



Zdrowie psychiczne
i wsparcie psychospołeczne

MINIMALNY PAKIET ŚWIADCZEŃ





Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne

MINIMALNY PAKIET ŚWIADCZEŃ (MINIMUM SERVICE PACKAGE)

© IASC, 2022.

Niniejsza publikacja została opublikowana na licencji Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>). Zgodnie z warunkami tej licencji można powielać, tłumaczyć i adaptować tę publikację w celach niekomercyjnych, pod warunkiem, że będzie ona odpowiednio cytowana.

Sugerowany sposób cytowania

Inter-Agency Standing Committee (IASC), The Mental Health and Psychosocial Support Minimum Service Package, IASC, Geneva, 2022.











Tłumaczenia

W sprawie koordynacji tłumaczeń prosimy o kontakt z Grupą Referencyjną IASC ds. Zdrowia Psychicznego i Wsparcia Psychospołecznego w Sytuacjach Kryzysowych (IASC MHPSS RG): mhps.refgroup@gmail.com. Wszystkie gotowe tłumaczenia zostaną umieszczone na stronie internetowej IASC MHPSS RG. Przy tłumaczeniu lub tworzeniu adaptacji tej publikacji należy pamiętać, że:

- ▶ Zabrania się umieszczania w dokumencie swojego logo (lub logo agencji finansującej).
- ▶ W przypadku adaptacji (tj. zmian w tekście lub obrazach), użycie logo IASC nie jest dozwolone. W żadnym przypadku wykorzystania nie wolno sugerować, że IASC popiera jakąkolwiek konkretną organizację, produkt lub świadczenie.
- ▶ Tłumaczenie lub adaptację należy objąć licencją zgodną lub równoważną z licencją Creative Commons. Sugeruje się wykorzystanie licencji CC BY-NC-SA 4.0 lub 3.0. Poniżej znajduje się lista kompatybilnych licencji: <https://creativecommons.org/share-your-work/licensing-considerations/compatible-licenses>.
- ▶ W języku tłumaczenia należy dodać następującą informację o rzeczeniu się odpowiedzialności: „Niniejsze tłumaczenie/adaptacja nie zostało stworzone przez Stały Komitet Międzyagencyjny (IASC). IASC nie ponosi odpowiedzialności za treść lub dokładność tego tłumaczenia. Tekstem oryginalnym i wiążącym jest wydanie w języku angielskim: Inter-Agency Standing Committee, The Mental Health and Psychosocial Support Minimum Service Package, licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.”

Oznaczenia kolorystyczne

Dla ułatwienia zastosowano w niniejszym dokumencie różne kolory do oznaczenia następujących głównych sektorów i obszarów odpowiedzialności:

-  Zdrowie
-  Bezpieczeństwo
-  Zapewnienie bezpieczeństwa dzieciom
-  Przemoc ze względu na płeć
-  Edukacja
-  Działania przeciwmimowe
-  Żywność
-  Organizacja obozów i zarządzanie nimi (CCCM)
-  Inne sektory: Schronienie i osiedlanie się, Woda, warunki sanitarne i higiena (WASH), Bezpieczeństwo żywności i zabezpieczenie bytowe (FSL)
-  Priorytety zaznaczone kolorem szarym są istotne dla wszystkich sektorów i obszarów pracy

Podziękowania

Minimalny Pakiet Świadczeń z Zakresu Zdrowia Psychicznego i Dobrostanu Społecznego (MHPSS MSP) został opracowany przez Grupę Referencyjną IASC ds. Zdrowia Psychicznego i Wsparcia Psychospołecznego w Sytuacjach Kryzysowych (IASC MHPSS RG). Opracowanie pakietu oraz koordynacja pilotaży w terenie, weryfikacji i prac redakcyjnych były prowadzone przez Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF) i Światową Organizację Zdrowia (WHO) we współpracy z Wysokim Komisarzem Narodów Zjednoczonych ds. Uchodźców (UNHCR) i Funduszem Ludnościowym Narodów Zjednoczonych (UNFPA). Działania te były wspierane przez tematyczną grupę roboczą, złożoną z agencji członkowskich Grupy Referencyjnej, w tym Act Church of Sweden, IFRC Psychosocial Centre, Międzynarodową Federację Towarzystw Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca (IFRC), International Association of Schools of Social Work, International Medical Corps (IMC), International Rescue Committee (IRC), International Organization for Migration (IOM), Jesuit Refugee Services (JRS), Medair, MHPSS.net, Norwegian Church Aid (NCA), Save the Children, HealthNet TPO, Transcultural Psychosocial Organization Nepal (TPO Nepal) oraz World Vision International (WVI).

Poprzez konsultacje, dyskusje, ankiety, wywiady i weryfikacje, otrzymano również informacje zwrotne od kluczowych interesariuszy zajmujących stanowiska na szczeblu globalnym, w poszczególnych regionach i na pierwszej linii działania, w tym współpracowników z Action Contre la Faim (ACF), Americares, CBM Global, Obszaru Odpowiedzialności za Bezpieczeństwo Dzieci (CP AoR), Christian Aid, Kolumbijskiego Czerwonego Krzyża, Creative Associates International, Dan Church Aid (DCA), FHI 360, Finn Church Aid (FCA), Obszaru Odpowiedzialności za Przemoc Ze Względem Na Płeć (GBV AoR), Globalnego Klastra Organizacji Obozów i Zarządzania Nimi (CCCM), Globalnego Klastra Edukacyjnego, Globalnego Klastra Bezpieczeństwa Żywnościowego, Globalnego Klastra Zdrowia, Globalnego Klastra Bezpieczeństwa, Globalnego Klastra ds. Schronienia, Globalnego Klastra ds. Wody, Warunków Sanitarnych i Higieny (WASH), HIAS, Inter-agency Network for Education in Emergencies (INEE), London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), McGill University, Médecins du Monde (MdM), Médecins Sans Frontières (MSF), MHPSS Collaborative, Norwegian Refugee Council (NRC), Pan American Health Organization (PAHO), Porticus, Plan International, Regional Psychosocial Support Initiative (REPSSI), Right to Play, SOS Children's Villages International, Terre des Hommes (TdH), The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Usług Projektowych (United Nations Office for Project Services – UNOPS), War Child Holland, War Child UK, a także wiele technicznych grup roboczych na szczeblu krajowym, indywidualnych praktyków, ekspertów, partnerów akademickich i przedstawicieli rządu.

Ponadto istotne spostrzeżenia zebrano w trakcie rocznego okresu pilotażowych testów terenowych, prowadzonych w wielu krajach, które realizowano dzięki partnerstwu z następującymi agencjami: Better World Organization (BWO), Grow Strong Foundation (GSF), HealthNet TPO South Sudan (TPO South Sudan), Médecins du Monde Ukraine (MdM Ukraine), Fundación Proinco, HealthNet TPO Nigeria (TPO Nigeria), War Child Holland (WCH), World Vision Colombia.

