місцевими цілителями або влаштувати зустріч.
- Пам'ятати, що може існувати більше, ніж одна система неофіційного догляду і що практики з однієї системи можуть не визнавати або не згадувати про інших.
- Пам'ятати, що місцеві цілителі можуть конкурувати за «пацієнтів» або конфліктувати через конкретний підхід. Це означає, що вищезгадані процеси потрібно проводити періодично.

- Поговорити з місцевими антропологами/соціологами/тими, хто знає місцеві вірування і звичаї, і ознайомитися з доступною відповідною літературою.
- Спостерігати. Попросити дозволу спостерігати за курсом лікування і відвідати місцеві святині або релігійні об'єкти, де відбуваються практики зцілення. Це можуть бути неофіційні системи інституційного догляду, у т. ч. ті, де пацієнтів утримують під опікою у зачинених установах (див. План дій 6.3).
- Відвідати святині, де відбуваються сеанси зцілення, відвідати богослужіння.
- Обговорити із пацієнтами їхнє розуміння процесів, що стосуються хвороби й зцілення.
- Визначити, чи народні методи лікування передбачають потенційно шкідливі або неприйнятні заходи.
- Надати результати оцінювань до координаційної групи (див. Плани дій 1.1 і 2.1).

2. Дізнатися про національну політику щодо народних цілителів

Враховувати, що:

- деякі уряди та/або органи влади в сфері медицини не підтримують або забороняють медичним працівникам співпрацювати з народними цілителями;
- інші уряди заохочують співпрацю і мають спеціальні відділи, які проводять офіційне навчання цілителів, а також досліджують та оцінюють народну медицину. Такий орган може бути корисним ресурсом.

3. Налагодити порозуміння з виявленими цілителями

- Відвідати цілителя, бажано в товаристві довіреного посередника (колишнього пацієнта, толерантного релігійного лідера, представника місцевої влади, такого, як мер, або друга).
- Представитися і пояснити свою роль та бажання допомогти громаді.
- Проявити повагу до ролі цілителя і запитати, чи міг би він пояснити принципи своєї роботи і як на його діяльність вплинула надзвичайна ситуація (наприклад, чи збільшилося число пацієнтів, або виникли труднощі під час виконання роботи через відсутність необхідних матеріалів, або втрати приміщень). Деякі цілителі можуть бути занепокоєні необхідністю надавати детальну інформацію про свої методи, отож знадобиться деякий час, щоб налагодити довірливі стосунки.
- Якщо доречно, наголосити на зацікавленні у співпраці та взаємному обміні ідеями.

4. Заохочувати участь місцевих цілителів в обміні інформацією і тренінгах

- Запросити цілителів на інформаційні зустрічі громади та тренінги.
- Надати цілителям роль у тренінгах, наприклад, попросити їх пояснити їхнє розуміння причин хвороби або дати їй визначення. У випадках, коли це несумісно з підходом місцевих чи міжнародних організацій, залучених до невідкладного реагування, розуміння моделей місцевих цілителів усе ж важливе для ефективного догляду за постраждалими, оскільки це може допомогти пацієнтові краще усвідомити свою проблему.
- Намагатися знайти компроміс і обговорити можливості для перенаправлення (див. «Ключові дії» 5 далі).
- Не забувати, що багато народних цілителів у багатьох країнах уміють читати і писати.

5. За можливості, організувати спільне надання послуг

- Активна співпраця (на відміну від звичайного обміну інформацією, як описано вище) корисна якщо:
 - народні системи відіграють значну роль для більшості населення;
 - ці системи не шкідливі (однак якщо існують шкідливі практики, то конструктивний діалог усе ж необхідний для мети навчання і змін);
- Корисні форми співпраці можуть охоплювати:
 - запрошення на консультації;
 - перехресне перенаправлення (наприклад, проблеми, такі як: стрес, тривога, глибокий сум, конверсійні реакції і екзистенційний дистрес, потенційно можуть краще лікувати народні цілителі, тоді як медики, що практикують алопатичний підхід, краще лікують тяжкі психічні розлади й епілепсію);
 - спільне оцінювання;
 - спільні клініки;
 - спільний догляд: наприклад, цілителів можна навчити, як контролювати чи відслідковувати психопатичних пацієнтів під час довготермінового лікування, і надавати місця пацієнтам, які проходять лікування з використанням традиційних методів. Народні методи релаксації і масаж, які використовує народна медицина, можна включити до алопатичної практики.

Ключові джерела

1. Center for World Indigenous Studies. www.cwis.org
2. *International Psychiatry*, Vol 8, 2005, pp. 2-9. Thematic papers on traditional medicines in psychiatry. <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/ip8.pdf>

3. Save the Children (2006). *The Invention of Child Witches in the Democratic Republic of Congo: Social Cleansing, Religious Commerce And The Difficulties Of Being A Parent In An Urban Culture*. https://www.crin.org/en/docs/The_Invention_of_Child_Witches.pdf
4. WHO/UNHCR (1996). Traditional medicine and traditional healers', pp. 89-99, *Mental Health of Refugees*. Geneva: WHO/UNHCR. <http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/a49374.pdf>
5. WHO (2003). *Traditional Medicine: Fact Sheet*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/2003/fs134/en/>
6. WHO (2006). *Traditional Medicine*. <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/en/index.html>.

Приклади індикаторів процесу

- Проведені оцінювання ключових місцевих систем зцілення, інформація, направлена до відповідних органів з координування допомоги.
- Неалопатичним цілителям надали роль у навчальних семінарах з питань психічного здоров'я (у певних випадках у місцевому контексті).
- Показник неалопатичних цілителів, які відвідують навчальні семінари з питань психічного здоров'я.

Приклад: Східний Чад, 2005–2006 роки

- Міжнародні неурядові організації з питань психічного здоров'я в межах першої медичної допомоги працювали з народними цілителями населення з регіону Дарфур у таборах біженців.
- Персонал неурядових організацій зустрічався з цілителями для обговорень, під час яких цілителі досліджували авторитетність неурядових організацій. Згодом цілителі: (а) пояснили свої труднощі у виконанні роботи через відсутність молитовників і трав; (б) вказали на місце перебування осіб із тяжкими психічним розладами, яких закували; (с) описали свої класифікації та інтервенції щодо людей із емоційними проблемами або психічними хворобами і (d) пояснили, що більшість біженців хотіли б отримувати народне й алопатичне лікування водночас.
- Організували навчальні семінари для обміну знаннями та навичками. Протягом шести місяців цілителі регулярно зустрічалися з персоналом неурядових організацій для обговорень, які включали взаємні обміни інформацією про жіноче обрізання, медичні аспекти лікувального годування, харчування та грудне годування, емоційний стрес, травми й посттравматичні реакції, тяжкі психічні розлади, проблеми з навчанням та епілепсію.

План дій 6.5

Мінімізувати шкоду від уживання алкоголю або інших психоактивних речовин

Напрямок: Послуги з охорони здоров'я

Етап: Мінімальне реагування

Передумови

Конфлікт і стихійні лиха спричиняють ситуації, в яких люди можуть зазнати серйозних проблем, пов'язаних із уживанням алкоголю та інших психоактивних речовин (AOSU). Вони охоплюють широке коло проблем: психосоціальне, психічне здоров'я, медичні та соціально-економічні проблеми.

- Рівень AOSU може зрости серед постраждалого від надзвичайної ситуації населення, оскільки люди намагаються впоратися зі стресом. Це може призвести до активізації шкідливих звичок або залежності.
- Громади зазнають труднощів, намагаючись упоратися з наслідками надзвичайних ситуацій, якщо:
 - AOSU заважає людям і громадам вирішувати проблеми;
 - і так обмежені ресурси родин і громад витрачаються на AOSU;
 - AOSU пов'язане з насильством, експлуатацією, занедбанням дітей та іншими загрозами захисту.
- AOSU пов'язане з небезпечною з медичної точки зору поведінкою, такою як незахищений секс у стані алкогольного сп'яніння, що сприяє передачі ВІЛ та інших інфекцій, які передаються статевим шляхом. Використання спільних інструментів для ін'єкцій є також засобом передачі ВІЛ та інших вірусів, що переносяться з кров'ю.
- Надзвичайні ситуації можуть порушити постачання речовин і будь-яке попереднє лікування, пов'язане з проблемами AOSU, спричинивши раптовий абстинентний синдром у людей, які страждають від залежності. У деяких випадках, особливо якщо йдеться про алкоголь, такий синдром може бути небезпечний для життя. Крім того, відсутність доступу до зазвичай доступних наркотичних речовин може сприяти переходу до внутрішньовенного введення наркотиків, яке є ще небезпечнішим.

Шкоду, пов'язану з AOSU, щоразу частіше визнають важливою проблемою охорони здоров'я і захисту, яка потребує мультисекторного реагування в надзвичайних ситуаціях.

Ключові дії

1. Провести швидке оцінювання

- Координувати заходи з оцінювання. Провести огляд існуючої інформації щодо AOSU і визначити відповідальну організацію чи організації для розроблення і проведення подальших швидких оцінювань із залученням громади, за необхідності (Плани дій 1.1 і 2.1).
- Частиною подальших оцінювань є виявлення психоактивних речовин, які зазвичай використовують, визначення шкоди, пов'язаної з їх уживанням; виявлення чинників, що провокують або обмежують цю шкоду; і встановлення ступеня шкоди, завданої надзвичайною ситуацією щодо постачання, обладнання та інтервенцій (див. таблицю на с. 166–167).
- Регулярно переглядати ситуацію. Проблеми, пов'язані з AOSU, з часом можуть змінюватися, оскільки зміни залежать від доступності речовин та/або фінансових ресурсів.
- Надати результати оцінювань відповідним координаційним групам.

2. Обмежити вживання шкідливих алкогольних напоїв та інших психоактивних речовин, запобігати залежності

- Отримавши всю інформацію про проведене оцінювання (див. також План дій 2.1), наполягати на мультисекторному реагуванні, наприклад, як описано в матриці (Розділ 2), щоб вирішити відповідні питання щодо основних стресових факторів, які призводять до шкідливих звичок і залежності.
- Сприяти відновленню можливостей участі в освітніх і розважальних безалкогольних заходах, а також відновлювати можливості для отримання доходів (див. Плани дій 1.1, 5.2 і 7.1).
- Залучати до співпраці чоловіків і жінок з громади, які працюють над запобіганням проблем AOSU і беруть участь у реагуванні (див. План дій 5.1 і 5.2), а також членів будь-яких актуальних груп самопомогі або асоціацій, людей, які у минулому мали залежність.
- Навчати та надавати супервізії медичним працівникам, учителям, соціальному працівникам та іншим ресурсам у сферах:
 - раннього виявлення і так званих *коротких інтервенцій* (див. «Ключові джерела» 6 і 9) задля визначення і мотивації людей із групи ризику щодо шкідливого вживання або залежності, щоб зменшити шкоду від AOSU;
 - немедичних підходів до лікування гострого дистресу (перша психологічна допомога: див. План дій 6.1).

- Навчати та надавати супервізії працівникам сфери охорони здоров'я:
 - слідкувати за раціональним призначенням бензодіазепінів і (де це можливо й доступно) сприяти застосуванню альтернативного лікування, що не викликає звикання;
 - займатися виявленням небезпечного, шкідливого і такого, що викликає залежність, AOSU;
 - виявляти, надавати допомогу й перенаправляти осіб із тяжкими психічними розладами, які перебувають у зоні підвищеного ризику AOSU (див. План дій 6.2).
- Провести обговорення AOSU під час навчання з управління стресом для працівників сфери охорони здоров'я та інших фахівців (див. План дій 4.4 і «Ключові джерела» далі, щоб дізнатися про стратегії самопомоги).
- Навчати соцпрацівників та проводити їм супервізії, щоб визначити групи ризику і надати їм додаткову підтримку (наприклад, постраждалим від насильства, сім'ям залежних людей), уникаючи створення паралельних послуг (див. План дій 4.3 та 5.2).

3. Сприяти в громадах інтервенціям щодо зменшення шкоди

- Тактовно забезпечити доступ до інформації про використання презервативів у місцях, де збираються люди, що страждають від AOSU [такі, як пункти продажу алкоголю] (див. Керівництво МПК з впровадження інтервенцій, спрямованих на боротьбу з ВІЛ/СНІД при надзвичайних ситуаціях).
- Разом із відповідальними органами влади, а також із громадськими групами, наполягати на переміщенні точок продажу з метою мінімізації руйнівного впливу на громаду.
- Надати інформацію про зменшення шкоди цільовим групам (наприклад, щодо внутрішньовенного введення наркотиків, уживання алкоголю або незахищеного сексу).
- Надати доступ до безпечного ін'єкційного обладнання та його утилізації для споживачів ін'єкційних наркотиків, якщо такі виявлені під час оцінювання ситуації.
- Проводити інформаційні сесії з AOSU і зменшення шкоди серед лідерів громад, як чоловіків, так і жінок, у разі потреби. Наприклад, у деяких ситуаціях інтервенції (з метою зменшення шкоди від надмірного вживання алкоголю) передбачали навчання безпечним методам дистиляції для місцевого пивоваріння, обмеживши години продажу алкоголю,

встановивши вимоги щодо оплати в момент купівлі та погодившись на заборону носіння зброї в місцях, де продають або вживають алкоголь.

4. Управляти абстиненцією та іншими гострими синдромами

- Розробити протоколи для клінік і лікарень для роботи з абстиненцією, сп'янінням, передозуванням та іншими загальними проблемами, виявленими під час оцінювання.
- Навчати та надавати супервізії медичним працівникам, які працюють із людьми, що страждають від абстиненції або інших гострих діагнозів, щоб медики могли надати їм необхідні ліки; йдеться про призначення бензодіазепінів під час лікування алкогольного абстинентного синдрому або щоб медичні працівники могли оптимально перенаправляти таких пацієнтів. Громадські заклади мають навчати й забезпечувати супервізії для працівників громади у виявленні, наданні першої допомоги та перенаправляти людей зі звичними гострими симптомами, такими як абстиненція.
- У районах, де поширена наркотична залежність, розглянути питання про створення низькопорогової замісної терапії (наприклад, із використанням метадону або бупренорфіну).
- Якомога швидше відновити замісну терапію, яка існувала раніше.

Оцінювання вживання алкоголю та інших психоактивних речовин (AOSU)

Для подальших рекомендації щодо методології оцінювання див. [План дій 2.1](#) і «Ключові джерела» далі. Відповідні дані містять:

A. Контекстуальні фактори і доступність алкоголю та інших психоактивних речовин

- Культурні норми, що існували до виникнення надзвичайної ситуації і що стосуються AOSU та інших способів, до яких вдавалося місцеве населення з метою вирішення цих питань (для переміщеного і приймаючого населення, чоловіків і жінок).
- Будь-які доступні вихідні дані з AOSU та інші пов'язані з ними психологічні, соціальні та медичні проблеми, у т. ч. поширення ВІЛ.
- Відповідні нормативним та законодавчим базам.

B. Існуючі особливості та тенденції, що стосуються AOSU

- Доступність і приблизна вартість більшості поширених психоактивних речовин та інформація щодо ланцюгів постачання, в т. ч. порушення постачання у результаті надзвичайної ситуації.

- Речовини, які використовують, і методи вживання (у т. ч. зміну шаблонів уживання, приміром, як перехід від куріння до ін'єкційних наркотиків, початок уживання нових речовин) у підгрупах (наприклад, залежно від віку, статі, роду занять [наприклад, фермери, колишні учасники бойових дій, працівники секс-індустрії], етнічної приналежності, релігії).