Opracowanie Minimalnego Pakietu Świadczeń (MSP) zostało sfinansowane przez Ministerstwo Spraw Zagranicznych Niderlandów, brytyjskie Foreign, Commonwealth & Development Office, Education Cannot Wait oraz Globalny Klaster Bezpieczeństwa.



s.1 Lista skrótów

—

s.2 Lista priorytetów

—

s.3 Wprowadzenie

—

Zarys ogólny	4
<i>Dlaczego reakcja na potrzeby związane ze zdrowiem psychicznym i wsparciem psychospołecznym (MHPSS) jest ważna w sytuacjach kryzysowych?</i>	4
<i>Czym jest Minimalny Pakiet Świadczeń z zakresu MHPSS (MHPSS MSP)?</i>	5
<i>Dlaczego potrzebny jest Minimalny Pakiet Świadczeń z zakresu MHPSS (MHPSS MSP)?</i>	5
<i>Jak można wykorzystać MHPSS MSP?</i>	6
<i>Kto powinien realizować zadania w ramach pakietu MHPSS MSP?</i>	7
<i>Jak wygląda struktura pakietu MHPSS MSP?</i>	16
<i>Czy pakiet MHPSS MSP dotyczy tylko sytuacji związanych z pomocą humanitarną?</i>	17
<i>Czy dla uzasadnienia realizacji zadań z zakresu MHPSS MSP konieczne jest przeprowadzenie analizy potrzeb związanych ze zdrowiem psychicznym i wsparciem psychospołecznym?</i>	18
<i>Materiał przeglądowy: W jaki sposób można ustalić priorytety dla grup i osób narażonych na podwyższone ryzyko i dotrzeć do nich w ramach działań i świadczeń z zakresu MHPSS MSP?</i>	18
KLUCZOWE TERMINY	
<i>Na podstawie jakich kryteriów zdecydowano, co powinno znaleźć się w pakiecie MHPSS MSP?</i>	19
Ogólne zasady i zagadnienia	20
PODSUMOWANIE ZADAŃ W PAKIECIE MHPSS MSP	21

s.25

Część 1. Międzyagencyjna koordynacja i analiza, dotycząca reagowania na potrzeby związane ze zdrowiem psychicznym i wsparciem psychospołecznym

<i>1.1 Koordynacja usług z zakresu MHPSS w ramach sektorów i między sektorami</i>	<i>26</i>
<i>1.2. Analiza potrzeb i zasobów w zakresie MHPSS służąca jako podstawa planowania programów</i>	<i>30</i>

2.1 Projektowanie, planowanie i koordynacja programów MHPSS	34
2.2 Opracowanie i wdrożenie systemu monitoringu i ewaluacji (M&E)	37
2.3 Dbłość o personel i wolontariuszy realizujących zadania w ramach programów MHPSS	39
2.4 Wsparcie kompetencji personelu i wolontariuszy w zakresie świadczenia usług MHPSS	42































Przekazanie podmiotom udzielającym pomocy humanitarnej i członkom społeczności lokalnych podstawowych informacji na temat świadczeń z zakresu MHPSS	45
3.1 Przekazanie informacji na temat świadczeń z zakresu MHPSS podmiotom udzielającym pomocy humanitarnej i członkom społeczności	45
3.2 Przekazanie pracownikom na pierwszej linii i liderom społeczności informacji na temat podstawowych umiejętności udzielania wsparcia psychospołecznego	47
Wzmocnienie samopomocy i udzielenie wsparcia społecznościom	50
3.3 Rozpowszechnianie najważniejszych informacji na temat wspierania zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego	50
3.4 Wspieranie nowych oraz istniejących wcześniej w społeczności lokalnej grupowych działań z zakresu MHPSS	52
3.5 Realizacja zadań z zakresu działań wspomagających wczesny rozwój dzieci i wsparcie dla ich opiekunów	54
3.6 Prowadzenie zajęć grupowych, wspomagających zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny dzieci	57
3.7 Wspieranie zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego opiekunów oraz wzmocnianie ich zdolności udzielania wsparcia dzieciom	59
3.8 Wspieranie zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego pracowników oświaty oraz wzmocnianie ich zdolności udzielania wsparcia dzieciom	61
3.9 Świadczenie usług z zakresu MHPSS w miejscach bezpiecznych dla kobiet i dziewcząt	64
Zapewnienie ukierunkowanego wsparcia dla osób dotkniętych cierpieniem psychicznym lub doświadczających zaburzeń zdrowia psychicznego	67
3.10 Zapewnienie opieki w zakresie zdrowia psychicznego w ramach ogólnodostępnych świadczeń zdrowotnych	67
3.11 Zapewnienie świadczeń z zakresu MHPSS w ramach opieki klinicznej nad osobami, które doświadczyły przemocy na tle seksualnym i przemocy w związku intymnym	70
3.12 Rozpoczęcie lub intensyfikacja działań w zakresie interwencji psychologicznych	73
3.13 Świadczenie usług z zakresu MHPSS w systemie opieki koordynowanej (Case Management)	76
3.14 Ochrona osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych i innych placówkach oraz opieka nad nimi	79

4.1 Włączenie kwestii i wsparcia w zakresie MHPSS do zarządzania przypadkami klinicznymi, dotyczącymi chorób zakaźnych	83
4.2 Zapewnienie usług w zakresie MHPSS osobom pozbawionym wolności	86

Lista skrótów

AAP	Odpowiedzialność wobec ludności dotkniętej kryzysem (Accountability to Affected Populations)	LGBTIQ+	Lesbijki, geje, osoby biseksualne, transpłciowe, interseksualne, queer (Lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex, queer)
AoR	Obszar odpowiedzialności (Area of Responsibility)	LIVES	Słuchanie, pytanie, weryfikacja, poprawa bezpieczeństwa i wsparcie (Listen, Inquire, Validate, Enhance safety and Support)
CASI	Inicjatywa na rzecz dzieci i młodzieży po traumatycznych przeżyciach (Child and Adolescent Survivors Initiative)	M&E	Monitoring i ewaluacja (Monitoring and evaluation)
CBOs	Lokalne organizacje społeczne (Community based organizations)	MH	Zdrowie psychiczne
CBT	Terapia poznawczo-behawioralna (Cognitive-behavioural therapy)	mhGAP-HIG	Opracowany przez WHO w ramach programu Mental Health Gap Action Programme przewodnik dotyczący interwencji humanitarnych, obejmujących zagadnienia zdrowia psychicznego (mhGAP Humanitarian Intervention Guide)
CCCM	Organizacja obozów i zarządzanie nimi (Camp Coordination and Camp Management)	mhGAP-IG	Opracowany przez WHO w ramach programu Mental Health Gap Action Programme przewodnik dotyczący interwencji, obejmujących zagadnienia zdrowia psychicznego (mhGAP Intervention Guide)
CM	Opieka koordynowana (Case Management)	MHPSS	Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne (Mental health and psychosocial support)
CMR	Postępowanie kliniczne w przypadku zgwałcenia (Clinical management of rape)	MNS	Zaburzenia psychiczne, neurologiczne i związane z uzależnieniami (Mental, neurological and substance use)
CP	Zapewnienie bezpieczeństwa dzieciom (Child Protection)	MoV	Metody weryfikacji (Means of verification)
CPMS	Minimalne standardy bezpieczeństwa dzieci w działaniach humanitarnych (Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action)	MSCM	Minimalne standardy zarządzania obozami (Minimum Standards for Camp Management)
CSOs	Organizacje społeczeństwa obywatelskiego (Civil society organizations)	MSP	Minimalny pakiet świadczeń (Minimum Service Package)
DRR	Ograniczanie ryzyka klęsk żywiołowych (Disaster risk reduction)	NGOs	Organizacje pozarządowe (Non-governmental organizations)
ECD	Wczesny rozwój dzieci (Early childhood development)	OCHA	Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Koordynacji Pomocy Humanitarnej (Office for the Coordination of Humanitarian Affairs)
EO	Materiały wybuchowe (Explosive Ordinances)	PFA	Pierwsza pomoc psychologiczna (Psychological first aid)
ERW	Wybuchowe pozostałości wojny (Explosive remnants of war)	PSS	Wsparcie psychospołeczne (Psychosocial support)
FSL	Bezpieczeństwo żywnościowe i zabezpieczenie bytowe (Food Security and Livelihoods)	PTSD	Zespół stresu pourazowego (Post-traumatic stress disorder)
GBV	Przemoc ze względu na płeć	RRP	Plan działań na rzecz uchodźców (Refugee Response Plan)
HLP	Budynki mieszkalne, grunty i nieruchomości (Housing, land and property)	SEL	Uczenie się kompetencji społecznych i emocjonalnych (Social and emotional learning)
HMIS	Systemy zarządzania danymi dotyczącymi zdrowia (Health management information systems)	SOGIESC	Orientacja seksualna, tożsamość płciowa, ekspresja płciowa i cechy płciowe (Sexual orientation, gender identity, gender expression and sex characteristics)
HNO	Przegląd potrzeb humanitarnych (Humanitarian Needs Overview)	SOPs	Standardowe procedury operacyjne (Standard operating procedures)
HR	Zasoby ludzkie (Human resources)	SPRP	Strategiczny plan przygotowań i działania (Strategic Preparedness and Response Plan)
HRPs	Plany działań humanitarnych (Humanitarian Response Plans)	SRH	Zdrowie seksualne i reprodukcyjne (Sexual and reproductive health)
IASC	Stały Komitet Międzyagencyjny (Inter-Agency Standing Committee)	TWG	Techniczna grupa robocza (Technical Working Group)
ICCG	Międzysektorowa grupa koordynacyjna (Inter-Cluster Coordination Group)	ONZ	Organizacja Narodów Zjednoczonych
IDP	Osoba wewnętrznie przesiedlona/uchodźca wewnętrzny (Internally displaced person)	UNFPA	Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych (United Nations Population Fund)
IEC	Informacja, edukacja i komunikacja (Information, education and communication)	UNHCR	Wysoki Komisarz Narodów Zjednoczonych do Spraw Uchodźców (United Nations High Commissioner for Refugees)
IFRC	Międzynarodowa Federacja Towarzystw Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies)	UNICEF	Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (United Nations Children's Emergency Fund)
IHME	Instytut Pomiarów i Oceny Stanu Zdrowia (Institute for Health Metrics and Evaluation)	UXO	Niewybuch (Unexploded Ordnance)
INEE	Międzyagencyjna Sieć ds. Edukacji w Sytuacjach Kryzysowych (Inter-agency Network for Education in Emergencies)	WASH	Woda, warunki sanitarne i higiena (Water, Sanitation and Hygiene)
INGO	Międzynarodowa organizacja pozarządowa (International Non-Governmental Organization)	WGSS	Miejsca bezpieczne dla kobiet i dziewcząt (Women and girls safe spaces)
IOM	Międzynarodowa Organizacja ds. Migracji (International Organization for Migration)	WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization)
IPV	Przemoc w związku intymnym (Intimate partner violence)		
IRC	International Rescue Committee (Międzynarodowy Komitet Ratunkowy)		