С. Проблеми, пов'язані з AOSU

- Асоційовані проблеми щодо психосоціального благополуччя і психічного здоров'я (наприклад, гендерно зумовлене та інше насильство, самогубство, жорстоке поводження з дітьми або недогляд; викликані [або посилені] вживанням психоактивних речовин, розумові та поведінкові розлади; дискримінація; криміналізація).
- Асоційована високоризикова поведінка (наприклад, небезпечна практика незахищеного сексу та/або ін'єкційне вживання психоактивних речовин).
- Супровідні проблеми медичного характеру (наприклад, передача ВІЛ та інших вірусів, що переносяться кров'ю, випадки передозування, абстинентні синдроми, особливо небезпечна для життя алкогольна абстиненція).
- Соціально-економічні проблеми (наприклад, домашні господарства, які продають основні харчові й нехарчові продукти, контрабанда наркотиків/алкоголю і секс-працівники під впливом наркотиків).

Д. Наявні джерела (див. також План дій 2.1)

- Послуги з охорони здоров'я, психосоціальна і суспільна допомога (в т. ч. служби, що працюють із алкогольною залежністю та з залежностями від психоактивних речовин, заходи щодо зменшення шкоди і групи самопомоги або асоціації людей, у яких була залежність, якщо такі є). Реєструвати порушення надання допомоги в результаті надзвичайних ситуацій.
- Базові послуги, в т. ч. харчування, водопостачання та надання притулку.
- Функціонування громадських і культурних установ.
- Безпечне місце для людей у групі ризику, що зазнали насильства через AOSU (якщо такі є).
- Турбота в сім'ї та громаді для тих, що мають залежність (якщо такі є).
- Можливості, пов'язані з освітою, відпочинком і працевлаштуванням (якщо такі є).

Ключові джерела

1. Costigan G., Crofts N. and Reid G. (2003). *The Manual for Reducing Drug Related Harm in Asia*. Melbourne: Centre for Harm Reduction.
<http://www.who.int/hiv/topics/harm/manual2003.pdf>
2. Inter-Agency Standing Committee (2003). *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings*. 7.3 Provide condoms and establish condom supply, 7.5. Ensure IDU appropriate care, pp. 68-70, pp. 76-79. Geneva: IASC.
http://data.unaids.org/Publications/External-Documents/IASC_Guidelines-Emergency-Settings_en.pdf
3. Patel V. (2003). *Where There is No Psychiatrist. A Mental Health Care Manual*. The Royal College of Psychiatrists.
<http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx>
4. WHO/UNHCR (1996). 'Alcohol and other drug problems'. In *Mental Health of Refugees*, pp. 101-109. Geneva: WHO/UNHCR, <http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/a49374.pdf>
5. WHO (1998). *Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use (IDU-RAR)*. Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/IDURARguideEnglish.pdf
6. WHO (2001). *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care*. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf
7. WHO (2001). *What Do People Think They Know of Substance Dependence: Myths and Facts*. Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuse/about/en/dependence_myths&facts.pdf
8. WHO (2002). *SEX-RAR Guide: The Rapid Assessment and Response Guide on Psychoactive Substance Use and Sexual Risk Behaviour*. Geneva: WHO. http://www.who.int/reproductive-health/docs/sex_rar.pdf
9. WHO (2003). *Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care*. Draft Version 1.1 for Field Testing. Geneva: WHO.
http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Brief_Intervention_for_Substance_Use.pdf
10. WHO (2003). *The Alcohol, Smoking And Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Guidelines for Use in Primary Care*. Draft Version 1.1 for Field Testing. Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_The_ASSIST_Guidelines.pdf
11. WHO (2003). *Self-help Strategies for Cutting Down or Stopping Substance Use: A Guide*. Draft Version 1.1 for Field Testing. Geneva: WHO.
http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Substance_Use_Guide.pdf

Приклади індикаторів процесу

- Проведено оцінювання шкоди, пов'язаної із уживанням алкоголю та інших психоактивних речовин (AOSU).
- Презервативи постійно доступні в районах, де збираються люди, що страждають від AOSU.
- Прогнозована кількість медичних працівників, що вміють проводити короткотермінові інтервенції у випадках AOSU.

Приклад: Бам, Іран, 2003–2004 роки

- В місцевості, де було відомо про значне поширення наркотичної залежності, стався землетрус. Неофіційно уряд негайно зв'язався з усіма лікарнями країни, рекомендувавши, щоб евакуйовані особи, що страждають на різні види залежності, отримали замісну терапію відповідно до клінічних призначень.
- На прохання Міністерства охорони здоров'я через десять днів іранські аналітики провели оцінювання ситуації щодо вживання психоактивних речовин.
- Результати оцінювання підтвердили, що землетрус порушив постачання наркотичних речовин для великої кількості наркозалежних людей, таким чином спровокувавши у них наркотичний абстинентний синдром.
- Медичним установам надали стандартні протоколи лікування щодо знеболення під час наркотичної залежності, лікування больових синдромів, клінічного лікування абстинентних синдромів і замісної терапії з низькими дозами.

План дій 7.1

Покращити доступ до безпечної та підтримуючої освіти

Напрямок: Освіта

Етап: Мінімальне реагування

Передумови

Під час надзвичайних ситуацій освіта є важливою психосоціальною інтервенцією: вона гарантує безпечне й стабільне середовище для осіб, що навчаються, і відновлює почуття нормальності, гідності та надії, пропонуючи структуровані, доцільні та підтримуючі заходи. Багато дітей і батьків вважають освіту основою успішного дитинства. Належно спроектована система освіти також допомагає постраждалому населенню впоратися з ситуацією через поширення ключової інформації про стратегії виживання, забезпечуючи умови для ознайомлення з самозахистом та підтримуючи стратегії місцевого населення щодо подолання умов надзвичайної ситуації. Важливо негайно розпочати (відновити) неформальні й формальні освітні заходи, вважаючи пріоритетом безпеку та благополуччя всіх дітей та молоді, в т. ч. тих, хто перебуває в групі підвищеного ризику (див. Розділ 1), або тих, хто має особливі потреби в освіті.

Втрата можливості здобувати освіту часто є одним із найбільших факторів стресу для осіб, що навчаються, та їхніх сімей, які бачать в освіті шлях до кращого майбутнього. Освіта може бути суттєвим інструментом допомоги громадам у відновленні їхньої життєдіяльності. Доступ до формальної і неформальної освіти у підтримуючому середовищі формує інтелектуальну та емоційну компетенції осіб, що навчаються, забезпечує соціальну підтримку через взаємодію з однолітками й освітянами, а також зміцнює почуття контролю та підвищує самооцінку. Освіта також формує життєві навички, які зміцнюють стратегії копію, сприяють майбутньому працевлаштуванню і зменшують рівень економічного стресу. Вся система реагування в надзвичайних ситуаціях у сфері освіти має бути спрямована на досягнення вимог Мінімальних стандартів освіти в надзвичайних ситуаціях, хронічних кризах і на ранніх етапах відновлення [*INEE Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction*] (див. «Ключові джерела»).

Освітяни, а саме вчителі в класі, в межах формальної освітньої системи, викладачі неформальної освіти та фасилітатори освітньої діяльності відіграють

вирішальну роль у підтримці психічного здоров'я та психосоціального благополуччя учнів. Занадто часто, власне, викладачам важко долати труднощі, з якими стикаються вони самі та їхні учні, в т. ч. проблеми їхнього психічного здоров'я та психосоціального благополуччя внаслідок надзвичайної ситуації. Навчання, супервізії і підтримка цих освітян забезпечують чітке розуміння своєї ролі в сприянні благополуччю учнів і дають їм можливість захистити, а також сприяти розвитку дітей, молоді та дорослих учнів під час надзвичайної ситуації.

Ключові дії

1. Сприяти безпечному середовищу для навчання

Освіта відіграє важливу роль у забезпеченні безпеки, створюючи платформу для поширення повідомлень і набуття навичок у галузі безпеки у вільному від насильства середовищі. Нагальні кроки передбачають:

- оцінку потреб і спроможностей для формальної та неформальної освіти з урахуванням питань безпеки, а також інтеграцію та підтримку місцевих ініціатив. Формальна і неформальна освіта, за можливості, повинні взаємодоповнюватися та впроваджуватися узгоджено;
- максимальну участь постраждалого населення, в т. ч. батьків, та відповідних органів освіти (наприклад, посадових осіб Міністерства освіти, якщо це можливо) в процесах оцінювання, планування, впровадження, моніторингу та оцінки освітньої програми;
- оцінку проблем безпеки в розташуванні й організації місць, навчальних структур або шкіл:
 - розміщувати школи далеко від військових зон і установок;
 - розташовувати школи близько до населених пунктів;
 - забезпечувати населення окремими туалетами для чоловіків та жінок у безпечних місцях;
- стеження за безпекою у місцях, де відбувається навчання/школах і навколо них (наприклад, визначення контактного центру в школі) і реагування на загрози для учнів із зони збройного конфлікту;
- забезпечення того, щоб місця, де відбувається навчання/школи були мирними зонами:
 - закликати озброєні угруповання не обстрілювати і не займатися вербуванням у місцях, де проводять навчання/школах;
 - заборонити зброю в місцях навчання та школах;

- забезпечувати супровід для дітей по дорозі до або з місць, де відбувається навчання/зі шкіл;
- визначення основних загроз системі освіти ззовні (наприклад, збройні конфлікти), а також внутрішніх загроз (наприклад, групове цькування, жорстокі покарання):
 - визначення основних загроз безпеці в межах освітньої системи, таких як гендерно зумовлене насильство (GBV), вербування дітей або насильство в освітніх закладах;
 - внесення повідомлень про те, як запобігати й реагувати на ці та інші питання безпеки (такі як: діти, розлучені з сім'ями, і заходи з безпеки на рівні громади: [див. План дій 3.2](#)) у навчальному процесі;
 - організація заходів з моніторингу освіти/захисту окремих дітей для визначення та підтримки учнів у зоні ризику або тих, чия безпека під загрозою;
 - використання Керівництва МПК з інтервенцій у сфері гендерно зумовленого насильства в умовах гуманітарних ситуацій для запобігання гендерно зумовленому насильству в місцях, де відбувається навчання, та школах і навколо них;
- швидко організувати неформальну освіту, наприклад, облаштування безпечного середовища для дітей та молоді (центрів анімації) або неформальних освітніх груп на місцевому рівні. Члени громади, працівники гуманітарної сфери та освітяни можуть допомагати організувати такі центри без фізичної інфраструктури в той час, як система формальної освіти (повторно) створюється або поновлюється. Працівники просторів, дружніх до дітей та молоді, повинні мати сильні навички міжособистісного спілкування, здатність застосовувати підходи активного навчання і мати досвід роботи в галузі неформальної освіти або в громадських програмах. Досвід роботи у галузі формальної освіти не є необхідним у цих умовах.

2. Зробити формальну й неформальну освіту більш сприятливою та відповідною

Сприятлива, відповідна освіта відіграє важливу роль у сприянні психічному здоров'ю та психосоціальному благополуччю учнів під час надзвичайної ситуації, водночас сприяючи ефективному навчанню.

- Зробити освіту гнучкою і орієнтованою на емоційні, когнітивні та соціальні потреби й можливості учнів, що постають унаслідок надзвичайної ситуації. Наприклад, можна запропонувати нетривалі види діяльності, якщо учні мають труднощі з концентрацією уваги; створити гнучкий графік, щоб уникнути зайвого стресу для учнів, освітян та членів їхніх сімей,

пропонуючи гнучкі години роботи/зміни; відкоригувати терміни складання іспитів, щоб дати учням додатковий час для приготування.

- Забезпечити освіту, яка допомагає відновити відчуття структури, передбачуваності й нормальності для дітей; створює можливості для самовираження, вибору, соціальної взаємодії і підтримки та формує компетенції і життєві навички у дітей. Наприклад, розробити розклад заходів і розмістити його в місцях, де відбувається навчання/школах; уникати покарання учнів, класна робота яких страждає через проблеми психічного та психологічного характеру; практикувати групові ігри з акцентом на навички співпраці, а не конкуренції; збільшити застосування активних підходів до навчання, які заохочують самовираження учнів; використовувати культурно доцільні структуровані заходи, такі як ігри, пісні, танці і п'єси з використанням місцевих наявних матеріалів.
- Включити навчання з життєвих навичок та надання інформації про надзвичайну ситуацію. Життєвими навичками і змістом навчання, які можуть бути особливо актуальні в умовах надзвичайних ситуацій, є: сриання дотриманню правил особистої гігієни, ненасильницьке вирішення конфліктів, навички міжособистісного спілкування, профілактика гендерно зумовленого насильства, профілактика захворювань, що передаються статевим шляхом (наприклад, ВІЛ/СНІД), обізнаність про міни і небезпеку вибуху, а також інформація про нинішню ситуацію (наприклад, про землетруси, збройні конфлікти тощо). Зміст та проведення (фасилітація) тренінгів із життєвих навичок мають враховувати результати оцінювання ризиків і пріоритизацію потреб.
- Застосовувати інтерактивні методи, які залучають представників громади та учнів до навчальної діяльності. Особливо цінною є участь підлітків та молоді у проведенні заходів для дітей молодшого віку. Потрібно також враховувати підхід «рівний – рівному».
- Використовувати освіту як механізм для мобілізації громади (див. [План дій 5.1](#)). Залучати батьків до управління навчанням і освітою та залучати громаду до будівництва (відновлення) освітніх установ (які можуть бути тимчасовими або постійними спорудами). Організувати щотижневі зустрічі громади з дітьми/молоддю/представниками громади з метою сприяння діяльності, доцільній у місцевому контексті та такій, що впроваджує місцеві знання та навички.
- Впевнитися, що будь-які координування питань освіти або робоча група враховують проблеми психічного здоров'я/психосоціальні аспекти.

Призначити відповідальну особу, яка налагодить зв'язок координаційної групи з питань психічного здоров'я/психосоціальної підтримки (див. План дій 1.1) із механізмом координування питань освіти.

- Надати можливості навчання життєвим навичкам для дітей та молодих людей у місцях, дружніх до дітей і молоді та участі, наприклад, у додатковій освіті, професійній підготовці, мистецьких, культурних та екологічних заходах та/або заняттях спортом.
- Підтримувати неформальне навчання, таке як: освіта для дорослих, загальноосвітнє і професійне навчання навичкам, які стосуються нинішнього і майбутнього економічного середовища і які пов'язані з можливостями працевлаштування. Для дітей до 15 років неформальна освіта має слугувати доповненням до формальної освіти, а не його заміною.
- Використовувати програми «Обід у школі» для сприяння психічному здоров'ю та психосоціальному благополуччю, де це доречно. Харчування в школі (їжу можна брати з собою) у навчальних закладах може бути об'єктивною стратегією підвищення відвідування і зменшення кількості тих, хто кидає навчання, що сприяє покращенню психічного здоров'я та психосоціального благополуччя (див. План дій 9.1). Крім того, програми харчування можуть безпосередньо впливати на психосоціальне благополуччя, підвищуючи концентрацію, знижуючи соціальні розбіжності між «багатими» й «бідними» тощо. Забезпечення їжею або програми харчування в навчальних закладах необхідно застосовувати тільки тоді, коли це можна провести ефективно, не шкодячи харчуванню учнів і суттєво не підриваючи соціальні традиції (наприклад, роль сім'ї у забезпеченні належного харчування для дітей).