Lista priorytetów

	Priorytet 1:	Włączenie świadczeń z zakresu MHPSS do programów zdrowotnych	9
	Priorytet 2:	Włączenie świadczeń z zakresu MHPSS do programów edukacyjnych	9
	Priorytet 3:	Włączenie świadczeń z zakresu MHPSS do programów ochrony ludności	10
	Priorytet 4:	Włączenie świadczeń z zakresu MHPSS do programów ochrony dzieci	11
	Priorytet 5:	Włączenie świadczeń z zakresu MHPSS do programów dotyczących zapobiegania przemocy ze względu na płeć	11
	Priorytet 6:	Włączenie świadczeń z zakresu MHPSS do działań przeciwwinowych	12
	Priorytet 7:	Włączenie świadczeń z zakresu MHPSS do programów żywieniowych	12
	Priorytet 8:	Włączenie świadczeń z zakresu MHPSS do programów dotyczących organizacji obozów i zarządzania nimi	13
	Priorytet 9:	Włączenie świadczeń z zakresu MHPSS do programów dotyczących zapewnienia schronienia i miejsc osiedlenia	14
	Priorytet 10:	Włączenie świadczeń z zakresu MHPSS do programów dotyczących wody, warunków sanitarnych i higieny	14
	Priorytet 11:	Włączenie świadczeń z zakresu MHPSS do programów dotyczących bezpieczeństwa żywnościowego i wsparcia bytowego	15
	Priorytet 12:	Skuteczność zadań realizowanych w ramach MHPSS będzie ograniczona, jeżeli nie zaspokoi się podstawowych potrzeb w zakresie bezpieczeństwa	23
	Priorytet 13:	Zaspokojenie potrzeb osób z niepełnosprawnościami i zapewnienie ich integracji ze społeczeństwem	23
	Priorytet 14:	Postępowanie, gdy nie ma możliwości przekierowania na świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego	29
	Priorytet 15:	Brak wymogu analiz, pokazujących szacunkowe dane dotyczące częstotliwości występowania zaburzeń zdrowia psychicznego w warunkach kryzysu humanitarnego	32
	Priorytet 16:	Kontekstualizacja	35
	Priorytet 17:	Uwzględnienie potrzeb: i) migrantów będących w kryzysie, ii) uchodźców i osób ubiegających się o azyl, iii) uchodźców wewnętrznych, iv) bezpaństwowców	36
	Priorytet 18:	Zdalna realizacja działań MHPSS	36
	Priorytet 19:	Zaprojektowanie bezpiecznych systemów zarządzania informacjami	38
	Priorytet 20:	Personel odpowiedzialny za świadczenie usług MHPSS na rzecz osób dotkniętych kryzysem humanitarnym nie powinien być równocześnie odpowiedzialny za dobrostan pracowników	41
	Priorytet 21:	Opracowanie wytycznych, dotyczących udzielania wsparcia psychospołecznego określonym grupom lub w określonych sytuacjach kryzysowych	48
	Priorytet 22:	Szkolenie dla podmiotów odpowiedzialnych za bezpieczeństwo, pełniących określone role	49
	Priorytet 23:	Zapewnienie podstawowego wsparcia psychospołecznego w placówkach opieki zdrowotnej	49
	Priorytet 24:	Włączanie zadań w zakresie wspomagania wczesnego rozwoju dzieci do programów żywieniowych	56
	Priorytet 25:	Udzielanie wsparcia opiekunom dziecka w sytuacji, gdy zostało ono wykorzystane seksualnie	60
	Priorytet 26:	Osoby kontaktowe ds. MHPSS w przestrzeniach edukacyjnych	63
	Priorytet 27:	Wspieranie zatrudniania nauczycielek i przeciwdziałanie ich odchodzeniu z pracy	63
	Priorytet 28:	Przemoc ze względu na płeć	66
	Priorytet 29:	Mężczyźni po doświadczeniu przemocy seksualnej	66
	Priorytet 30:	Zapewnienie usług MHPSS za pośrednictwem opieki zdrowotnej osobom, które doświadczyły przemocy ze względu na płeć i przemocy w związkach intymnych	72
	Priorytet 31:	Interwencje psychologiczne oparte na dowodach naukowych i metody ich przeprowadzania pozwalające radzić sobie z długotrwałym cierpieniem psychicznym i powszechnie występującymi zaburzeniami psychicznymi	75
	Priorytet 32:	Nie należy stosować metody debriefingu psychologicznego	75
	Priorytet 33:	Zapewnienie jasnego podziału ról	78
	Priorytet 34:	Dzieci i młodzież po doświadczeniu przemocy seksualnej	78
	Priorytet 35:	MHPSS jako element reagowania kryzysowego w sytuacji zagrożenia zdrowia publicznego	85
	Priorytet 36:	Świadczenie usług w miejscach, gdzie przebywają osoby pozbawione wolności	87

WPROWADZENIE



Zarys ogólny

DLACZEGO REAKCJA NA POTRZEBY ZWIĄZANE ZE ZDROWIEM PSYCHICZNYM I WSPARCIEM PSYCHOSPOŁECZNYM (MHPSS) JEST WAŻNA W SYTUACJACH KRYZYSOWYCH?

Kryzysy humanitarne powodują powszechne cierpienie, wpływając na zdrowie psychiczne ludzi i ich psychospołeczny dobrostan. Ludność dotknięta kryzysem doświadcza **szeregu czynników stresogennych**, których konsekwencje mogą być zarówno bezpośrednie, jak i długoterminowe. Czynniki te to między innymi narażenie na przemoc, rozłąka z bliskimi lub ich utrata, złe warunki życia, ubóstwo, brak bezpieczeństwa żywnościowego, utrata środków utrzymania i środków do życia, urazy fizyczne i choroby oraz brak dostępu do takich usług jak np. opieka zdrowotna, edukacja i pomoc społeczna. Sytuacje kryzysowe mogą także osłabiać filary bezpieczeństwa, takie jak sieci rodzinne i społeczne, oraz prowadzić do nagłych zmian ról i relacji społecznych.

Wiele osób dotkniętych sytuacjami kryzysowymi doświadcza **typowych reakcji**, takich jak problemy ze snem, przemęczenie, niepokój, złość oraz bóle i dolegliwości fizyczne. W przypadku większości osób problemy te można opanować, a ich stan z czasem się poprawia, ale u innych reakcje te stanowią przeszkodę w codziennym funkcjonowaniu.



Szacuje się, że w skali globalnej

jedna na pięć osób (22,1%) zamieszkujących

obszary dotknięte konfliktem doświadcza zaburzeń zdrowia psychicznego.¹

Świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego często są trudno dostępne nawet przed wystąpieniem kryzysu, a sytuacje kryzysowe mogą dodatkowo zakłócać dostępność usług i możliwości korzystania z nich. Osoby, które już **wcześniej cierpiały na zaburzenia psychiczne** są narażone na ryzyko ich nawrotu lub pogorszenia się stanu zdrowia. Osoby te często spotykają się z napiętnowaniem i dyskryminacją oraz potrzebują bezpieczeństwa i stałego dostępu do opieki.



W przypadku dzieci, niekorzystne warunki w sytuacjach kryzysowych mogą zaburzać ich rozwój poznawczy, emocjonalny, społeczny i fizyczny, co niesie trwałe konsekwencje dla ich przyszłości.

Skuteczne planowanie programów z zakresu MHPSS zapewnia najważniejsze świadczenia i wsparcie na wszystkich etapach życia, tak by zmniejszyć cierpienie osób doświadczających sytuacji kryzysowych oraz poprawić ich zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny. Dzięki temu osoby te mogą poprawić swoje zdolności zaspokajania podstawowych potrzeb, aby przetrwać, odzyskać zdrowie i odbudować swoje życie.



Włączenie **świadczeń z zakresu MHPSS** do działań w sytuacjach kryzysowych **może poprawić oddziaływanie programów we wszystkich sektorach** i przyczynić się do ratowania życia. Programy MHPSS mogą również w dłuższej perspektywie czasowej wspomagać systemy opieki zdrowotnej, pomocy społecznej oraz edukacji.

1 Charlson F. et al. (2019). *New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis*. The Lancet 394, pp. 240-248.

CZYM JEST MINIMALNY PAKIET ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU MHPSS (MHPSS MSP)?



Pakiet MHPSS MSP przedstawia zestaw **zadań**, które w oparciu o obecne wytyczne, dostępne dowody naukowe i konsensus ekspertów uważa się za **najważniejsze** w zaspokajaniu najpilniejszych potrzeb ludności dotkniętej kryzysem. Każdemu z zadań towarzyszy lista **działań podstawowych i działań dodatkowych**.



Co do zasady, zadania w ramach Minimalnego Pakietu Usług oraz odpowiednie działania podstawowe mogą zostać wdrożone w ciągu **12 miesięcy**, a większość z nich trzeba będzie **kontynuować** po upływie tego okresu. Listy kontrolne działań dodatkowych powinny zostać przeanalizowane w kontekście konkretnych sytuacji, aby określić ich priorytet i kolejność realizacji, w zależności od lokalnych potrzeb i dostępnych zasobów.



Działania w ramach MSP powinny:

- ▶ być **dostępne i osiągalne dla ludzi we wszystkich sytuacjach kryzysowych**
- ▶ charakteryzować się **wysoką jakością**
- ▶ **uwzględniać specyficzny kontekst** (np. istniejące systemy i świadczenia, względy społeczne)
- ▶ być świadczone w sposób **akceptowalny dla dotkniętej kryzysem populacji**, z uwzględnieniem płci, wieku i zróżnicowania cech poszczególnych osób

Jeśli dane działanie nie jest realizowane, powinno się je **jak najszybciej udostępnić**.



Zakres, w jakim wszystkie działania MSP są wdrażane w danym środowisku, zależy od wielu czynników, takich jak istniejące możliwości i dostępne zasoby. Jednak nawet w przypadku ograniczonych zasobów MSP może zapewnić główne wskazówki dotyczące usług i działań z zakresu MHPSS, do realizacji których należy dążyć.



Oczekuje się, że wykorzystanie MSP doprowadzi do lepiej skoordynowanych, bardziej przewidywalnych i sprawliwych reakcji pozwalających na **skuteczne wykorzystanie ograniczonych zasobów**, a tym samym na poprawę **skali i jakości tworzonych programów**.

W rezultacie przyczyni się to do znacznej poprawy zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego większej liczby osób.



MHPSS MSP nie jest wyczerpującą listą wszystkich wykonalnych lub skutecznych działań w ramach świadczeń z tego zakresu, a zatem protokoły reagowania w ramach świadczeń MHPSS nie powinny ograniczać się do zadań ujętych w pakiecie MSP. MHPSS MSP stanowi raczej **podstawę** do stopniowego wzmacniania i dalszego zwiększania skali działań w zakresie wspierania zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego ludności doświadczającej sytuacji kryzysowej.



Rozwój zrównoważonych, kompleksowych i inkluzywnych **systemów świadczeń w zakresie MHPSS** wymaga **długoterminowej perspektywy i inwestycji**, przy ścisłej koordynacji między **podmiotami finansującymi działania humanitarne i rozwojowe oraz przy poszanowaniu głównej roli rządu - włoska jakość w profesjonalnej kuchni du**, władz lokalnych, organizacji społeczeństwa obywatelskiego i lokalnych społeczności.

DLACZEGO POTRZEBNY JEST MINIMALNY PAKIET ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU MHPSS (MHPSS MSP)?



MHPSS jest **wielosektorowym i przekrojowym** obszarem pracy, mającym znaczenie dla następujących sektorów/klastrów/obszarów odpowiedzialności (AOR) we wszystkich sytuacjach kryzysowych: zdrowie, ochrona ludności (w tym bezpieczeństwo dzieci – CP), przemoc ze względu na płeć (GBV), działania w zakresie rozminowywania, edukacja, żywność, woda, warunki sanitarne i higiena (WASH), schronienie i osadnictwo, organizacja obozów i zarządzanie nimi (CCCM) oraz bezpieczeństwo żywnościowe i wsparcie bytowe (FSL).²







² Protokół zebrania: [Summary Record, IASC Principals meeting](#), 5 grudnia 2019 r.

Minimalny pakiet świadczeń obejmuje **szeroki zakres zadań**, które mogą być realizowane przez pracowników i wolontariuszy o różnym wykształceniu, kwalifikacjach i poziomie doświadczenia. Mimo że opracowane zostały standardy, wytyczne i narzędzia dotyczące zadań z zakresu MHPSS, dostrzeżono potrzebę stworzenia **międzysektorowego pakietu, który umożliwiłby robocze wykorzystanie tych wytycznych i standardów**.

JAK MOŻNA WYKORZYSTAĆ MHPSS MSP?

Pakiet MHPSS MSP jest źródłem informacji dla podmiotów świadczących pomoc humanitarną, **które planują, wspierają, koordynują, realizują i poddają ewaluacji** zadania humanitarne w ramach poszczególnych sektorów i na poziomie międzysektorowym. Należą do nich podmioty rządowe, techniczne grupy robocze ds. MHPSS (TWG), krajowe i międzynarodowe organizacje pozarządowe (NGOs), organizacje społeczeństwa obywatelskiego i inne grupy wsparcia, sieci Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężycza, agencje ONZ, koordynatorzy w poszczególnych sektorach/klastrach/obszarach odpowiedzialności oraz darczyńcy.

Pakiet MHPSS MSP zapewnia informacje potrzebne do opracowania i wdrażania **procesów i dokumentów związanych z planowaniem działań humanitarnych**, w tym raportów dotyczących potrzeb humanitarnych, planów działań humanitarnych, planów działań na rzecz uchodźców, rozwoju strategii sektorowych oraz konkretnych apeli o finansowanie i mechanizmów finansowania przez darczyńców.