3. Забезпечити стійкий доступ до освіти для всіх

- Оперативно розширювати доступ до формальної і/або неформальної освіти. Для цього можуть знадобитися креативні та гнучкі підходи, наприклад, такі як: поетапне відкриття шкіл, робота в дві зміни або використання альтернативної місцевості.
- Тимчасово спростити вимоги до документації для вступу і бути гнучкими в питаннях прийняття. Представники наслення, що постраждало внаслідок надзвичайної ситуації, можуть не мати документів, які засвідчують громадянство, народження/вік, документів, що засвідчують особу, або шкільних табелів із оцінками. Не можна застосовувати вікові обмеження щодо постраждалих дітей та молоді.

- Забезпечувати конкретні потреби певної групи учнів, наприклад, надавати послуги з догляду за дітьми матерям-підліткам, старшим братам і сестрам, яким доручено піклуватися про молодших дітей; забезпечувати шкільним приладдям учнів, що потребують допомоги.
- Зробити освітні простори доступними й доцільними для різних груп дітей, насамперед, для маргіналізованих дітей (наприклад, для дітей-інвалідів або дітей з економічно неблагополучних сімей, дітей із етнічних меншин). Розробити окремі види діяльності для підлітків та молоді, які часто отримують недостатньо уваги.
- Де це доречно, забезпечувати додаткові курси й курси прискореного навчання для дітей старшого віку (наприклад, для тих, хто раніше був пов'язаний із повстанцями або озброєними групами), які пропустили певні частини освітньої програми.
- За необхідності, проводити кампанії з підготовки до нового навчального року, в межах яких громади, управління освіти та гуманітарні працівники сприяють доступу всіх дітей та молоді до освіти.

4. Підготувати та заохочувати освітян підтримувати психосоціальне благополуччя учнів

Викладачі можуть надавати психосоціальну підтримку учням шляхом адаптації взаємодії з учнями; створюючи безпечне й сприятливе середовище, в якому учні можуть висловлювати свої емоції і переживання, а також застосовуючи структурований психосоціальний підхід у процесі викладання/навчання.

Однак їм не варто намагатися проводити терапію, яка потребує спеціальних навичок. Надання підтримки освітянам у вирішенні їхніх проблем у сфері психосоціального благополуччя є важливим компонентом підтримки учнів.

- Регулювати взаємодію з учнями через:
 - інтегрування тем, пов'язаних із надзвичайною ситуацією, в процес навчання;
 - звернення уваги на причини проблемної поведінки в класі (наприклад, агресивність);
 - допомогу учням розуміти і підтримувати одне одного.
- Забезпечувати освітян можливістю послідовного навчання та підготовки, а також відповідною професійною підтримкою в надзвичайній ситуації, а не лише надати разовий тренінг або короткотермінове навчання без подальшого супроводу (див. План дій 4.3). Основні теми можуть містити:
 - заохочення участі громади й створення безпечного середовища навчання;

- наслідки складних переживань і ситуацій на психологічне благополуччя і психологічну пружність (резильєнтність) дітей, у т. ч. хлопців і дівчат різного віку; етика психосоціальної підтримки (див. План дій 4.2);
 - життєві навички, актуальні в умовах надзвичайної ситуації (див. «Ключова дія 2» вище для ознайомлення з можливими варіантами);
 - конструктивні методи управління класом, що пояснюють недоцільність застосування тілесних покарань, а також забезпечують конкретні альтернативи використанню насильства;
 - як конструктивно вирішити проблеми учнів (наприклад, гнів, страх і горе);
 - як проводити структуровані групові заходи, такі як: арт-терапія, культурні та спортивні заходи, ігри та формування навичок;
 - як працювати з батьками та місцевими громадами;
 - як застосовувати механізми перенаправлення для забезпечення додаткової підтримки учнів, у яких проявляються серйозні проблеми з психічним здоров'ям та психосоціальні труднощі (див. Ключові дії 5 нижче);
 - як розробляти плани дій із впровадження психосоціальної підтримки в роботі викладачів;
 - допомога освітянам краще справлятися з життєвими проблемами під час та впродовж надзвичайної ситуації, враховуючи впливи стресу на освітян, навички копінгу, підтримуючу супервізію (нагляд та контроль) і групову підтримку фахівців.
- Застосовувати методи навчання, що передбачають рівність та залучення абсолютно всіх груп учнів, адаптовані до місцевого контексту і культури. Переконуватися, що освітяни мають можливість поділитися своїми знаннями та досвідом розвитку місцевих дітей і дієвими практиками, а також відпрацювати на практиці нові навички. Доцільність і корисність тренінгів треба періодично оцінювати. Освітянам необхідно надавати постійну підтримку, в т. ч. рекомендується проводити професійні супервізії і надавати матеріали.
 - Активувати доступну психосоціальну підтримку освітян. Наприклад, зібрати освітян разом із кваліфікованим фасилітатором для обговорення минулого, сьогодення та майбутнього, або розробити механізм підтримки на рівні громади для допомоги освітянам у боротьбі з кризовими ситуаціями.

5. Зміцнити спроможність системи освіти підтримувати учнів, що переживають психосоціальні та психічні труднощі

- Зміцнити спроможність освітніх закладів у підтримці учнів, які переживають певні психічні й психосоціальні труднощі:
 - визначити контактних осіб для моніторингу й подальшого контролю (супроводу) окремих дітей;
 - якщо наявні шкільні психологи, провести навчання зі справляння з питаннями, пов'язаними з надзвичайною ситуацією.
- Допомогти працівникам школи, таким як: завучі, психологи-консультанти, викладачі та працівники охорони здоров'я, зрозуміти куди перенаправляти дітей із важкими проблемами з психічним здоров'ям і психосоціальними труднощами (це можуть бути діти, які безпосередньо не постраждали від надзвичайної ситуації, але мали труднощі раніше) до відповідних фахівців у сфері психічного здоров'я, соціальних послуг та психосоціальної підтримки в громаді (див. План дій 5.2) і до фахівців у сфері медичних послуг, якщо це доцільно (див. План дій 6.2, в т. ч. критерії перенаправлення осіб із серйозними проблемами із психічним здоров'ям). Переконайтеся, що учні, батьки та члени громади розуміють, як користуватися цією системою перенаправлення.

Ключові джерела

1. Active Learning Network for Accountability and Performance (ALNAP) (2003). *Participation by Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners*. Chapter 12, 'Participation and Education', pp. 331-342. www.alnap.org/pool/files/gs_handbook.pdf
2. Annan J., Castelli L., Devreux A. and Locatelli E. (2003). *Training Manual for Teachers*. <http://www.forcedmigration.org/psychosocial/papers/WiderPapers/Widerpapers.htm>
3. Crisp J., Talbot C. and Cipollone D. (eds.) (2001). *Learning for a Future: Refugee Education in Developing Countries*. Geneva: UNHCR. <http://www.unhcr.org/pubs/epau/learningfuture/prelims.pdf>
4. Danish Red Cross (2004). *Framework for School-Based Psychosocial Support Programmes: Guidelines for Initiation of Programmes*. <http://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/Docman/Documents/9Educational%20services/DRCS.PSP.schoolbased.pdf>
5. IASC (2005). *Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings*. <https://interagencystandingcommittee.org/node/2927>
6. Inter-Agency Network on Education in Emergencies (INEE) (2004). *INEE Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction*. http://www.ineesite.org/minimum_standards/MSEE_report.pdf
7. Inter-Agency Network on Education in Emergencies (INEE) (2005). *Promoting INEE Good Practice Guides – Educational Content and Methodology*. <http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1238>, then the following links:

<http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1134> <http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1137>
<http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1146>

8. Macksoud M. (1993). *Helping Children Cope with the Stresses of War: A Manual for Parents and Teachers*. UNICEF. http://www.unicef.org/publications/index_4398.html
9. Nicolai S. (2003). *Education in Emergencies: A Tool Kit for Starting and Managing Education in Emergencies*. Save the Children UK. http://toolkit.ineesite.org/toolkit/INEEcms/uploads/1043/Description_of_Education_Kits.pdf
10. Save the Children (1996). *Psychosocial Well-Being Among Children Affected by Armed Conflict and Displacement: Principles and Approaches*. Geneva. <http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/PSYCHSOCWELLBEING2.PDF>
11. Sinclair M. (2002). *Planning Education In and After Emergencies*. UNESCO: International Institute for Educational Planning (IIEP). <http://www.unesco.org/iiep/PDF/Fund73.pdf>

Приклади індикаторів процесу

- Відсоток учнів, що мають доступ до формальної освіти.
- Місця неформальної освіти є відкритими та доступними для дівчат і хлопців різного віку.
- Відсоток учителів, які пройшли навчання та отримали подальший контроль з питань підтримки психосоціального благополуччя учнів.
- Учителі та інші працівники галузі освіти перенаправляють дітей із тяжкими розладами психічного здоров'я і психосоціальними труднощами на отримання доступних спеціалізованих послуг або інших видів підтримки.

Приклад: Окупована палестинська територія, 2001 рік

- У рамках другої інтифади Палестинський національний план дій для роботи з дітьми (орган неурядових організацій та міжнародних неурядових організацій) координував роботу національних та міжнародних організацій для забезпечення безпечної і сприятливої формальної та неформальної освіти.
- Організації проводили кампанії з підготовки до нового навчального року і підтримували літні табори й місця, дружні до дітей та молоді. Процес освіти переглянуто з метою вищої безпеки, актуальності й підтримки, надаючи ширші можливості для самовираження і розвитку життєвих навичок захисту.
- Освітян навчили розуміти та реагувати на емоційні й поведінкові потреби учнів; організували програми наставництва для підлітків під керівництвом молоді; а також у школах провели структуровані сеанси психосоціальної допомоги.

План дій 8.1

Забезпечити постраждале населення інформацією щодо надзвичайної ситуації, заходів з допомоги і їхніх законних прав

Напрямок: Поширення інформації

Етап: Мінімальне реагування

Передумови

Окрім ризиків життю і здоров'ю, в надзвичайних ситуаціях часто порушуються правда й справедливість. Надзвичайні ситуації, як правило, дестабілізують звичайні канали поширення інформації та комунікації. Інфраструктура зв'язку може бути зруйнована і наявні канали зв'язку можуть використовуватися з певною метою, наприклад, для поширення чуток або повідомлень, що містять заклики до ненависті, або фальсифікацію історій для покриття недбалості.

Чутки й відсутність достовірної і точної інформації, як правило, є основними джерелами занепокоєння для людей, постраждалих від надзвичайної ситуації, і можуть спричинити плутанину й відчуття небезпеки. Крім того, відсутність знань про права може призвести до експлуатації. Належна інформація, отримана у відповідний час, може допомогти протистояти цьому. Надійний механізм має попереджувально поширювати таку корисну інформацію.

Необхідно розробити системи інформування і зв'язку, щоб допомогти громадам брати участь у процесах відновлення і, таким чином, люди стануть активними учасниками відновлення, а не пасивними жертвами. Інформаційні та комунікаційні технології (ІКТ), а також традиційні методи спілкування і розваги, – такі як: драматичні постановки, пісні та ігри – можуть зіграти вирішальну роль у поширенні інформації про права та пільги постраждалих, тоді як відповідна інформація про допомогу та місцезнаходження переміщених осіб сприятиме возз'єднанню сім'ї.

Крім конкретних дій, що розглядаються далі, належне врядування під час надзвичайних ситуацій на основах прозорості, відповідальності та залучення громади, допоможе покращити доступ до інформації.

Ключові дії

1. Сприяти формуванню інформаційної та комунікаційної команди

- Якщо нормальні системи зв'язку (з огляду на людей та інфраструктуру) не є повністю функціональними, треба допомогти створити інформаційну

команду для надання повідомлень про надзвичайну ситуацію, заходи з допомоги та законні права, щоб посилити право «голосу» маргіналізованих чи забутих груп. Команду можна сформувати з місцевих організацій засобів масової інформації, лідерів громад, установ із надання допомоги, уряду чи інших сторін, задіяних у реагуванні на надзвичайні ситуації. Члени постраждалої громади самі можуть відігравати ключову роль у поширенні інформації про послуги.

2. Регулярно оцінювати ситуацію та визначати ключові інформаційні прогалини і ключову інформацію для поширення

- Вивчити наявні дані оцінювання й проблеми, на яких вони зосереджують увагу (див. [План дій 2.1](#)).
- Проаналізувати, хто контролює канали зв'язку, цікавлячись, чи поширюють певні групи інформацію такими способами, що сприяють їхнім інтересам.
- Провести, за необхідності, додаткове оцінювання, яке стосується таких питань:
 - Які громади/групи людей перебувають у процесі розселення і які вже влаштувалися на новому місці?
 - Які люди в групах ризику належать до тих, кого зазвичай вважають вразливими (див. [Розділ 1](#)), чи новими?
 - Чи є звіти про постраждалих, які втратили здатність пересуватися? Якщо так, то з'ясувати їхнє місце перебування і проаналізувати чинне реагування.
 - Де люди можуть почуватися в безпеці і які місця є небезпечні?
 - Якщо є доступні послуги з охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, то хто їх надає? Які установи беруть активну участь у цій галузі? Чи покривають вони потреби всіх постраждалих громад і верств населення? Чи є прошарки в громаді, про яких забули?
 - Які можливості існують для інтеграції інформаційної та комунікаційної кампанії в інші заходи з надання допомоги?
 - Який рівень грамотності серед чоловіків, жінок, дітей і підлітків постраждалого населення?
 - Які з раніше наявних каналів зв'язку функціонують зараз? Які канали будуть найефективнішими в нинішній ситуації для передачі повідомлень стосовно надзвичайної ситуації, заходів допомоги і законних прав?
 - Які групи населення не мають доступу до засобів масової інформації (ЗМІ)?

- Які групи населення не мають доступу до ЗМІ через інвалідність (наприклад, люди з порушеннями зору або слуху)? Які методи, можливо, буде потрібно розробити для поширення інформації, щоб звернутися до таких людей?
- Щоденно збирати й зводити відповідну інформацію. Це може охоплювати інформацію щодо:
 - наявності та безпечності заходів з допомоги;
 - угоди про припинення вогню, зони безпеки та інші мирні ініціативи;
 - повторення подій, пов'язаних із надзвичайною ситуацією (наприклад, насильство чи повторні сейсмічні поштовхи);
 - місця та характеру різних гуманітарних послуг;
 - розташування безпечних просторів (див. План дій 5.1) та доступних послуг (див. Плани дій 5.1, 5.2, 5.4 та 7.1);
 - основних результатів оцінювання та моніторингу заходів з допомоги постраждалим;
 - основних рішень, ухвалених політичними лідерами і гуманітарними координуючими організаціями;
 - прав і пільг (наприклад, кількість рису, на яку переміщена особа має право, права на землю тощо).
- Відстежувати відповідну інформацію, яку надають уряд або місцеві органи влади, зокрема інформацію стосовно роздачі пакетів допомоги.
- Опитувати різні зацікавлені сторони серед населення, а також гуманітарних працівників, про ключові інформаційні прогалини, які треба заповнити (наприклад, відсутність відомостей про послуги, права, знаходження членів сімей тощо). Працювати з постраждалими для того, щоб визначити тип повідомлень, які вони хотіли б поширювати, в який спосіб і щодо очікуваного громадського впливу.
- Постійно визначати шкідливі практики ЗМІ або зловживання інформацією, на які потрібно звернути увагу. Такі практики передбачають:
 - поширення упереджених повідомлень або використання мови ненависті;
 - агресивне опитування людей про їхні емоційні переживання;
 - неспроможність організувати доступ до психосоціальної підтримки людям, яких розпитували про їхні емоційні переживання під час катастрофи;
 - стигматизацію людей через опитування їх неналежним чином;

- використання зображень, імен або іншої особистої інформації без поінформованої згоди або способами, які ставлять під загрозу постраждалих.
- Постійно визначати корисні практики засобів масової інформації, такі як:
 - запрошення досвідчених працівників гуманітарної сфери (в сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки) для надання порад через ЗМІ;
 - надання конкретних рекомендацій на брифінгах.