Kto powinien korzystać z MSP?	Koordynatorzy	Realizatorzy	Doradcy merytoryczni	Darczyńcy
	np. techniczne grupy robocze ds. MHPSS; agencje rządowe i agencje ONZ odpowiedzialne za koordynację i planowanie; sektorowe/klastrowe grupy koordynacyjne*, międzyklastrowe zespoły koordynacyjne i krajowe zespoły ds. pomocy humanitarnej	Realizatorzy programów z zakresu MHPSS (np. agencje krajowe/samorządowe, organizacje pozarządowe, agencje ONZ)	podmioty posiadające wiedzę ekspercką z zakresu MHPSS, pełniące funkcje doradcze i wspierające realizację programu	Darczyńcy i inne podmioty podejmujące decyzje o finansowaniu
W jakim celu można korzystać z MSP?				
 Identyfikacja i eliminacja luk w zakresie protokołów reagowania w ramach świadczeń z zakresu MHPSS	✓	✓	✓	✓
 Działania rzecznicze i komunikowanie się z darczyńcami i innymi decydentami na temat potrzeb i luk w programach MHPSS	✓	✓	✓	
 Podjęcie decyzji o tym, które z zadań programu należy uznać za priorytetowe do realizacji		✓	✓	
 Uzyskiwanie wskazówek dotyczących rodzaju działań do podjęcia podczas realizacji danego zadania		✓	✓	
 Szacowanie kosztów działań w ramach programów MHPSS	✓	✓	✓	✓
 Podjęcie decyzji o zadaniach MHPSS do sfinansowania				✓

* Grupy koordynacyjne w sektorach/klastrach, w szczególności w dziedzinie zdrowia, edukacji, zapewnienia bezpieczeństwa i powiązanych obszarów odpowiedzialności (przemoc ze względu na płeć, bezpieczeństwo dzieci, rozminowywanie)

Więcej informacji o tym, jak poszczególne organizacje i grupy koordynacyjne mogą korzystać z MSP, można znaleźć w [przewodnikach prowadzących różnych użytkowników pakietu MSP krok po kroku](#).









KTO POWINIEN REALIZOWAĆ ZADANIA W RAMACH PAKIETU MHPSS MSP?




Nie oczekuje się wdrożenia całego pakietu MHPSS MSP przez jedną organizację samodzielnie. Odpowiednie podmioty muszą raczej koordynować działania i współpracować na poziomie międzysektorowym, aby zapewnić realizację zadań w ramach pakietu MHPSS MSP oraz kompleksowe reagowanie w każdym określonym obszarze geograficznym (np. okręgu, obozie, wiosce, mieście, dzielnicy). W zależności od swoich uprawnień i możliwości, niektóre podmioty będą przygotowane do realizacji określonych działań lepiej niż inne.

Dla ułatwienia obok każdego podstawowego zadania pakietu MSP umieszczono ikony wskazujące, które sektory, klastry lub obszary odpowiedzialności są zazwyczaj dobrze przygotowane do jego realizacji (np. zdrowie, edukacja, zapewnienie bezpieczeństwa – w tym bezpieczeństwo dzieci, przemoc ze względu na płeć, rozminowywanie oraz żywienie). W Tabeli 1 przedstawiono ikony odpowiadające poszczególnym sektorom, klastrum, obszarom odpowiedzialności i innym obszarom pracy objętym Minimalnym Pakietem Świadczeń. Kolorowe ikony w materiale na temat MSP wskazują, że dany obszar pracy jest dobrze przygotowany do realizacji danego działania, natomiast ciemnoniebieskie ikony wskazują, że dany obszar pracy jest dobrze przygotowany do wspierania lub ułatwiania realizacji.



Tabela 1. Ikony odpowiadające poszczególnym sektorom, klastrum, obszarom odpowiedzialności i innym obszarom pracy, o których mowa w materiałach MSP

Sektor/ Obszar odpowiedzialności/ klaster/ obszar pracy	Zaangażowane podmioty (które zwykle koordynują lub wdrażają programy)
 Zdrowie	Klaster zdrowia, grupy koordynacyjne ds. zdrowia; ministerstwo zdrowia, podmioty lecznicze i świadczeniodawcy; organizacje realizujące programy związane z ochroną zdrowia.
 Edukacja	Klaster edukacji; grupy koordynujące edukację; ministerstwo edukacji; szkoły i inne placówki edukacyjne oraz związany z nimi personel; organizacje realizujące programy związane z edukacją.
 Bezpieczeństwo	Klaster bezpieczeństwa; grupy koordynacyjne sektora bezpieczeństwa (np. w ramach działań na rzecz uchodźców); ministerstwo opieki społecznej i inne właściwe ministerstwa (np. ministerstwo sprawiedliwości, ministerstwo zdrowia); placówki i podmioty udzielające świadczeń socjalnych; organizacje realizujące programy związane z zapewnieniem bezpieczeństwa, w tym za pośrednictwem placówek takich jak lokalne ośrodki społeczno-kulturalne.
 Bezpieczeństwo dzieci	Obszar odpowiedzialności za bezpieczeństwo dzieci w ramach klastra bezpieczeństwa; grupy koordynacyjne ds. ochrony dzieci (np. podsektor ochrony dzieci w ramach działań na rzecz uchodźców); ministerstwo opieki społecznej i inne właściwe ministerstwa (np. ministerstwo edukacji, ministerstwo sprawiedliwości, ministerstwo spraw wewnętrznych); opieka społeczna, instytucje i podmioty świadczące usługi socjalne i edukacyjne; organizacje wdrażające programy związane z zapewnieniem bezpieczeństwa dzieciom.
 Przemoc ze względu na płeć	Obszar odpowiedzialności za kwestie przemocy ze względu na płeć w ramach klastra bezpieczeństwa; grupy koordynacyjne ds. przemocy ze względu na płeć (np. podsektor ds. przemocy ze względu na płeć w ramach działań na rzecz uchodźców); ministerstwo opieki społecznej i inne właściwe ministerstwa (np. ministerstwo sprawiedliwości, ministerstwo zdrowia, ministerstwo ds. kobiet i rodzin); personel przestrzeni przyjaznych kobietom i dziewczętom; podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, w tym w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego; organizacje wdrażające programy dotyczące przemocy ze względu na płeć.
 Działania przeciwwminowe	Obszar odpowiedzialności za działania przeciwwminowe w ramach klastra bezpieczeństwa; centrum ds. działań przeciwwminowych; krajowy organ ds. działań przeciwwminowych i właściwe ministerstwa; grupy koordynacyjne ds. działań przeciwwminowych; organizacje realizujące programy działań przeciwwminowych.
 Żywienie	Klaster żywieniowy; grupy koordynacyjne ds. żywienia; ministerstwo zdrowia i inne właściwe ministerstwa (np. ministerstwo żywności i rolnictwa); placówki i podmioty prowadzące żywienie uzupełniające; organizacje realizujące programy związane z żywieniem.
 Organizacja obozów i zarządzanie nimi (CCCM)	Klaster CCCM; grupy koordynacyjne CCCM; odpowiednie ministerstwa (np. ministerstwo spraw wewnętrznych, ministerstwo ds. zarządzania kłeskami żywiołowymi i pomocy humanitarnej); organizacje realizujące zadania z zakresu organizacji obozów i zarządzania nimi.

Sektor/ Obszar odpowiedzialności/ klaster/ obszar pracy	Zaangażowane podmioty (które zwykle koordynują lub wdrażają programy)
 Schronienie i osiedlanie się (S&S)	Klaster ds. schronień i osiedli oraz powiązane grupy koordynacyjne; odpowiednie ministerstwa (np. odpowiedzialne za sytuacje kryzysowe i/lub mieszkalnictwo); władze lokalne; organizacje wdrażające programy związane z zapewnieniem schronienia.
 Woda, warunki sanitarne i higiena (WASH)	Klaster ds. wody, warunków sanitarnych i higieny; grupy koordynacyjne ds. WASH; odpowiednie ministerstwa (np. infrastruktury, zdrowia, opieki społecznej, wody i środowiska); organizacje wdrażające programy z zakresu WASH.
 Bezpieczeństwo żywnościowe i wsparcie bytowe (FSL)	Klaster bezpieczeństwa żywnościowego; grupy koordynacyjne ds. bezpieczeństwa żywnościowego; odpowiednie ministerstwa (np. ministerstwo żywności i rolnictwa, ministerstwo pracy, ministerstwo opieki społecznej); stowarzyszenia i spółdzielnie rolników/hodowców; organizacje wdrażające programy dotyczące bezpieczeństwa żywnościowego i wsparcia bytowego.