3. Розробити план комунікації та кампанії

- Максимально залучати громаду до процесу розроблення плану і кампанії з комунікації.
- Розробити систему для поширення корисної інформації, яка заповнює виявлені прогалини.
- Навчати місцеві ЗМІ тому, що таке потенційно корисна і потенційно шкідлива практика, і як уникнути останньої.
- Поважати принципи конфіденційності та поінформованої згоди.

4. Створити канали доступу та поширення достовірної інформації серед постраждалого населення

- Визначити серед постраждалого населення людей, які впливають на поширення інформації в громадах.
- Створити каталог ЗМІ та комунікації, у т. ч.:
 - список місцевих ЗМІ з іменами й контактними даними ключових журналістів, які висвітлюють новини, пов'язані зі здоров'ям, дітьми, та суспільні теми;
 - список імен та контактних даних журналістів, які висвітлюють події надзвичайної ситуації;
 - каталог персоналу різних гуманітарних організацій, що працюють у сфері комунікацій.
- Комунікаційні команди можуть створювати канали для поширення інформації місцевою мовою. Це може передбачати ефірний час на місцевих радіостанціях або площу на рекламних щитах у районі основних транспортних розв'язок і в інших громадських місцях, або у школах, таборах постраждалих чи поблизу туалетів.
- За відсутності будь-яких засобів масової інформації розглядати нестандартні механізми, наприклад, радіоточки.

- Залучати місцевих жителів на кожному етапі процесу комунікації і упевнитися в тому, що повідомлення є тактовні (тобто демонструють розуміння ситуації постраждалого населення) і нескладні (тобто зрозумілі, наприклад, для місцевих 12-річних дітей).
 - Організувати брифінги для поширення інформації про конкретні гуманітарні заходи, які заплановані в найближчі кілька днів, тобто що, коли, де і хто організовує тощо.
 - Переконатися, що немає зайвого повторення минулих жаклих подій у місцевих ЗМІ (наприклад, уникати повторення частих відеороликів, які зображують найгірші моменти надзвичайної ситуації) шляхом організації брифінгів для ЗМІ і виїздів на місце. Заохочувати ЗМІ та журналістів уникати непотрібного використання зображень, які, ймовірно, можуть викликати екстремальний дистрес серед глядачів. Крім того, заохочувати ЗМІ поширювати не тільки зображення і розповіді людей у відчаї, а друкувати або транслювати зображення та історії психологічної пружності (резильєнтності) та залучення постраждалих до заходів із відновлення.
 - Підтримувати інтерес місцевих ЗМІ, висвітлюючи різні теми, наприклад, різні види проблем психічного здоров'я та психосоціального благополуччя, розповіді про одужання постраждалих, залучення груп ризику до заходів з відновлення та ініціатив системи реагування.
 - Поширювати повідомлення про права та пільги постраждалих, наприклад, про закони з прав інвалідів, закони щодо державної охорони здоров'я, про права на землю для відбудови, набори гуманітарної допомоги тощо.
 - Розглянути питання про підготовку повідомлень про міжнародні стандарти з гуманітарної допомоги, наприклад, такі як мінімальні стандарти проекту «Сфера».
 - Розглянути методи поширення інформації, які допомагають людям отримати доступ до повідомлень (наприклад, акумулятори для радіоприймачів, встановлення щитів для вуличних газет).
- 5. Забезпечити координування між персоналом у сфері комунікацій, що працює у різних організаціях**

Координування важливе для:

- забезпечення послідовності інформації, яку поширюють серед постраждалого населення;
- сприяння розвитку міжвідомчих інформаційних платформ (наприклад, дошки оголошень), де постраждалі можуть отримати всю необхідну

інформацію, у т. ч. інформацію про позитивні стратегії копінгу (див. План дій 8.2).

Ключові джерела

1. ActionAid International (матеріал готується до публікації) *Mind Matters: Psychosocial Response in Emergencies* (відео).
2. IASC (2003). *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings*. Action Sheet 9.1: Provide information on HIV/AIDS prevention and care, pp. 91-94. Geneva: IASC. <https://interagencystandingcommittee.org/hiv-aids-emergency-settings/documents-public/guidelines-hiv-aids-interventions-emergency-settings>
3. OCHA (матеріал готується до публікації). *Developing a Humanitarian Advocacy Strategy and Action Plan: A Step-by-Step Manual*.
4. Office of the United Nations Secretary-General Special Envoy for Tsunami Recovery (2006). *The Right to Know: The Challenge of Public Information and Accountability in Aceh and Sri Lanka*. New York: United Nations. http://www.conflict-recovery.org/bin/The_Right_to_Know.pdf
5. Sphere Project (2004). *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
6. UNICEF (2005). *Ethical Guidelines for Journalists: Principles for Ethical Reporting on Children*. http://www.unicef.org/ceecis/media_1482.html
7. UNICEF (2005). *The Media and Children's Rights (Second Edition)*. New York: UNICEF. http://www.unicef.org/ceecis/The_Media_and_Children_Rights_2005.pdf

Приклади індикаторів процесу

- Проведено оцінювання для визначення того, чи отримує постраждале населення основну інформацію про надзвичайну ситуацію, заходи з допомоги і свої законні права.
- За наявності прогалини в основній інформації, відповідна інформація поширюється і є легкою, доступною та зрозумілою для різних підгруп населення.

Приклад: Землетрус у штаті Гуджарат, Індія, 2001 рік

- Національні та міжнародні неурядові організації разом із місцевими групами соціальної допомоги організували кампанію «Знай свої права». Вони упорядкували всі урядові накази, спростили юридичні терміни і переклали всі матеріали та інформаційні листи простими словами місцевою мовою. Інформаційні листи містили запитання і відповіді щодо ключових прав і пільг, а також пояснення як за ними звертатися.

- Вуличні вистави, які організували добровольці з числа постраждалих, розповідали про права та пільги. Після кожної вистави роздавали анкети, і волонтери допомагали постраждалим їх заповнювати аж до отримання ними цих пільг.
- Організували народні суди для того, щоб постраждалі описали свої проблеми й отримали інформацію про свої права.

План дій 8.2

Надати доступ до інформації про дієві методи копіngu

Напря́м: Поширення інформації

Ета́п: Мінімальне реагування

Передумови

Під час надзвичайних ситуацій більшість людей зазнають психологічного дистресу (наприклад, сильне горе, смуток, страх або гнів). У більшості ситуацій багато постраждалих осіб поступово почне почуватися краще, особливо якщо вони застосовуватимуть корисні способи боротьби зі стресом, тобто дієві методи копіngu, й матимуть підтримку від сім'ї та громади. Корисним етапом копіngu є доступ до інформації, що стосується надзвичайної ситуації, проведених заходів із надання допомоги, законних прав (див. План дій 8.1) та інформацію про дієві методи копіngu.

Надання доступної та культурно відповідної просвітницької інформації може бути ефективним способом сприяння позитивним методам копіngu. Метою поширення подібної інформації є покращення спроможності осіб, сімей та громад розуміти спільні шляхи реагування більшості людей на екстремальні стресові фактори й ефективно сприймати власні психосоціальні потреби і потреби інших. Поширення інформації про дієві методи копіngu за допомогою друкованих роздаткових матеріалів або радіо – одна з найпоширеніших інтервенцій під час надзвичайних ситуацій і має потенціал досягти широкого кола постраждалих.

Ключові дії

- 1. Визначити, яка інформація про дієві методи копіngu вже відома постраждалому від надзвичайної ситуації населенню**
 - Разом із усіма відповідними сторонами з'ясувати: (а) чи вже існує культурно коректна інформація про дієві методи копіngu; (б) наскільки ця інформація вже відома населенню. Ключова дія 2, що наведена далі, надає рекомендації щодо визначення відповідності доступної інформації.
- 2. Якщо інформації про дієві методи копіngu немає, варто розробити інформацію щодо позитивних культурно відповідних методів копіngu для постраждалого населення**

- Координувати і планувати з іншими організаціями розроблення інформації щодо дієвих методів копінгу. Щоб уникнути плутанини, треба переконатися в тому, що посил цих інформаційних повідомлень простий і логічний. Наскільки можливо, досягти міжвідомчого консенсусу стосовно змісту інформації і домовитися про розподіл завдань між учасниками (поширення інформації тощо).
- Під час розроблення відповідних матеріалів важливо визначити спектр можливих індивідуальних і суспільних реакцій на сильні стрес-фактори (наприклад, згвалтування) та визначити прийнятні для цієї культури методи копінгу (наприклад, молитви або ритуали в складні часи). Для уникнення повторного оцінювання, переглянути результати існуючих оцінювань (див. [Плани дій 2.1, 5.2, 5.3 і 6.4](#)). Інтерв'ювання осіб, обізнаних у місцевій культурі (антропологів тощо), або використання фокус-груп може допомогти заповнити прогалини в знаннях. Під час відбору фокус-груп треба переконатися, що вони коректно представляють громаду (з урахуванням гендерних та вікових відмінностей). Для того, щоб різні точки зору були представлені, часто є потреба у створенні окремо чоловічих і жіночих фокус-груп.
- Важливо визначити дієві методи копінгу, які мають тенденцію бути корисними в різних культурах, наприклад:
 - пошук соціальної підтримки;
 - запровадження звичного щоденного режиму;
 - методи релаксації;
 - рекреаційні заходи;
 - тактовне обговорення загрозливих ситуацій (можливо, разом із довіреною особою) для набуття контролю над повсякденною діяльністю.
- Соціальні працівники мають ознайомитися з дієвими методами копінгу, переглянувши приклади даних щодо самопомогли, наданими іншими організаціями або отриманими під час обговорення у фокус-групах членами громади, які успішно це роблять. Іноді наведення таких даних, як допомагати іншим, може бути ефективним, оскільки воно спонукає постраждалих піклуватися про інших і опосередковано про себе.
- У наступній таблиці наведений перелік того, що «слід» і «не слід» робити під час розроблення інформації щодо позитивних методів копінгу для широкого загалу:

Слід	Не слід
<p>Уживати просту й зрозумілу мову. Докласти необхідні час і зусилля, аби переконатися в тому, що передані ідеї викладені ясно (з урахуванням усіх місцевих особливостей) і можуть бути зрозумілі для 12-річної місцевої дитини. Використовувати розмовні вислови, якщо так буде зрозуміліше (наприклад, уживати місцеві терміни для таких слів, як «копінг»)</p>	<p>Вживати складну або термінологічну лексику (наприклад, психологічні та психіатричні терміни)</p>
<p>Зосередитися на пріоритетах, визначених громадами, і формулювати повідомлення коротко, спрямовано й конкретно</p>	<p>Вкладати занадто багато ідей в одне повідомлення, адже це може заплутати й перевантажити людей</p>
<p>Наголосити, що відчувати дистрес після серйозних стресових ситуацій нормально і що люди, які постраждали від надзвичайної ситуації, можуть помітити зміни в своїх почуттях, поведінці й думках. Підкреслити, що це звична і зрозуміла реакція на ненормальні події</p>	<p>Вміщати довгий перелік психіатричних симптомів у матеріали для широкого загалу (тобто в матеріали, які використовують поза клінічними умовами)*</p>
<p>Наголошувати на дієвих методах копінгу, підходах, спрямованих на розв'язання питань, на позитивних очікуваннях щодо одужання, застерігати від шкідливих способів копінгу (наприклад, зловживання алкоголем). Намагатися включити стратегії копінгу для громад, сімей і осіб</p>	<p>У матеріалах для широкого загалу, наголошувати на психологічній вразливості*</p>
<p>Стверджувати, що більшість людей, імовірно, почуватиметься краще наступні тижні, місяці. Якщо дистрес не знижується протягом тижнів або погіршується, необхідно звернутися по допомогу в наявні організації, які надають соціальну підтримку, або по професійну допомогу (хоча включати цю пораду можливо тільки тоді, якщо така допомога доступна). Надати інформацію про те, як і де люди можуть отримати ці послуги</p>	<p>Чітко визначати період часу, потрібний для одужання (наприклад, «Вам стане легше через 3 тижні»); пропонувати шукати професійної допомоги, якщо така допомога недоступна</p>
<p>Попросити місцевих жителів переглянути розроблені матеріали. Переконатися в точності перекладених матеріалів</p>	<p>Буквально перекладати письмові матеріали на мову, яка зазвичай не належить до письмового стилю. Рекомендується знайти інший формат: наприклад, використовувати інші матеріали (наприклад, картинки, малюнки, пісні, танці тощо) або переклад матеріалів національною мовою, яка буде зрозуміла хоча б одному члену в кожному домогосподарстві</p>

* Означені пункти стосуються матеріалів із самопомогі, призначених для широкого загалу поза клінічними умовами. А в матеріалах, розроблених з метою використання в клінічних умовах, надання переліку симптомів діагностованих психічних розладів і їх пояснень, часто не лише доречно, але і є частиною лікування.

3. За необхідності, адаптувати інформацію так, щоб вона відповідала потребам підгруп

- Різні підгрупи всередині однієї громади можуть мати особливі способи копіювання, відмінні від тих, що використовує широкий загал. Окремо розробити інформаційні матеріали з дієвих методів копіювання для підгруп (наприклад, для чоловіків, жінок та (інших) особливих груп ризику (див. Розділ 1). Розглянути можливість додатково зосередитися на «способах копіювання для дітей» й «способах копіювання для підлітків», враховуючи при цьому, що короткотермінові методи копіювання, такі як зловживання наркотиками і алкоголем, можуть заподіяти довготермінову шкоду.

4. Розробити і запровадити стратегію ефективного поширення інформації

- Друковані матеріали (листівки й постери) – найпопулярніші способи поширення інформації, проте інші способи, такі як: радіо, телебачення, малюнки/картинки, пісні, вистави й вуличний театр можуть бути ефективнішими. Проаналізувати з громадою і релігійними лідерами шляхи надання інформації в неписьмовій формі. Найбільш відповідна форма донесення інформації залежить від цільової аудиторії, рівня її грамотності й культурного контексту. Наприклад, неписьмові матеріали (такі як комікси, що зображають добре відомих персонажів, театралізовані вистави) можуть бути ефективнішими у комунікації з дітьми. Поєднання різних методів поширення інформації, що передають єдиний зміст, можна використати для досягнення максимального охоплення широкого загалу.
- Звернутися за дозволом розміщувати копії друкованих матеріалів у громадських установах, таких як: церкви, мечеті, школи, заклади охорони здоров'я та на дошках оголошень у громадських закладах. Доречно розмістити матеріали там, де люди зможуть узяти їх непомітно.
- Деякі неурядові організації визначили, що спілкування з людьми, коли Ви пропонуєте їм роздатковий матеріал/листівки, є ефективнішим, ніж просто залишити десь ці матеріали для роздачі, оскільки часто люди їх не читатимуть.
- За можливості, розмістити копії друкованих матеріалів в Інтернеті. Хоча більшість постраждалих не матимуть доступу до Інтернету, розповсюдження матеріалів у такий спосіб допомагає поширювати їх серед організацій, які, в свою чергу, можуть збільшити їх розповсюдження (див. також План дій 8.1).

Ключові джерела

1. American Red Cross (2004). *From Crisis to Recovery, the Road to Resiliency: A Small Pocket Manual*. American Red Cross Psychosocial Group, New Delhi.
http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
2. International Catholic Migration Commission (ICMC) (2005). *Setelah Musibah (After Disaster)*. ICMC, Indonesia.
http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
3. World Health Organization (2005). *Some Strategies to Help Families Cope with Stress*. WHO, Pakistan. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html

Приклади індикаторів процесу

- Інформація про самодопомогу, яку поширюють, зосереджена на дієвих методах копію.
- Визначена кількість людей, що мають доступ до поширюваної інформації.
- Поширювана інформація враховує культурні особливості та є зрозумілою більшості населення.

Приклад: Провінція Ачех, Індонезія, 2005 рік

- Після перегляду існуючих матеріалів із самодопомоги, національний персонал міжнародної неурядової організації пройшов спеціальне навчання для роботи з фокус-групами, щоб визначити, як люди справляються (загальні реакції), і які заходи їм доступні для подолання стресу.
- Запросили художника, який виконав серію малюнків, що зображають людей із провінції Ачех у національному одязі й у знайомих місцевому населенню ситуаціях. Наступна ж серія малюнків зображувала техніку релаксації за допомогою глибокого дихання.
- Під час зустрічей у громадах, наприклад, після вечірньої молитви в мечеті, проводили пояснення і роздачу брошур. Брошури передали також іншим організаціям, які, в свою чергу, поширювали їх під час інтервенцій.
- За допомогою психосоціальних координаційних груп різні організації спільно продовжили видання інформаційних бюлетенів, що містили інформацію з питань, які хвилювали постраждалих від цунамі й місцеву громадськість. Як наслідок, відбулося створення місцевої неурядової організації для продовження видання відповідних інформаційних бюлетенів.

План дій 9.1

Враховувати особливі соціальні та психологічні аспекти (безпечна допомога для всіх в умовах гідності, з урахуванням культурних звичаїв і побутових ролей) при забезпеченні харчовими продуктами і додатковим харчуванням

Напрямок: Продовольча безпека та харчування

Етап: Мінімальне реагування

Передумови

У багатьох надзвичайних ситуаціях голод і нестача продовольства є причиною тяжкого стресу і шкодить психосоціальному благополуччю постраждалого населення. І водночас психосоціальний вплив від надзвичайної ситуації може погіршити стан продовольчої безпеки та харчового статусу. Усвідомлення зв'язку, що існує між психосоціальним благополуччям і продовольчою/ харчовою безпекою (див. таблицю далі), може дозволити суб'єктам гуманітарної допомоги підвищити якість і ефективність програм продовольчої допомоги і харчової підтримки за одночасного сприяння почуттю людської гідності постраждалих. Ігнорування цих взаємозв'язків зашкодить і призведе, наприклад, до багатогодинних черг за їжею, безособового ставлення до отримувачів як до пасивних споживачів, або спровокує насильство в пунктах роздачі їжі чи в їхніх околицях.

Таблиця: Соціальні та психологічні фактори, що стосуються продовольчої допомоги

Фактори продовольчої допомоги	Типи спричиненого ефекту і приклади
Основні соціальні фактори (в т. ч. такі, що існували раніше) стосуються продовольчої безпеки та харчового статусу	<ul style="list-style-type: none">• Маргіналізація певних груп через зменшення їхнього доступу до обмежених ресурсів• Соціально-культурні аспекти харчування (режим і звичний порядок харчування: яку їжу вживають, як її вирощують, збирають, реалізують, готують; культурні табу)
Психологічні та соціальні фактори, пов'язані з надзвичайною ситуацією, які впливають на продовольчу безпеку і харчовий статус	<ul style="list-style-type: none">• Порушення гендерних, господарських та сімейних ролей (наприклад, смерть годувальника)• Дезорієнтація та/або втрата формального або неформального лідера в громаді (наприклад, смерть лідера громади, який зміг би організувати допомогу)

Фактори продовольчої допомоги	Типи спричиненого ефекту і приклади
	<ul style="list-style-type: none"> • Порушення неформальних соціальних мереж, що допомагають людям, які перебувають у групі ризику (наприклад, відсутність волонтерів, що доглядають за прикутими до ліжка людьми) • Недостатній рівень безпеки (наприклад, напади на жінок, які збирають деревину для опалення) • Зменшення спроможності людей постачати їжу своїм утриманцям (наприклад, через глибоку депресію) • Сильна дезорієнтація може ускладнити або унеможливити доступ окремих людей до їжі (наприклад, унаслідок важкого неврологічного або психічного розладу) • Острах, що не дозволяє окремим особам чи групам людей отримати доступ до їжі (наприклад, через дезінформацію, політичне переслідування або вірування у надприродне, пов'язані з надзвичайною ситуацією) • Утрата апетиту (наприклад, унаслідок важкого горя через втрату членів сім'ї)
<p>Вплив голоду й браку продовольства на психічне здоров'я і психосоціальне благополуччя</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Тяжкі психічні та когнітивні розлади, особливо у маленьких дітей (наприклад, хронічний дефіцит харчування, нестача соціальної чи емоційної стимуляції) • Шкідливі стратегії копіngu (наприклад, продаж важливих цінностей, секс за їжу, припинення відвідування школи, залишення напризволяще слабших членів сім'ї, таких як дитина) • Руйнування законів і порядку, що існували (наприклад, боротьба за ресурси) • Втрата надії і перспективи майбутнього (наприклад, під час тривалих збройних конфліктів) • Відчуття безпорадності й самоусунення (наприклад, після втрати засобів до існування) • Агресивна поведінка (наприклад, відчуття несправедливості в праві на їжу або її розподілі)

Посібник проекту «Сфера» визначає загальні стандарти продовольчої безпеки, харчової і продовольчої допомоги під час надзвичайної ситуації. Ключові дії, описані далі, є рекомендаціями щодо соціальних і психологічних факторів, які треба враховувати в роботі, спрямованій на забезпечення дотримання цих стандартів.

Ключові дії

1. **Оцінити психосоціальні фактори, що стосуються продовольчої безпеки, харчової і продовольчої допомоги**
 - Проаналізувати доступні дані з оцінювання продовольства і харчування, психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (див. План дій 2.1).

За потреби, провести подальше оцінювання основних соціальних і психологічних факторів, пов'язаних із підтримкою харчування і продовольства (див. таблицю вище).

- Звіти з оцінювання ситуації з харчуванням і продовольством рекомендується надати відповідним координаційним групам (див. [Плани дій 1.1 і 2.1](#)), у яких необхідно визначити:
 - шляхи і ступінь впливу недостатнього харчування/недоїдання на психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя, і навпаки (див. також Стандарт 2 загальної продовольчої допомоги групам ризику і Стандарти 1-2 оцінки продовольчої безпеки та харчування в межах проекту «Сфера»);
 - психологічні та соціально-культурні фактори, які необхідно враховувати під час планування, реалізації та здійсненні подальшої продовольчої допомоги і харчових інтервенцій.

2. Максимально розширити участь місцевого населення у плануванні, розповсюдженні й контролі продовольчої допомоги

- Зробити можливою ґрунтовну і значущу участь цільових громад в оцінюванні, плануванні, розподілі та контролі подальшої допомоги ([див. План дій 5.1](#)).
- Забезпечити участь груп ризику маргіналізованих і менш помітних груп ([див. Розділ 1](#)).
- Зробити участь жінок на всіх етапах надання продовольчої допомоги високопріоритетною. У більшості спільнот жінки керують розподілом їжі всередині сім'ї, і важливість їхньої ролі полягає також у тому, що вони піклуються про те, щоб продовольча допомога досягла всіх визначених реципієнтів без будь-яких небажаних наслідків.
- Вивчити можливість використання продовольчої допомоги для створення і/або відновлення неформальних мереж соціального захисту, наприклад, доручити роздачу харчових пайків волонтерам, що надають послуги з догляду вдома ([див. План дій 3.2](#)).

3. Під час надання продовольчої допомоги приділяти увагу безпеці й захисту

- Звернути особливу увагу на ризик того, що продовольство можуть неналежно використати з політичною метою або що його розподіл призведе до маргіналізації окремих людей чи до посилення конфлікту.
- Забезпечити належне планування та відповідний обмін інформацією задля уникнення напружень, що можуть призвести до насильства або масових заворушень.

- Вживати усіх необхідних заходів для уникнення некоректного використання продовольчої допомоги, в т. ч. обмін продовольства на сексуальні послуги, який можуть пропонувати працівники, що надають допомогу, або інші люди на схожих посадах (див. План дій 4.2 і 6.1 у Керівництві МПК з інтервенцій у сфері гендерно зумовленого насильства в гуманітарних ситуаціях).
- 4. Здійснювати надання продовольчої допомоги належним чином, тобто дотримуючись культурних особливостей і захищаючи ідентичність, мораль і гідність основних зацікавлених осіб**
- Поважати релігійні та культурні звичаї, пов'язані з харчовими продуктами та способами приготування їжі за умови, що ці практики поважають права людини й сприяють відновленню ідентичності, моралі й гідності.
 - Уникати дискримінації, усвідомлюючи, що норми й традиції місцевих культур можуть дискримінувати окремі групи людей, наприклад, жінок. Особи, які розробляють плани розподілу продовольчої допомоги, відповідальні за розпізнавання дискримінації і забезпечення того, що продовольча допомога дійде до цільових реципієнтів.
 - Надавати відповідні прийнятні продукти зі спеціями та кухонним приладдям, що має особливе культурне значення (див. також Стандарти 1-2 проекту «Сфера» з планування продовольчої допомоги).
 - Обмінюватися важливою інформацією (див. План дій 8.1). Якщо продукти харчування невідомі реципієнтам, надавати інформацію про спосіб їх приготування.
- 5. Співпрацювати із закладами охорони здоров'я та іншими організаціями, що надають підтримку, з метою перенаправлення**
- Використовувати програми з надання продуктів і програми забезпечення харчами та харчуванням як можливі відправні точки визначення окремих осіб та/або груп, які потребують нагальної соціальної та/або психологічної підтримки.
 - Конкретні рекомендації щодо сприяння розвитку молотітніх дітей під час харчової кризи, наведені в документі ВООЗ (2006) в «Ключових джерелах».
 - Забезпечити працівників програм із надання продуктів харчування інформацією, куди і яким чином перенаправляти людей у стані гострого психологічного чи соціального дистресу.
 - Поінформувати постраждале населення та працівників у галузі харчування, що недостатність певних мікроелементів може згубно позначитися на когнітивному розвитку дитини і нашкодити внутрішньоутробному розвитку плоду.

- Допомогати працівникам програм із надання продовольчої та харчової допомоги зрозуміти медичні наслідки крайнього недоїдання.
- Визначати ризики для здоров'я і перенаправляти людей із ризиком середнього або гострого недоїдання до спеціальних установ (додаткові або лікувально-оздоровчі центри годування відповідно; див. Стандарти 1-3 проекту «Сфера» з виправлення недоїдання і [План дій 5.4](#)).
- Звертати особливу увагу на вагітних жінок і жінок, що вигодовують грудьми, з метою запобігання недостатності мікроелементів.
- Розглянути потенційну можливість запровадження програми шкільного годування для того, щоб узяти під контроль ризики недоїдання серед дітей ([див. План дій 7.1](#)).

6. Сприяти обговоренню в громаді довготермінових планів продовольчої безпеки

З уваги на те, що продовольча допомога є лише одним зі способів підвищення рівня продовольчої безпеки та харчування, розглянути ще такі варіанти:

- Безпосередні грошові перекази, програму «Платна робота» і діяльність, що приносить дохід;
- Програми продовольчої безпеки та безпечної життєдіяльності, які ініціює громада, що зменшують рівень беспорядності й прагнення до самоусунення, можуть залучити людей до дій із соціально-економічного відновлення.

Ключові джерела

1. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). 'Participation and food security'. In: *Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners*, pp. 231-275. www.alnap.org/pool/files/gs_handbook.pdf
2. Engle P. (1999). 'The Role of Caring Practices and Resources for Care in Child Survival, Growth, and Development: South and Southeast Asia'. In: *Asian Development Review*, vol. 17 nos. 1, 2, pp. 132-167. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.177.2150&rep=rep1&type=pdf>
3. IASC (2005). *Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings*. Action Sheet 6.1: Implement safe food security and nutrition programmes, pp. 50-52. Geneva: IASC. <http://www.unhcr.org/453492294.pdf>
4. Sphere Project (2004). *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Minimum Standards in Food Security, Nutrition and Food Aid, pp. 103-203. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
5. WHO (2006). *Mental Health And Psychosocial Well-Being Among Children In Severe Food Shortage Situations*. Geneva: WHO. http://www.who.int/nmh/publications/msd_MHChildFSS9.pdf

Приклади індикаторів процесу

- В оцінюванні харчової допомоги і харчування, а також у програмах харчування враховані соціальні та психологічні фактори.
- Існують дієві механізми звітності про виникнення і боротьбу з випадками порушення продовольчої безпеки та харчування.
- Координатори надання продовольчої допомоги співпрацюють із апаратом вирішення психосоціальних проблем і беруть активну участь в обміні необхідною інформацією.

Приклад: Афганістан, 2002 рік

- Міжнародна неурядова організація надавала продовольчу допомогу для 10 000 вдів, що постраждали внаслідок військових дій; деякі з них мали серйозні психологічні проблеми, такі як депресія, і були не в змозі взяти на себе роль єдиної годувальниці сім'ї.
- Ця неурядова організація в партнерстві з іншою організацією, яка спеціалізується на консультуванні, перенаправила тяжко постраждалих жінок для отримання підтримки і продовжувала їхню участь у програмі продовольчої допомоги.
- Представниці постраждалого населення брали участь у плануванні та контролі процесів розподілу продуктів, допомагали вносити зміни, які позитивно позначилися на гідності й самовизначенні місцевого населення.

План дій 10.1

Врахувати особливі соціальні аспекти (безпечну, гідну, належну в культурному та соціальному плані допомогу) під час планування місць поселення та надання тимчасового житла

Функція: Тимчасове житло та планування поселення

Етап: Мінімальне реагування

Передумови

Надання безпечного необхідного притулку під час надзвичайних ситуацій рятує життя, знижує рівень захворюваності й дає людям можливість жити в гідних умовах без надмірного дистресу. Участь людей, постраждалих від надзвичайної ситуації, в ухваленні рішень щодо питань житла та планування місць поселення знижує безпорадність, яку можна спостерігати в багатьох таборах або місцях тимчасового проживання, сприяє благополуччю (див. План дій 5.1) і допомагає забезпеченню доступу членів сім'ї до місця проживання, що відповідає їхній культурі. Залучення жінок до планування поселень у надзвичайних умовах і тимчасових поселень є життєво необхідним для врахування гендерних потреб, приватності та захисту. Участь внутрішньо переміщених осіб також підтримує їхню впевненість у собі, породжує відчуття громади і сприяє відчуттю відповідальності, підтримує дух громади й просуває управління цими об'єктами та інфраструктурою місцевим керівництвом.