Wszystkie aspekty działań humanitarnych, w tym zachowanie i postawy personelu i wolontariuszy, mogą wpływać na dobrostan psychiczny dotkniętych kryzysem populacji. Z tego względu wszystkie sektory odgrywają kluczową rolę w zapewnieniu, że ich działania są realizowane w sposób wspierający zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny (jest to czasami znane jako stosowanie „podejścia MHPSS”). Podmioty działające w różnych sektorach mogą również odgrywać kluczową rolę w zwiększaniu skuteczności działań z zakresu MHPSS. Można to osiągnąć, na przykład, poprzez koordynację i współpracę, tak aby:

- ▶ **Włączyć zagadnienia zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego** do oceny potrzeb: (zob. [działania MSP](#) ⇒ [1.2](#) oraz ⇒ [2.1](#)): Na przykład, włączenie zagadnień MHPSS do wielosektorowych ocen potrzeb na danym terenie, dokonywanych przez podmioty zajmujące się organizacją obozów i zarządzaniem nimi.
- ▶ **Udzielać pomocy humanitarnej w sposób, który wspiera zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny** (zob. [działanie MSP](#) ⇒ [3.1](#)): Wszystkie podmioty zajmujące się pomocą humanitarną mogą uwzględniać kwestie związane z MHPSS podczas planowania swoich działań, np. priorytetowo traktować prywatność i poszanowanie godności podczas projektowania sanitariatów, wyznaczać bezpieczne przestrzenie przeznaczone dla interakcji społecznych i rekreacji podczas projektowania obozów i odpowiednio nimi zarządzać, a także zapewnić osobom dotkniętym kryzysem humanitarnym możliwość komunikowania się z bliskimi i dostęp do informacji (np. telefony, urządzenia do ładowania telefonów).
- ▶ **Zaangażować się we wzajemne popieranie swoich działań:** Dotyczy to podmiotów z różnych obszarów pracy, które popierają działania na rzecz zaspokojenia potrzeb MHPSS oraz podmiotów z obszaru MHPSS, które popierają działania na rzecz zaspokojenia potrzeb związanych z innymi sektorami, np. podmioty zajmujące się zdrowiem psychicznym i dobrostanem psychospołecznym popierają działania na rzecz poprawy warunków schronienia/zakwaterowania, z uwagi na wpływ tych warunków na zdrowie psychiczne (zob. [działanie MSP](#) ⇒ [3.1](#)).
- ▶ **Przeszkolić pracowników pierwszej linii i przekazać im informacje w zakresie podstawowego wsparcia psychospołecznego** (zob. [działanie MSP](#) ⇒ [3.2](#)): Podmioty działające w ramach MHPSS mogą zapewnić przeszkolenie³ na temat podstawowego wsparcia psychospołecznego osobom pracującym w obszarach zapewnienia bezpieczeństwa, organizacji obozów i zarządzania nimi (CCCM), zapewnienia schronienia/zakwaterowania, zapewnienia odpowiednich warunków sanitarnych (WASH), żywienia, wsparcia bytowego i w innych dziedzinach.
- ▶ **Rozpowszechnić kluczowe informacje z zakresu MHPSS** (zob. [działanie MSP](#) ⇒ [3.3](#)): Wiele podmiotów może uwzględnić treści dotyczące zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego w swoich działaniach i materiałach informacyjnych, udostępnianych np. w punktach rejestracyjnych i obozach, a także może je włączyć do działań związanych ze zdrowiem, żywnością, higieną i działaniami przeciwdrobnopasożytniczymi.
- ▶ **Wykorzystać wzajemne powiązania między efektami działań realizowanych w zakresie zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego a efektami uzyskanymi w innych obszarach pracy** (zob. [działania MSP](#) ⇒ [2.1](#) oraz ⇒ [3.1](#)): Zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny kształtują sposób zachowania i podejmowania decyzji. Z tego względu programy obejmujące zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne (MHPSS) oraz inne elementy mogą się wzajemnie wspomagać. Na przykład, biorąc pod uwagę, że cierpienie psychiczne matki może wpływać na stan odżywienia dziecka, programy dotyczące wczesnego rozwoju dziecka (ECD), które obejmują wysiłki na rzecz poprawy dobrostanu matki, mogą przynieść dodatkowe korzyści dla odżywiania i rozwoju dziecka. Zarówno złe warunki życia, jak i brak możliwości decydowania o sobie mogą zwiększać cierpienie psychiczne, a w związku z tym programy angażujące członków danej społeczności w podejmowanie decyzji dotyczących systemu zapewnienia schronienia i zarządzania obozami prawdopodobnie poprawią warunki życia, zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny członków tej wspólnoty.
- ▶ **Zapewnić, że usługi i wsparcie są dostępne dla osób z zaburzeniami psychicznymi i spełniają ich potrzeby:** Na przykład poprzez zapewnienie osobom przebywającym w placówkach psychiatrycznych odpowiedniego żywienia i zaplecza sanitarnego (zob. [działanie MSP](#) ⇒ [3.14](#)) oraz poprzez objęcie osób powracających do zdrowia psychicznego programami zapewniającymi im wsparcie bytowe.

³ Na potrzeby MSP termin „przeszkolenie” odnosi się do krótkich, jednorazowych sesji zapoznawczych, natomiast termin „szkolenie” lub „trening” dotyczy bardziej kompleksowego budowania kompetencji, co wymaga stałego wsparcia i nadzoru.

- ▶ **Monitorować wyniki i rezultaty, związane z zapewnieniem świadczeń z zakresu MHPSS:** W przypadku, gdy programy w innych obszarach pracy przyczyniają się do poprawy zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego, przydatna może być rejestracja tych wyników i rezultatów (np. liczba osób z zaburzeniami psychicznymi zaangażowanych w programy dotyczące wsparcia bytowego; poprawa dobrostanu w wyniku uczestnictwa w programie zapewniającym schronienie).
- ▶ **Zapewnić mechanizmy wzajemnych przekierowań:** Obejmuje to sporządzenie mapy świadczeń z zakresu MHPSS oraz ułatwienie pracownikom różnych sektorów identyfikacji i kierowania osób z możliwymi zaburzeniami zdrowia psychicznego do specjalistycznych świadczeń. Wymaga to również od pracowników sektora MHPSS identyfikacji i przekierowania osób potrzebujących pomocy w zaspokojeniu różnych potrzeb (np. mieszkaniowych, bytowych, opieki społecznej).

Poniższe priorytety stanowią przykłady tego, jak można zintegrować działania z zakresu MHPSS z programowaniem w różnych sektorach i obszarach pracy.


Priorytet 1: Włączenie usług MHPSS do programów zdrowotnych



Zdrowie psychiczne jest integralnym elementem zdrowia ogólnego. Zdrowie psychiczne i zdrowie fizyczne są ze sobą silnie powiązane, jedno wpływa na drugie.