У надзвичайній ситуації варто дослідити різні варіанти тимчасового житла або таборів. Початкові рішення про місце розташування та план тимчасових місць поселення, у т. ч. самостійно створені табори, можуть мати тривалий вплив на захист надання гуманітарної допомоги. Хоча табори або центри тимчасового перебування часто є єдиним варіантом, у деяких ситуаціях внутрішньо переміщених осіб приймають місцеві родини, які надають їм тимчасове житло та соціальну підтримку. Це корисний варіант за умов надання приймаючим родинам відповідних послуг.

Організація місць проживання і тимчасових притулків може суттєво впливати на благополуччя, яке погіршується від скупчення людей і відсутності приватності, типових для таборів та інших місць. Проблеми з психічним здоров'ям і психосоціальним благополуччям виникають тоді, коли люди ізольовані від своєї сім'ї/групи в громаді або змушені жити в оточенні осіб, яких вони не знають,

які розмовляють іншими мовами, викликають страх і підозри. Також у зоні ризику перебувають люди похилого віку, самотні жінки, люди з обмеженими можливостями та сім'ї, які очолює дитина, що не в змозі побудувати, орендувати або захищати власне житло. Конфлікти серед внутрішньо переміщених осіб або між ними й приймаючою громадою щодо обмежених ресурсів, таких як простір або вода, часто можуть стати серйозною проблемою, і ці потенційні ризики необхідно мінімізувати під час планування місць поселення.

Посібник проекту «Сфера» містить важливі рекомендації і загальні стандарти, що стосуються житла та поселень у надзвичайних ситуаціях. Ключові дії пропонують рекомендації щодо врахування соціальних факторів, що наближують їх до цих стандартів.

Ключові дії

1. Практикувати підхід із залученням жінок і людей з груп ризику до процесів оцінювання, планування і впровадження

- Провести оцінювання (див. План дій 2.1) за участю широкого кола постраждалих осіб, у т. ч. з групи ризику (див. Розділ 1).
- При початковому оцінюванні зосередитися на ключових питаннях, наприклад, культурні вимоги до тимчасового житла, місця приготування їжі у випадку розташування будівель; вентиляція у приміщенні; питання приватності й близькості проживання з сусідами; доступ до туалетів для людей із обмеженими можливостями пересування; необхідна потужність світла, якщо робота проводиться назовні тощо.
- Знайти найкраще рішення проблем із житлом для кожного члена громади, щоб знизити ризик потенційних психологічних стресів і занепокоєння серед населення.
- Організувати підтримку для тих, хто не може самостійно побудувати житло.

2. Обрати місця для поселення так, щоб забезпечити безпеку і мінімізувати конфлікт із постійними жителями

- Провести консультації з місцевим урядом та сусідніми громадами, щоб переконатися в тому, що місцева громада не використовує обрану місцевість для сільського господарства, і з'ясувати інші проблеми, пов'язані з землеволодінням.
- Забезпечити визначення оцінки місця поселення, яка враховує природну ресурсну базу в цьому регіоні й забезпечує управління в навколишньому середовищі (їх раціональне використання). Невиконання цього може

привести до погіршення стану навколишнього середовища і дистресу, спричиненого недостатністю природних ресурсів для харчування, пиття і приготування їжі. Оцінка також допоможе забезпечити постійним жителям переконання, що це не становить ризику втратити доступ до цих ресурсів.

- Радитися, особливо з жінками, з приводу питань приватності й безпеки, в т. ч. щодо безпечного відкритого доступу до місцевих ресурсів (наприклад, дров) для приготування їжі й обігріву та розташування туалетів (для рекомендацій див. *Керівництво МПК з інтервенцій у сфері гендерно зумовленого насильства в гуманітарних ситуаціях*). Якщо необхідне централізоване місце для приготування їжі, то його треба облаштувати недалеко від житла.
- Вибрати і спланувати місце тимчасового проживання з урахуванням вільного й безпечного доступу до комунальних послуг (наприклад, до послуг з охорони здоров'я, пунктів роздачі харчування, пунктів водопостачання, ринків, шкіл, місць для богослужінь, громадських центрів, джерел палива, зон відпочинку і місць утилізації твердих відходів).

3. Включити в планування і створення місць поселення безпечні місця для зібрання громад

Розробити (запроектувати) безпечний простір для зібрань громади, де надається психологічна підтримка, де можна проводити соціальні, культурні, релігійні та освітні заходи (див. [План дій 5.1 і 3.2](#)) і заходи поширення інформації (див. [План дій 8.1](#)). Такий безпечний простір має включати території для дітей, де вони могли б зустрічатися і бавитися (див. [План дій 5.4 та 7.1](#)).

4. Розробити та використовувати дієві системи документування та реєстрації

Усі зацікавлені суб'єкти мають домовитися щодо спільної системи реєстрації та індивідуального документування, яка допоможе проектувальникам місця поселення в розробленні плану поселення і тимчасового проживання за одночасного захисту конфіденційних даних. Документарна система передбачає розбивку даних за віком і статтю.

5. Надавати житло і розподілити землі без дискримінації

- Враховувати різноманітність (вікові групи, стать, етнічні групи тощо) серед постраждалого населення, щоб максимально врахувати потреби кожної групи.
- Забезпечити, аби надання житла і розподіл землі всім сім'ям і домогосподарствам відбувається без дискримінації, без преференцій щодо

етнічної приналежності, статі, мови, релігії, політичних та інших поглядів, національного або соціального походження, майна, народження або іншого статусу.

6. Забезпечувати максимальну приватність, свободу пересування та соціальну підтримку

- Перевагу надавати сімейному тимчасовому житлу, що сприяє приватності й прозорості в свободі пересування. У використанні великих тимчасових поселень в умовах надзвичайної ситуації передбачати перегородки для збільшення приватності й зменшення шуму.
- Забезпечити вільне пересування людей у групових поселеннях або поблизу сімейного житла без порушення приватності інших осіб чи надмірного втручання.
- За будь-якої можливості уникати роз'єднання людей, які хочуть жити з членами своєї родини, релігійної або етнічної групи, односельцями.
- Дати можливість знову об'єднаним сім'ям жити разом.
- Сприяти наданню житла ізольованим, вразливим людям, які проживають самі через психічні розлади або інвалідність.

7. Під час організації житла і місць поселення дотримуватися балансу між гнучкістю і захистом

- Розуміти, що в деяких обставинах табори необхідні, проте внутрішньо переміщені особи часто воліють жити з приймаючими родинами у власному тимчасовому житлі, а іноді можуть обрати готель, школу або інші доступні муніципальні будівлі.
- Дати людям можливість самостійно обирати житлові умови, сусідів і місцевість для проживання. Це допомагає жити відповідно до їхньої мети, культури і цінностей й повернути відчуття контролю і засобів до існування, що підтримують психосоціальне благополуччя.
- Застерігати людей щодо проживання в небезпечних умовах, якщо існують безпечніші альтернативи.

8. Уникати створення звички залежності серед внутрішньо переміщених осіб та просувати тривалі рішення

- Встановлювати напівпостійні табори лише коли це абсолютно необхідно і, за можливості, забезпечувати баланс між безпекою і відстанню від місця виникнення надзвичайної ситуації (території виїзду).
- Використовувати відомі й доступні в цій місцевості будівельні матеріали, які дозволять сім'ям самостійно здійснювати ремонти й уникнути

залежності від зовнішньої допомоги, адже це може допомогти уникнути дистресу.

- Сприяти якнайшвидшому поверненню внутрішньо переміщених осіб (як тривале рішення), надавати підтримку тим сім'ям, які хочуть повернутися туди, звідки приїхали, і мають таку можливість.
- Забезпечити надання послуг не тільки в таборах, а також у зонах повернення.
- Подбати про зв'язок із соціальними структурами, що надають підтримку.

Ключові джерела

1. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). 'Participatory Habitat and Shelter Programmes'. In *Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners*, pp. 295-314. www.alnap.org/pool/files/c10.pdf
2. IASC (2005). *Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings*. Action Sheets 7.1, 7.2, 7.3 on settlement and shelter, pp. 53-60. Geneva: IASC. <http://www.unhcr.org/453492294.pdf>
3. Sphere Project (2004). *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Minimum Standards in Shelter, Settlement and Non-Food Items, pp. 203-249. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
4. UN Habitat (2003). Toolkit for Mainstreaming Gender in UN-Habitat Field Programmes. <http://www.bridge.ids.ac.uk/global-resources/resource/A54352>
5. UNHCR Handbook for Emergencies (2000). Chapter 1. https://www.unicef.org/emerg/files/UNHCR_handbook.pdf
6. UNHCR Environmental Guidelines (2005). www.unhcr.org/environment
7. UNHCR Tool for Participatory Assessment in Operations (2006). <http://www.unhcr.org/publications/legal/450e963f2/unhcr-tool-participatory-assessment-operations.html>
8. Women's Commission on Refugee Women and Children (2006). 'Beyond firewood: Fuel alternatives and protection strategies for displaced women and girls'. <https://www.womensrefugeecommission.org/joomlatools-files/docman-files/fuel.pdf>

Приклади індикаторів процесу

- Місцеве населення, зокрема жінки, беруть участь у плануванні місць поселення і виборі будівельних матеріалів.
- Люди, які не можуть самі побудувати житло, отримують підтримку.
- Тимчасове житло організоване так, щоб забезпечити приватність і зменшити перенаселення.

Приклад: Ліберія 2004 і Східний Тимор 2006 роки

- У Східному Тиморі (2006), Ліберії (2004) та кількох інших надзвичайних ситуаціях приватність переміщених осіб була збільшена завдяки розміщенню на місцевості 10-20 сімейних поселень (домівок), які оточували спільну територію у формі букви U.
- Для забезпечення більшого приватного простору домівки тимчасового притулку розмістили під кутом одна до одної. Тобто вхідні двері домівок не розташовували навпроти, і жоден будинок не виходив безпосередньо на інший. Кожна домівка виходила на спільну територію, де знаходилися зони для приготування їжі та відпочинку і де були дерева для затінку, з урахуванням захисту навколишнього середовища, за чистоту яких відповідала громада.
- За кожною домівкою був двір, що слугував для зберігання речей, прання, приготування їжі тощо. Пункти водопостачання і туалети розмістили неподалік і в зоні видимості для запобігання ризику гендерно зумовленого насильства.

План дій 11.1

Враховувати особливі соціальні аспекти (безпечний та культурно відповідний доступ для всіх з повагою до гідності) при забезпеченні водою і санітарними умовами

Напрямок: Водопостачання та санзабезпечення

Етап: Мінімальне реагування

Передумови

У надзвичайних ситуаціях забезпечення доступу до чистої питної води і засобів водопостачання та безпечних, культурно прийнятних об'єктів гігієни і санітарії є надзвичайно важливим не тільки для виживання, а також для відновлення відчуття гідності. Спосіб надання гуманітарної допомоги має суттєвий вплив на постраждале населення. Залучення місцевого населення сприяє згуртованості громади й дозволяє людям відновити відчуття контролю.

Залежно від способу надання води і санітарії можна або покращити, або нашкодити психічному здоров'ю та психосоціальному благополуччю. Під час деяких надзвичайних ситуацій погано освітлені туалети, що не зачинялися, стали місцями гендерно зумовленого насильства та зґвалтування, в інших – конфлікт за водні ресурси став значним джерелом дистресу. Частково стрес, через забезпечення водою та санітарними умовами, зумовлений культурними звичками. В Афганістані, наприклад, дівчата і жінки стверджували, що відсутність окремих жіночих убиралень є суттєвим занепокоєнням, оскільки відкрити частину свого тіла пов'язано з осудом і може осоромити їхні сім'ї.

Посібник проекту «Сфера» рекомендує загальні стандарти щодо водопостачання та санзабезпечення в надзвичайних ситуаціях. Ключові дії, наведені далі, надають рекомендації щодо соціальних аспектів, необхідних до наближення до цих стандартів.

Ключові дії

1. Під час оцінювання водопостачання і санзабезпечення, а також сприяння дотриманню гігієни, враховувати соціальні та культурні аспекти

У багатьох країнах суворі культурні норми й заборони впливають на користування туалетами та утилізацію людських екскрементів. Неуважне ставлення до культурних норм може призвести до спорудження туалетів або джерел з водою, які ніколи не використовуватимуть. У деяких випадках

джерелами водопостачання або туалетами не користуються, тому що, можливо, ці місця використовували для поховань. Увага до соціальних і культурних норм допоможе знизити дистрес від пристосовування до незнайомих умов довкілля і дотримання повсякденних рутин. Тому команди з оцінювання повинні мати не тільки ключові технічні знання щодо водопостачання й санзабезпечення, а й мають знати психосоціальні аспекти реагування в надзвичайних ситуаціях.

2. Забезпечити жінкам та іншим особам, що перебувають у групі ризику, можливість участі в оцінюванні, плануванні та виконанні робіт

- Залучати представників постраждалого населення, особливо жінок, людей із обмеженими можливостями й людей похилого віку до ухвалення рішень щодо розташування і проектування туалетів та, якщо можливо, пунктів водопостачання і місць, відведених під гігієнічні процедури. Це не завжди можливо через потребу якнайшвидше створити певні умови, але обговорення в громаді має бути радше нормою, ніж винятком.
- Створити структуру для нагляду за роботою з водопостачання та санзабезпечення. Корисний підхід включає сприяння створенню гендерно збалансованих комітетів з питань водопостачання за участю місцевих працівників, обраних громадою, і представників різних підгруп постраждалого населення.
- Сприяти тому, щоб комітети: (а) працювали з перспективою відновлення водопостачання і санзабезпечення зі збереженням гідності, (б) зменшили залежність від гуманітарних організацій і (с) сформували почуття відповідальності, яке сприяє належному використанню і обслуговуванню цих об'єктів. Запропонувати заходи заохочення комітетів водопостачання і платних послуг, зважаючи на потенційні переваги та недоліки й необхідність вираженого підходу в рамках місцевого контексту.

3. Сприяти безпеці й захисту в усіх заходах із водопостачання та санзабезпечення

- Забезпечити розташування відповідних пунктів водопостачання неподалік від усіх домогосподарств і доступних для всіх користувачів, у т. ч. вразливих осіб, наприклад, для людей із обмеженими можливостями пересування.
- Зменшити час очікування, щоб не перешкоджати важливій діяльності, наприклад, дітям та підліткам відвідувати школу.
- Переконатися, що всі туалети та зони для гігієнічних процедур безпечні й, за можливості, добре освітлені. Створити охорону з чоловіків

і жінок, надавати ліхтарики або лампи – це прості способи покращення безпеки.

- Забезпечити приватність туалетів і місць для гігієнічних процедур і їх культурну відповідність, а також, що колодязі закриті й не становлять ризику для дітей.

4. Запобігати та забезпечити ефективне управління конфліктами

- За значних потоків внутрішньо переміщених осіб уживати заходів для уникнення зменшення доступних водних ресурсів для приймаючих громад і наступного обмеження ресурсів.
- Запобігати конфліктам на пунктах водопостачання, попросивши комітети або інші організації громади розробити систему попередження та управління конфліктами, наприклад, створивши графік для сімей.
- Проаналізувати можливості зменшення конфліктів між сусідніми групами внутрішньо переміщених осіб або внутрішньо переміщеними особами та постійними жителями, залучаючи конфліктуючі групи до спільного спорудження загального колодязя.

5. Сприяти особистій гігієні й гігієні в громаді

- Забезпечити жінкам доступ до засобів гігієни при менструаціях або інших матеріалів (відсутність яких спричинює значний стрес) і необхідний простір для їх прання та сушіння. Проінформувати жінок щодо потреби спеціальних зон для прання таких речей і забезпечити технічну підтримку при їх створенні. Там, де водопостачання не передбачає прання, необхідно надати альтернативні гігієнічні матеріали (рекомендації наведені у [Плані дій 7.4 Керівництва МПК з інтервенцій у сфері гендерно зумовленого насильства в гуманітарних ситуаціях](#)).
- Заохочувати кампанії з прибирання території та надавати інформацію щодо базової гігієни.
- Розподілити мило та інші предмети гігієни відповідно до порад, отриманих від жінок, чоловіків і дітей, у т. ч. від осіб з обмеженими можливостями і людей похилого віку.
- Започаткувати дитячі заходи з водопостачання та санзабезпечення, які мають бути інтерактивними й цікавими; наприклад, миття рук групою перед їжею. Такі заходи можна проводити в школах або інших просторах, дружніх до дітей, якщо вони існують.

6. Сприяти моніторингу (контролю) громадою і отриманню зворотного зв'язку щодо умов водопостачання та санзабезпечення

- Забезпечити контроль безпеки громадою, визначати потреби громади й реагувати на них. Створити для зацікавлених сторін механізм зворотного зв'язку, за допомогою якого вони можуть заявляти про проблеми або занепокоєння до комітету з водопостачання або відповідних організацій, що займаються заходами з водопостачання і санзабезпечення. Цей механізм можна використовувати для інформування постраждалого населення про те, які умови та послуги вони можуть отримати.
- Слідкувати за тим, щоб ці місця і об'єкти утримувалися в чистоті, адже це сприяє відновленню відчуття гідності зацікавлених сторін.
- Розпитувати постраждале населення, в т. ч. дітей і людей, що перебувають у групі ризику (див. Розділ 1), про їхнє сприйняття доступу до води та якості підтримки з питань водопостачання та санзабезпечення, а також про їхні занепокоєння і пропозиції.

Ключові джерела

1. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). 'Participation and water/sanitation programmes'. In: *Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners*, pp. 275-294. http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf
2. IASC (2005). *Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings*. Action Sheet 7.4: Provide sanitary materials to women and girls, p. 61. Geneva: IASC. <http://www.unfpa.org/publications/guidelines-gender-based-violence-interventions-humanitarian-settings>
3. Jones H. and Reed B. (2005). *Access to Water and Sanitation for Disabled People and Other Vulnerable Groups*. <https://wedc-knowledge.lboro.ac.uk/details.html?id=16357>
4. Sphere Project (2004). *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Minimum Standards in Water, Sanitation and Hygiene Promotion, pp. 51-102. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
5. UNHCR. (2000). *Handbook for Emergencies*. https://www.unicef.org/emerg/files/UNHCR_handbook.pdf
6. University of Wisconsin, Emergency Settlement Project (1996). *Topic 14-Environmental Health: Water, Sanitation, Hygiene, and Vector Management*. <http://www.nzdl.org/gsdImod?e=d-00000-00---off-0helid-00-0---0-10-0---0---0direct-10---4-----0-11-11-en-50---20-about--00-0-1-00-0-4---0-0-11-10-OutfZz-8-00&a=d&cl=CL2.1.2&d=HASH01319be7dfaea182b8103d43.7.2>

Приклади індикаторів процесу

- У щомісячних обговореннях на фокусній групі понад дві третини жінок висловлюють задоволення безпекою та приватністю об'єктів санітарії.
- Створені комітети з водопостачання, в яких працюють жінки та чоловіки, і регулярно проводять зустрічі.
- Відсутні відомості щодо конфлікту між приймаючою громадою і тимчасово переміщеними особами.

Приклад: Пакистан, 2005 рік

- Під час землетрусу в північно-західній прикордонній провінції 2005 року міжнародна неурядова організація побудувала спеціальні криті зони для жінок, де вони могли скористатися туалетом, помитися, помити дітей, випрати засоби гігієни без доступу зовнішніх спостерігачів.
 - Ці зони дозволяли жінкам зустрічатися і спілкуватися в безпечних умовах, які враховували культурні звички.
 - Жінки говорили, що це значно зменшило стрес і занепокоєння від проживання в таборі для тимчасово переміщених осіб.
-

- Абстинентний синдром** 163, 166-167, 169.
Див. також Соматичні скарги
- Адвокація (захист прав, інтересів)** 19-20, 28, 48, 57, 66-67, 75, 81-82, 114
- Алопатична охорона психічного здоров'я** 157-159, 161, 162
- Ангола** 126, 134
- Афганістан** 196, 203
- Ачех** 49, 150, 190
- Бам, Іран** 169
- Безкарність** 78, 81
- Безпека** 17, 23-24, 28, 34, 36, 45, 52, 63, 72-75, 79, 81, 91-92, 97, 102-104, 120, 147, 172, 191-193, 195-196, 198-200, 205-207. *Див. також* Продовольча безпека
- Безпечні місця** 74, 113, 115, 130-133, 167, 171, 199. *Див. також* Простори, дружні до дітей; Анімація (центри спілкування); Неформальне навчання (освіта); Мирні зони
- Безпорадність** 192, 195, 197
- Безпритульні діти** 14, 119
- Безсоння** 139
- Бензодіазепіни** 139, 147, 165, 166
- Бідність** 13, 70
- Біженці** 14, 17, 67, 141, 148, 162.
Див. також Внутрішньо переміщені особи (ВПО)
- Благополуччя персоналу** 102-103, 108
- Боснія** 122
- Вирішення і попередження конфліктів** 37, 74, 119, 120, 173
- Вирішення суперечок.** *Див.* Вирішення і попередження конфліктів
- Виселення** 80
- Відпочинок і оздоровлення** 104.
Див. також Благополуччя персоналу
- Відшкодування** 35, 67, 81-82
- ВІЛ/СНІД** 17, 72, 135, 165, 173
- Внутрішньо переміщені особи (ВПО).**
Див. Переміщені особи
- Водопостачання і санзабезпечення** 17, 28, 40-41, 44-45, 51-52, 203-206.
Див. також Туалети
- Вплив надзвичайної ситуації на психічне здоров'я і психосоціальне благополуччя** 12-13
- Вразливі групи.** *Див. також* Люди в зоні підвищеного ризику
- Втрата зв'язку між членами родини** 13, 24, 40, 72, 118, 120, 128-130, 133, 155, 172, 200. *Див. також* Діти, розлучені з сім'ями
- Гендер** 26, 38, 39, 52, 55, 80, 86, 136, 187, 191, 197, 204 *Див. також* Гендерне насильство
- Гендерне насильство** 13, 18, 25, 34, 52, 54, 70, 72, 75, 80, 120, 167, 172, 194, 199, 202, 203, 205. *Див. також* Сексуальна експлуатація і насильство; Сексуальне насильство
- Гігієна** 31, 130, 152, 154, 173, 203, 205, 207
- Гідність** 24, 28-29, 40-41, 44, 71, 78-79, 81-82, 98, 135, 137, 141, 143, 152, 154, 170, 191, 194, 196, 203-204, 206
- Гнів** 176, 186

- Горе 13, 123, 145, 176, 186, 192
- Готовність до надзвичайної ситуації 16, 33, 34, 36, 38, 40
- Грамотність 39, 61, 180, 189
- Грудне годування 130, 133, 162
- Гуджарат, Індія 184
- Дебрифінг** 27, 107, 108, 138
- Делірій 143
- Деменція 143
- Демократична республіка Конго 84
- Депресія 13, 105, 123, 128, 132, 192, 196
- Дискримінація 64-65, 67, 75, 112, 167, 194, 199, 208. *Див. також* Маргіналізація
- Дистрес. *Див.* Непатологічний дистрес
- Дитяча праця 14
- Діти, розлучені з сім'ями 14, 70, 72, 74, 119, 133, 172
- Діти, що залишилися без опіки 14, 74
- Діти, що перебувають у конфлікті з законом 14, 67
- Діти, що постраждали від торгівлі людьми 14, 81
- Діти, яких залучили або використовували у збройних силах чи озброєних угрупованнях 14, 39, 82
- Духовна підтримка 125-126, 139.
Див. також Культурні традиції;
Релігійна підтримка; Народні цілителі
- Економічна підтримка 37, 82
- Економічні ресурси 15
- Експугація 82
- Експлуатація 39, 65, 66, 70, 72, 75, 90-92, 154, 163, 179
- Ель-Сальвадор 63
- Епідеміологічне дослідження 55, 57, 58
- Епілесія 143, 147, 161, 162
- Етика 37, 40, 43, 53, 60, 72, 90-94, 95, 98, 124, 154, 176. *Див. також* Кодекс поведінки; Конфіденційність, Принцип «не нашкодь», Поінформована згода; Приватність
- Життєві навички** 39, 65, 120, 170, 173-174, 176, 178
- Жіночі групи підтримки 15, 24, 75, 113, 117, 154
- Залежність** 139, 152, 165, 166, 167, 204
- Залежність** *Див.* Наркотична залежність
- Залучення громади** 17, 21, 26, 68, координування, 45-49; оцінювання, моніторинг і оцінка, 53-55, 59-63, 163; захист, 71-73, 79; методи тренінгу, 95-96, 100-101; мобілізація громади, 109-114, 117-120; як допомога через дотримання режиму і звичні заняття, 130; охорона здоров'я, 135, 160; освіта, 38-39, 170-177; доступ до інформації, 179, 182; продовольча безпека, 193, 196; планування місць поселення, 197-199, 201-202; водопостачання і санзабезпечення, 203-206
- Засоби для існування** 14, 24, 25, 37, 39, 65, 120, 192, 200. *Див. також* Економічна підтримка
- Захист** 17, 19, 34-36, 43; координування, 45-49; оцінка, 51; освіта, 38, 171-172; продовольча допомога, 193; надання тимчасового житла, 200; водопостачання і санзабезпечення, 204. *Див. також* Захист дітей; Права людини; Правовий захист; Кластер захисту; Робоча група з захисту (РГЗ); Соціальний захист
- Захист дітей** 49, 68-69, 119 *Див. також* Діти, яких залучили або використовували у збройних силах

- чи озброєних угрупованнях; Діти, що перебувають у конфлікті з законом; Діти, розлучені з сім'ями; Діти, що постраждали від торгівлі людьми; Діти, що залишилися без опіки
- Згвалтування 14, 71, 75, 79, 84, 122, 135-136, 187, 203. *Див. також* Гендерно зумовлене насильство
- Земельні права 41, 82, 181, 183, 198, 199
- Зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами 13, 15, 119, 143, 145, 188, 189
- ЗМІ 27, 40, 48, 69, 75, 125, 180-183. *Див. також* Поширення інформації
- Зміцнення спроможності 17, 27, 34-36, 38, 73, 80, 121, 177, 186. *Див. також* Інформаційні семінари; Тренінг (навчання)
- Ігри 96, 130, 173, 176, 179. *Див. також* Розважальні заходи
- Інвалідність. *Див.* Люди з інвалідністю (обмеженими можливостями)
- Інформаційні та комунікаційні технології (ІКТ) 179
- Інформація, документування і обмін. *Див.* Поширення інформації
- Какума, Кенія 94
- Керівництво МПК з впровадження інтервенцій, спрямованих на боротьбу з ВІЛ/СНІД при надзвичайних ситуаціях 17, 165
- Керівництво МПК з інтервенцій у сфері гендерно зумовленого насильства в гуманітарних ситуаціях 18, 172, 194, 199, 205
- Кластер захисту 46, 80
- Кластер охорони здоров'я 46, 153
- Кластери 30, 46. *Див. також* Кластер охорони здоров'я; Кластер захисту
- Кодекс поведінки 37, 43, 71, 90, 91, 94. *Див. також* Етика; Тренінг (навчання)
- Комісія з прав людини 80
- Комплексне реагування 16, 18, 20, 33, 35, 37, 39, 41, 58, 140, 144, 146
- Комунікації. *Див. також* Поширення інформації; ЗМІ
- Консультант 87, 91, 177
- Конфідентційність 26, 54, 65, 74, 80-82, 84, 92, 136, 147, 182, 199
- Конфлікт 11, 14, 27, 29, 37, 47, 52, 54, 74, 86, 110, 124, 155, 163, 171, 192, 198, 205. *Див. також* Вирішення і попередження конфліктів
- Координування 11, 19, 22, 34-35, 43, 45-49; оцінювання, 50-51, 55, 61; захист, 73, 75; сексуальна експлуатація та жорстке поводження, 92; навчання, 98; мобілізація громади, 111; догляд за особами з тяжкими психічними розладами, 146, 153; народне зцілення, 160, 162; зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами, 164; навчання, 173; комунікації, 189; продовольча допомога, 193, 194
- Копінг 24, 40, 41, 44, 50, 52, 73, 98, 106, 116, 125, 138, 170; культурні, релігійні і духовні ресурси, 123-124; негативний копінг, 106, 139, 192; позитивний копінг, 184, 186-190
- Критичні інциденти 106, 108
- Культурна чутливість 22, 96; в оцінюванні, 54-55, 58, 60; в правовому захисті, 79; при прийомі на роботу, 85-87, 89; в механізмі подачі скарг, 92; в навчанні, 95, 96, 98, 146; благополуччя персоналу, 102; мобілізація громади, 111, 112, 116; розвиток дітей раннього віку, 128-130; копінг, 139, 144; алопатичні

- послуги, 158; поширення інформації, 186, 187, 190; освіта, 172, 177; в плануванні продовольчої безпеки, 191-194; планування тимчасового житла, 197-202; водопостачання і санзабезпечення, 203-205, 207
- Культурний шок 103
- Культурні традиції 16, 27, 38, 41, 54, 119, 123-127; шкідливі народні практики, 27; охорона психічного здоров'я, 157-162; освіта 177.
Див. також Релігійна підтримка; Духовна підтримка; Народні цілителі
- Курси прискореного навчання 175.
Див. також Освіта
- Ліберія 202
- Лікувально-профілактичне годування 131, 195
- Люди в ситуаціях підвищеного ризику 21, 29, 34, 35, 40, 51, 53, 64-66, 70, 73-75, 78, 79, 91, 104, 106, 118, 119, 121, 128, 138, 164, 165, 167, 170, 172, 180, 183, 189, 192, 193, 198, 204, 206
- Люди похилого віку 14, 54, 72, 119, 198, 204, 205
- Людські ресурси 36-37, 85-108, 116-117.
Див. також Управління людськими ресурсами; Найм персоналу і (залучення) волонтерів
- Македонія 141
- Маленькі діти 20, 39, 128, 131-132, 134, 192
- Маргіналізація 81, 116, 191, 193.
Див. також Дискримінація; Стигматизація
- Матриця інтервенцій 18-20, 32-41
- Механізм подання скарг 80, 92
- Механізми моніторингу і звітності 34, 66, 68, 76, 79-80, 92, 196
- Мехіко 115
- Мир 11, 37, 39, 171, 181
- Мирні зони 171
- Миротворчість 73, 90
- Мистецтво 173, 176. *Див. також* Неформальна освіта
- Міжвідомча аптечка надання першої медичної допомоги 146
- Міжвідомчий постійний комітет (МПК) 16, 17, 29, 31, 53, 125
- Міжвідомчі керівні принципи роботи з дітьми без супроводу і дітьми, що розлучені з сім'ями 74, 133
- Мінімальне реагування 16-20, 29-30, 33, 35, 37, 39, 41, 42-43, 55, 58, 60, 61, 98, 144
- Мобілізація громади 36, 109-115; соціальний захист, 74; правовий захист, 79; сприяння самопомозі та соціальній підтримці, 116-122; навчання, 171, 173. *Див. також* Залучення громади
- Молодь 14, 54, 69, 91, 97, 112, 115, 119, 120, 131, 143, 170-175, 178
- Моніторинг і оцінка (МіО) 21, 34-35, 43, 48, 50, 56, 59-61, 136, 171
- Навчання з управління стресом 165
- Нагляд (супервізія) 25 -27, 30, 36-38, 95, 97, 99-101, 105, 141, 143, 146, 148, 150, 164-166, 171, 176
- Надія 69, 109, 170
- Найм персоналу і (залучення) волонтерів 26, 37, 43, 85-87
- Наркотики. *Див.* Психоактивні речовини; Наркотична залежність
- Наркотична залежність 166. *Див. також* Абстинентний синдром