Podmioty działające w obszarze zdrowia mogą uwzględnić działania z zakresu MHPSS w programowaniu poprzez:

- ▶ Uwzględnienie kwestii z zakresu MHPSS w procedurach **oceny stanu zdrowia** (zob. [działanie MSP](#) → 1.2).
- ▶ **Propagowanie** świadczenia usług zdrowotnych w sposób inkluzywny, skoncentrowany na osobie, promujący godność, zwiększający wsparcie społeczne i z poszanowaniem praw człowieka.
- ▶ Propagowanie uwzględnienia **społecznych uwarunkowań zdrowia psychicznego**, w tym czynników ryzyka i czynników chroniących.
- ▶ Zaangażowanie w działania rzecznicze, **promocję i profilaktykę** wspólnie z innymi sektorami i podmiotami w celu budowania świadomości na temat zdrowia psychicznego oraz położenia kresu stygmatyzacji i dyskryminacji.
- ▶ **Przeszkolenie pracowników pierwszej linii w zakresie podstawowego wsparcia psychospołecznego** (zob. [działanie MSP](#) → 3.2):
- ▶ Włączenie programów promujących zdrowie psychiczne **opiekunów, dzieci i młodzieży** do świadczeń z zakresu ochrony zdrowia (zob. [działania MSP](#) → 3.5 oraz → 3.7).
- ▶ **Zintegrowanie opieki dotyczącej zdrowia psychicznego** z podstawową opieką zdrowotną i innymi świadczeniami zdrowotnymi (zob. [działanie MSP](#) → 3.10).

 Zob. [odpowiednie zasoby](#) na platformie internetowej MHPSS MSP.

Priorytet 2: Włączenie usług MHPSS do programów edukacyjnych




Edukacja może oferować stabilność poprzez zapewnienie rutyny i struktury, wspierać poczucie normalności, wspierać rozwój społeczny i emocjonalny dzieci, stymulować zabawę i wzmacniać nadzieję. Przestrzenie edukacyjne zapewniają możliwość uzyskania wsparcia ze strony rówieśników i dorosłych oraz mogą spajać grupę w ramach szerszej społeczności. Działania z zakresu MHPSS są nieodłącznym elementem tej pracy, pomagając dzieciom, opiekunom i pracownikom oświaty w radzeniu sobie z przeciwnościami, budowaniu odporności i promowaniu wspierającego środowiska.

Podmioty działające w obszarze edukacji mogą uwzględnić działania z zakresu MHPSS w swoich programach poprzez:

- ▶ Uwzględnienie zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego społeczności docelowych (w tym dzieci, opiekunów i personelu edukacyjnego) w **ocenach potrzeb edukacyjnych** (zob. [działania MSP](#) → 1.2 oraz → 2.1).
- ▶ **Zapewnienie i popieranie we wszystkich sektorach świadczenia usług w sposób wspierający** godność osób dotkniętych kryzysem, **inkluzywny, oparty na uczestnictwie, skoncentrowany na danej osobie i uwzględniający jej prawa**.
- ▶ Propagowanie uwzględnienia **społecznych uwarunkowań zdrowia psychicznego** i elementów dobrostanu psychospołecznego, w tym czynników ryzyka i czynników chroniących.
- ▶ Przeszkolenie wszystkich pracowników pierwszej linii w sektorze edukacji w **zakresie podstawowego wsparcia psychospołecznego** dla dzieci i dorosłych (zob. [działanie MSP](#) → 3.2).
- ▶ Uwzględnienie **kluczowych treści dotyczących zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego** w działaniach edukacyjnych i materiałach informacyjnych (zob. [działanie MSP](#) → 3.3).
- ▶ Udzielanie **świadczeń z zakresu MHPSS** w ramach działań sektora edukacji (zob. [działania MSP](#) → 3.4 do 3.8).
- ▶ Ścisła współpraca z podmiotami zajmującymi się **bezpieczeństwem dzieci, wczesnym wspomaganie rozwoju dziecka, przemocą ze względu na płeć, zdrowiem i innymi obszarami pracy**, aby określić role i obowiązki, uniknąć dublowania zadań, poprawić jakość opieki i zapewnić, że działania z zakresu MHPSS są spójne i wzajemnie się uzupełniają.

- ▶ Ustanowienie **wspólnych ścieżek przekierowań i standardowych procedur operacyjnych** dotyczących skierowań dla dzieci i dorosłych, w tym ułatwienie dostępu do pełnego zakresu działań i świadczeń MHPSS w zależności od potrzeb.
- ▶ Zapewnienie, że **usługi edukacyjne są dostępne dla osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego i spełniają ich potrzeby**.
- ▶ Monitoring **rezultatów i efektów związanych z projektami z zakresu MHPSS** (np. poprawa wiedzy, postaw i umiejętności pracowników oświaty uczestniczących w warsztatach i szkoleniach z zakresu MHPSS; poprawa subiektywnego samopoczucia dzieci po uczestnictwie w zorganizowanych zajęciach grupowych).

 Zob. [odpowiednie zasoby](#) na platformie internetowej MHPSS MSP.


Priorytet 3: Włączenie usług MHPSS do programów ochrony ludności



Programy ochrony ludności w kryzysach humanitarnych przyczyniają się do uznania, że zapewnienie bezpieczeństwa stanowi kluczowy element działań humanitarnych. Wspomaga to zrozumienie i poszanowanie praw osób dotkniętych kryzysem oraz ich dostęp do tych praw przy zachowaniu zasad humanitarnych i zgodnie z zaleceniami właściwych organów zajmujących się międzynarodowymi prawami człowieka i prawem humanitarnym. W praktyce obejmuje to szereg działań i świadczeń mających na celu analizę i monitorowanie ryzyka związanego z bezpieczeństwem ludności, jej potrzeb, podatności na zagrożenia oraz zdolności poszczególnych osób do zaspokojenia tych potrzeb; zapobieganie zagrożeniom i naruszeniom bezpieczeństwa oraz łagodzenie ich skutków; wspieranie osób dotkniętych przemocą, przymusem, dyskryminacją i nadużyciami w dochodzeniu przez nich swoich praw oraz korzystaniu z dostępnych środków zaradczych i usuwaniu skutków tych nadużyć. Tworząc programy z zakresu zapewnienia bezpieczeństwa należy uwzględniać aspekty wieku, płci i różnorodności⁴ i stosować podejście bazujące na lokalnej społeczności, zapewniające specjalistyczne świadczenia z zakresu bezpieczeństwa, włączające działania z tego zakresu do programów reagowania w innych sektorach oraz wspierające włączanie kwestii zapewnienia bezpieczeństwa do głównego nurtu działań humanitarnych.

Skuteczne włączenie aspektów MHPSS do programów i działań z zakresu bezpieczeństwa pomaga złagodzić bezpośrednio i długoterminowe zagrożenia dla godności, zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego osób dotkniętych kryzysem.

Podmioty działające w obszarze bezpieczeństwa mogą włączyć działania z zakresu MHPSS do swoich programów poprzez:

- ▶ **Zapewnienie, że działania i świadczenia z zakresu bezpieczeństwa są dostępne dla osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego** i spełniają ich potrzeby.
- ▶ Uwzględnienie podstawowych zagadnień z zakresu zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego populacji dotkniętej kryzysem, **podczas oceny potrzeb w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa** i monitorowania bezpieczeństwa ludności ([zob. działania MSP](#) → [1.2](#) oraz → [2.1](#)).
- ▶ Włączenie **kluczowych informacji z zakresu MHPSS** do materiałów informacyjnych i komunikacji ze społeczeństwem we wszystkich fazach działań humanitarnych ([see MSP activity](#) → [3.3](#)).
- ▶ Włączenie podmiotów, zapewniających świadczenia z zakresu MHPSS **w proces tworzenia mapy świadczeń, związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa**, aby wesprzeć dzielenie się informacjami i realizację przekierowań.
- ▶ Ustanowienie **wspólnych ścieżek przekierowań** pomiędzy podmiotami zajmującymi się bezpieczeństwem a tymi, które działają w obszarze MHPSS, w celu ułatwienia dostępu do pełnego wachlarza działań i świadczeń z zakresu MHPSS osobom potrzebującym.
- ▶ Przeszkolenie całego personelu pierwszej linii w zakresie **podstawowego wsparcia psychosocjalnego** dla dziewcząt, chłopców, kobiet i mężczyzn oraz innych osób o różnych profilach ([zob. działanie MSP](#) → [3.2](#)).
- ▶ **Szkolenie** dla case menedżerów (koordynatorów przypadku) w zakresie istotnych zagadnień, związanych z MHPSS ([zob. działanie MSP](#) → [3.13](#) oraz [zalecane tematy szkoleń MHPSS dla case menedżerów](#) ).
- ▶ Propagowanie wśród osób odpowiedzialnych działań na rzecz **niedyskryminacji**, dostępu do usług pomocy społecznej i równego korzystania z **podstawowych praw człowieka** przez osoby z zaburzeniami psychicznymi i problemami psychospołecznymi.
- ▶ Propagowanie działań na rzecz **uwzględnienia czynników społecznych** wpływających na zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny populacji dotkniętej kryzysem (np. łagodzenie czynników ryzyka, promowanie czynników ochronnych).
- ▶ Udział w monitorowaniu ogólnych **efektów związanych ze świadczeniami z zakresu MHPSS** (np. poprawa subiektywnego samopoczucia, funkcjonowania, radzenia sobie z problemami lub poprawa więzi społecznych w wyniku uczestnictwa w działaniach dotyczących bezpieczeństwa).
- ▶ Wzmocnienie **wspólnych działań przekrojowych** na rzecz zapewnienia bezpieczeństwa i udzielania świadczeń w zakresie ochrony zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego w ramach reagowania na kryzys humanitarny, oraz w celu świadczenia usług w sposób promujący godność, inkluzywny, oparty na społeczności, partycypacyjny, skoncentrowany na osobach oraz oparty na poszanowaniu ich praw ([zob. działanie MSP](#) → [3.1](#)).