- Народні цілителі 15, 116, 127, 145, 153, 157-162. *Див. також* Культурні традиції; Ритуали
- Насильство. *Див. також* Озброєні групи; Гендерне насильство; Сексуальна експлуатація і насильство
- Неврологічні розлади 14, 192
- Недоїдання 128, 193, 195. *Див. також* Харчування
- Нейропсихіатричні розлади 143
- Ненасильне вирішення конфліктів. *Див.* Вирішення і попередження конфліктів
- Непатологічний дистрес 13, 57, 137, 147
- Неформальна освіта 170-172, 174, 178. *Див. також* Освіта
- Озброєні групи 48, 77, 154, 175
- Окупована палестинська територія 68-69, 178
- Орієнтаційні семінари 37, 43, 80, 82-83, 97-100, 137. *Див. також* Тренінг (навчання)
- Освіта 17, 31, 38, 44, 170; координування, 45, 48; оцінювання, 51, 53; права людини, 64, 68; соціальний захист, 71, 73, 74; правовий захист, 79, 80, 137; підготовка (супервізія) гуманітарних працівників, 95-97; мобілізація громади, 113, 118, 120; культурна і релігійна підтримка, 125; догляд за особами з тяжкими психічними розладами, 147; зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами, 164, 167; про позитивний копінг 186. *Див. також* Розвиток дітей раннього віку; Неформальне навчання; Психонавчання (психоедукація)
- Основні принципи 21-25. *Див. також* Права людини; Залучення громади; Принцип «не нашкодь»
- Особи з обмеженими можливостями 120, 198, 204-205
- Особи, що живуть у спеціалізованих закладах 39, 44, 152-155
- Оцінювання 22, 34, 35, 39, 40, 41, 43, 51, 52, 54-58, 60, 62, 64, 93, 120, 121, 126; координування, 48; соціальний захист; 72-74; правовий захист, 80-81; тренінг (навчання), 100-102; мобілізація громади, 113-114; розвиток дітей раннього віку, 130; тяжкий психічний розлад, 147-148; корінне і народне зцілення, 160-162; зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами, 163-166, 168-169; освіта, 172-174; комунікації, 179-182, 183-185; позитивний копінг, 186-187; продовольча безпека, 192-194; тимчасове житло, 198-199; водопостачання і санзабезпечення, 203-204. *Див. також* Показники; Моніторинг і оцінка; Захист
- Патологізування/медикалізація 137. *Див. також* Непатологічний дистрес
- Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) 25, 135, 141, 143, 145-146
- Переміщені особи 14, 21, 110, 134, 179, 181, 197-198, 200-202, 205, 207
- Перенаправлення 25, 27, 37, 47, 53, 82-83, 93, 98, 106-107, 118-120, 122, 137-139, 141, 147, 158, 161, 176-177, 194
- Перша психологічна допомога 25, 27, 30, 38, 98, 105-108, 120, 135, 138, 140-141, 144, 164
- Піраміда інтервенцій 23-25, 97
- Піраміда, інтервенції. *Див.* Піраміда інтервенцій
- Плани дій мінімального реагування 42-207
- Поінформована згода 64, 66, 73, 81, 84, 91, 136, 141, 182

- Показники 18, 28, 52, 57, 61, 63, 131, 132, 136, 149, 162
- Послуги з охорони здоров'я 38-39; загальна охорона здоров'я, 135-141; догляд за особами з тяжкими психічними розладами, 142-151; догляд за особами з тяжкими психічними розладами, що перебувають у закладах, 152-156; корінні і народні системи зцілення, 157-162; зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами, 163-169. *Див. також* Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД)
- Посттравматичні стресові розлади (ПТСР) 13, 30, 140, 142. *Див. також* Травма
- Поширення інформації 40, 41, 44, 47, 113, 179-190; за результатами аналізу, 55-56; кодекс поведінки, 91; мобілізація громади, 112-113; самопоміа, 119; про культурні, релігійні і духовні практики, 125; освіта, 170-171; тимчасове житло, 199
- Пошук і возз'єднання сімей 24, 74, 81, 119, 120, 129, 137
- Права дітей 38
- Права людини 11, 14, 16, 17, 21, 22, 34, 35, 36, 37, 43, 52, 64-69, 70, 73, 78-84, 98, 123-126, 135, 136, 152, 154, 155, 179, 194
- Правовий захист 64, 70, 78-83, 98, 120, 137, 179-185
- Працівники сфери охорони здоров'я 15, 140, 141
- Приватність 66, 136, 141, 197-202, 205, 207
- Примирення 81. *Див. також* Вирішення і попередження конфліктів
- Принцип «не нашкодь» 21, 47, 54. *Див. також* Конфіденційність; «Слід», «Не слід»; Поінформована згода; Патологізація/медикалізація
- Програма «Обід у школі» 174
- Продовольча безпека і харчування 17, 28, 40, 41, 44, 191-196. *Див. також* Грудне годування; Недоїдання
- Продовольча допомога. *Див. також* Продовольча безпека і харчування
- Проект «Сфера» або Стандарти 15, 30, 50, 98, 136, 183, 192-195, 198, 203
- Простори, дружні до дітей 74, 172, 175, 205. *Див. також* Неформальне навчання; Безпечні місця
- Протипіхотні міни та боеприпаси 72, 75
- Професійна освіта 39, 174. *Див. також* Життєві навички
- Психіатричні заклади 39, 53, 144, 148, 153-155
- Психіатричні медикаменти 27, 38, 136, 145, 147, 154-155, 159
- Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка (ПЗПСП): визначення, 11, 28; багаторівнева підтримка, 23-25; для гуманітарних працівників, 102-108. *Див. також* Культурна підтримка; Релігійна підтримка; Ресурси в сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки
- Психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя 11, 12, 15-18, 28, 37, 43, 45-46, 50, 64-65, 70, 98, 102, 116, 119, 121, 170, 172-174, 183, 192-193, 203
- Психічні розлади 11-12, 14, 27-28, 30, 38-39, 44, 52, 55, 57, 64-65, 73, 76, 137, 139, 142-144, 149, 188, 200. *Див. також* Тяжкі психічні розлади
- Психози 105, 142-143, 147
- Психози. *Див.* Тяжкі психічні розлади
- Психологічне консультування 148, 177, 196
- Психонавчання 137
- Психосоціальна реабілітація 12, 28

- Психосоціальне благополуччя.
Див. Психічне здоров'я і психосоціальне благополуччя
- Резильєнтність (психологічна пружність) 13, 21, 113, 116, 176, 183
- Резолюція ради безпеки 1612 80
- Релігійна підтримка 123, 125-126
- Ресурси для підтримки психічного здоров'я і психосоціального благополуччя 15, 22, 37, оцінка, 50-53; захист, 72-73; мобілізація громади, 110, 116; система охорони здоров'я, 153; національна політика, 160; питання зловживання психоактивними речовинами і алкоголем, 167. *Див. також* Культурні традиції; Релігійні ресурси
- Ритуали 52, 98, 117, 123, 125-127, 157-158, 187
- Ритуали зцілення. *Див. також* Ритуали; Духовна підтримка
- Робоча група з захисту (РГЗ) 73-74
- Розважальні заходи 69, 119, 164
- Розвиток дітей раннього віку 20, 36, 130, 133
- Розлад настрою 140, 142-143
- Самогубство (суїцид) 105, 143, 167,
- Самодопомога 22, 26, 37, 43, 47, 106, 109, 113, 116, 118, 154, 165, 187-188, 190
- Свідоцтво про народження 136, 174
- Свідоцтво про смерть 136
- Сексуальна експлуатація і насильство 75, 77, 82, 84, 90, 92. *Див. також* Гендерно зумовлене насильство; Сексуальне насильство
- Сексуальне насильство 14, 29, 67, 82, 84, 90, 128, 138, 154. *Див. також* Гендерно зумовлене насильство
- Сильне горе 186. *Див. також* Горе
- Сироти 14, 75, 119. *Див. також* Сиротинці, Діти, розлучені з сім'ями
- Сиротинці 37, 75, 119. *Див. також* Сім'я опікуна
- Сім'я опікуна 129. *Див. також* Сиротинці
- Сім'я, яку очолює дитина 198
- «Слід» і «Не слід» 26-27, 188
- Соматичні скарги 138, 145, 147
- Соціальна несправедливість 12, 112. *Див. також* Дискримінація
- Соціальне відчуження 52, 132, 152
- Соціальний захист 70-71, 73-74. *Див. також* Захист, Правовий захист
- Спорт 119-120, 174, 176. *Див. також* Неформальне навчання; Розважальні заходи
- Способи отримання прибутку. *Див.* Економічна підтримка
- Справедливість 21, 67, 81, 86, 121, 179. *Див. також* Компенсація; Соціальна несправедливість
- Стандартний перелік основних лікарських засобів ВООЗ 136, 145
- Стигматизація 38, 54, 65, 75, 77, 79-80, 105, 112, 132, 143, 149, 152, 181. *Див. також* Дискримінація; Маргіналізація
- Стимуляція 128, 130, 131, 134, 192. *Див. також* Ранній розвиток дітей
- Стихійні лиха 11-12, 17, 27, 29, 64, 163
- Страх 24, 126, 143, 176, 186, 192, 198
- Стрес у гуманітарних працівників 86-87
- Східний Тимор 202
- Сьєрра-Леоне 77, 155
- Техніки релаксації 138-139, 161, 187, 190

- Тимчасове житло і планування місць поселення 17, 24, 31, 40, 44, 51-52, 154, 197, 201
- Типові скарги та процедури розслідування МПК 92
- Тілесні покарання 176
- Торгівля людьми 37, 67, 72, 137, 154.
Див. також Сексуальна експлуатація і насильство
- Тортури 14, 71-72, 79, 135-136
- Травма 14, 26, 134, 143, 154, 162.
Див. також Посттравматичні стресові розлади (ПТСР); Травматичний стрес
- Травма мозку 143
- Травматичний стрес 30, 103, 106, 123.
Див. також Посттравматичні стресові розлади (ПТСР); Травма
- Тренінг (навчання) 26, 47, 53-54, 66, 68, 89, 92, 94, 96-97, 99, 120-121, 134, 141, 143, 148, 154, 161, 173, 175-176. *Див. також* Орієнтаційні семінари
- Тренінг для тренерів (ТдТ) 99. *Див. також* Тренінг (навчання)
- Тривога 13, 105, 128, 140, 143, 161
Див. також Тривожний розлад; Розлад настрою
- Тривожний розлад 108, 142, 143
- Туалети 171, 182, 198, 199, 202-205, 207
- Тяжкі психічні розлади 13-14, 25, 30, 39, 44, 46, 51-52, 70, 82, 119, 135, 137, 142-144, 146-147, 149, 152-153, 161-162, 165, 192; доступ до послуг з охорони здоров'я, 142-151; закриті заклади, 152-156; зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами, 164
- Уникнення роз'єднання сімей 129
- Управління людськими ресурсами 85-86
- Усиновлення 81, 137
- Утримання осіб в установах закритого типу 27, 65, 81, 152. *Див. також* Особи, що живуть у закритих закладах
- Фізичні обмеження 147, 154-155, 158
- Харчування. *Див.* Продовольча безпека і харчування
- Центри анімації (спілкування). *Див. також* Простори, дружні до дітей
- Цунамі 49, 89, 100, 101, 111, 190
- Чад 162
- Шкільне годування 195
- Шрі-Ланка 89, 100

Офіційне видання

**Керівництво МПК з психічного здоров'я
та психосоціальної підтримки
в умовах надзвичайної ситуації**

(пер. з англ.)

Підписано до друку 04.05.2017 р. Формат 60х90 1/16.
Гарнітура «Proxima Nova». Папір офсетний № 1. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 13,5. Облік.-вид. арк. 10,74.
Наклад 2000 пр. Зам. 17-15

Університетське видавництво ПУЛЬСАРИ.
04070, Київ-70, вул. Спаська, 9/2.
Тел. (044) 425-12-75, 425-01-03.
e-mail: mail@pulsary.com.ua <http://www.pulsary.com.ua>
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців,
виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції,
серія ДК № 4436 від 08.11.2012 р.

ПрАТ «Віпол», ДК № 4404
03151, Київ, вул. Волинська, 60. Зам. № 17-613

К 36 **Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки**
в умовах надзвичайної ситуації — Київ : Унів. вид-во ПУЛЬСАРИ,
2017. — 216 с.

ISBN 978-617-615-074-9

Керівництво містить матрицю з рекомендаціями щодо планування під час надзвичайної ситуації, заходи, які необхідно здійснити на початкових етапах надзвичайної ситуації, а також комплексне реагування на етапі відновлення та реабілітації. Матриця – цінний інструмент для використання під час процесів координування, співпраці та захисту інтересів (адвокації). Цей інструмент надає схему для визначення обсягів впровадження суттєвих перших кроків з реагування під час надзвичайної ситуації.

УДК 364.62:614.8](083.13)

ISBN 978-617-615-074-9



9 786176 115074 9

Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації відображає ідеї численних організацій та фахівців-практиків по всьому світу і надає цінну інформацію організаціям та особам як реагувати під час надзвичайних ситуацій гуманітарного характеру належним чином.

Конкретні Плани дій пропонують корисні рекомендації з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, охоплюючи наступні сфери:

- Координування
- Оцінювання, моніторинг і оцінка
- Захист та норми прав людини
- Людські ресурси
- Мобілізація громади і підтримка
- Послуги з охорони здоров'я
- Освіта
- Поширення інформації
- Продовольча безпека та харчування
- Тимчасове житло та планування поселення
- Водопостачання та санзабезпечення

Керівництво містить матрицю з рекомендаціями щодо планування під час надзвичайної ситуації, заходи, які необхідно здійснити на початкових етапах надзвичайної ситуації, а також комплексне реагування на етапі відновлення та реабілітації. Матриця – цінний інструмент для використання під час процесів координування, співпраці та захисту інтересів (адвокації). Цей інструмент надає схему для визначення обсягів впровадження суттєвих перших кроків з реагування під час надзвичайної ситуації.

Опубліковане Міжвідомчим постійним комітетом (МПК) Керівництво пропонує гуманітарним суб'єктам важливі міжвідомчі, міжсекторні рекомендації та інструменти для ефективного реагування в розпалі надзвичайної ситуації.