 Zob. [odpowiednie zasoby](#) na platformie internetowej MHPSS MSP. Zob. także priorytety działania [4](#), [5](#) oraz [6](#).


⁴ Różnorodność dotyczy różnic w zakresie wartości, postaw, perspektyw kulturowych, przekonań, pochodzenia etnicznego, narodowości, orientacji seksualnej, tożsamości płciowej, zdrowia, statusu społecznego, niepełnosprawności i innych szczególnych cech osobowych (zgodnie z definicją w wytycznych IASC w sprawie włączania osób z niepełnosprawnościami w działania humanitarne [2019 IASC Guidelines on the Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action](#)).



Ochrona bezpieczeństwa dzieci to zapobieganie i reagowanie na nadużycia, zaniedbywanie, wykorzystywanie i przemoc wobec dzieci. Działania z zakresu MHPSS są nieodłącznym elementem tej pracy, pomagając dzieciom radzić sobie z trudnościami, odzyskiwać siły i budować odporność w obliczu przeciwności losu.

Podmioty działające w obszarze zapewnienia bezpieczeństwa dzieci mogą uwzględnić działania z zakresu MHPSS w swoich programach poprzez:

- ▶ Uwzględnienie kwestii zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego chłopców i dziewcząt w różnym wieku **w procedurach oceny potrzeb związanych z bezpieczeństwem dzieci** (zob. *działania MSP* ⇒ 1.2 oraz ⇒ 2.1).
- ▶ **Zapewnienie i propagowanie we wszystkich sektorach udzielania świadczeń** w sposób inkluzywny, oparty na uczestnictwie, skoncentrowany na dziecku i **uwzględniający jego prawa, a także promujący godność dzieci i nastolatków**.
- ▶ Propagowanie uwzględnienia **społecznych uwarunkowań** zdrowia psychicznego i elementów dobrostanu psychospołecznego dzieci, nastolatków i ich opiekunów, w tym czynników ryzyka i czynników chroniących.
- ▶ Przeszkolenie wszystkich pracowników pierwszej linii w sektorze bezpieczeństwa dzieci **w zakresie podstawowego wsparcia psychospołecznego dla dzieci i dorosłych** (zob. *działanie MSP* ⇒ 3.2).
- ▶ **Szkolenie** dla case menedżerów (koordynatorów przypadku) w zakresie istotnych zagadnień związanych z MHPSS (zob. *działanie MSP* ⇒ 3.13 oraz *zalecane tematy szkoleń MHPSS dla case menedżerów* ⇒ 3.13).
- ▶ Uwzględnienie **kluczowych informacji z zakresu MHPSS** adresowanych do dzieci, nastolatków i ich opiekunów (*patrz działania MSP* ⇒ 3.3) w działaniach związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa dzieci i materiałach informacyjnych.
- ▶ Udzielanie **świadczeń z zakresu MHPSS** dzieciom i ich opiekunom w ramach działań na rzecz bezpieczeństwa dzieci (zob. *działania MSP* ⇒ 3.4 do 3.8, ⇒ 3.12 do 3.14, oraz ⇒ 4.2).
- ▶ Ścisła współpraca pomiędzy podmiotami działającymi w obszarze **edukacji, wczesnego rozwoju dziecka (ECD), przemocy ze względu na płeć (GBV), zdrowia i innych dziedzin**, aby zapewnić spójność i wzajemne uzupełnianie się działań w ramach świadczeń z zakresu MHPSS, realizowanych na rzecz dzieci, młodzieży i ich opiekunów.
- ▶ Ustanowienie **wspólnych ścieżek przekierowań i standardowych procedur operacyjnych**, dotyczących skierowań dla dzieci, nastolatków i ich opiekunów w zakresie dostępu do świadczeń, w tym ułatwienie dostępności do pełnego zakresu przyjaznych dziecku działań i świadczeń z zakresu MHPSS, w zależności od potrzeb.
- ▶ Zapewnienie, że świadczenia z zakresu bezpieczeństwa dzieci są **dostępne** dla dzieci i nastolatków **z zaburzeniami zdrowia psychicznego** i spełniają ich potrzeby.
- ▶ Monitoring **rezultatów i efektów, związanych z projektami z zakresu MHPSS** (np. poprawa wiedzy, postaw i umiejętności opiekunów uczestniczących w szkoleniach i treningach z zakresu MHPSS; poprawa subiektywnego samopoczucia dzieci i nastolatków po uczestnictwie w zorganizowanych zajęciach grupowych).


 Zob. [odpowiednie zasoby](#) na platformie internetowej MHPSS MSP.



Planowanie działań dotyczących przemocy ze względu na płeć (GBV) koncentruje się na zapobieganiu i reagowaniu na przemoc uwarunkowaną względami płci. Przemoc ze względu na płeć dotyka w nieproporcjonalnym stopniu kobiet i dziewcząt, choć mężczyźni i chłopcy również mogą doświadczać seksualnej przemocy i wykorzystywania. Świadczenia z zakresu MHPSS są istotnym elementem planowania działań związanych z GBV. Choć doświadczenia osób, które ucierpiały wskutek przemocy ze względu na płeć są różne, wpływ GBV na zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny może mieć rozległe konsekwencje dla jednostek, rodzin i społeczności. Zaspokojenie potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego i potrzeb psychospołecznych osób, które przeżyły przemoc ze względu na płeć oraz tych, które są na nią narażone, a także zapobieganie przemocy, ma kluczowe znaczenie dla promowania równości płci, odporności i powrotu do zdrowia.

Podmioty działające w obszarze GBV mogą włączyć działania z zakresu MHPSS do swoich programów poprzez:

- ▶ Uwzględnienie oceny potrzeb zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego kobiet, mężczyzn, chłopców, dziewcząt i osób o różnej orientacji seksualnej, tożsamości płciowej, ekspresji płciowej i cechach płciowych (SOGIESC) w **procesie oceny potrzeb** (zob. *działania MSP* ⇒ 1.2 oraz ⇒ 2.1).
- ▶ Zapewnienie i propagowanie we wszystkich sektorach udzielania świadczeń w sposób promujący **bezpieczeństwo i godność** osób poszkodowanych przemocą ze względu na płeć (GBV), w szczególności kobiet i dziewcząt, a także udzielanie tych świadczeń w sposób bezpieczny, poufny, inkluzywny, bazujący na społeczności lokalnej, partycypacyjny, skoncentrowany na osobie poszkodowanej i uwzględniający jej prawa.
- ▶ Propagowanie działań na rzecz **uwzględnienia społecznych uwarunkowań zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego** (np. poziomu wsparcia społecznego, wykluczenia, depriwacji, ubóstwa) wśród osób, które doświadczyły przemocy ze względu na płeć, w szczególności kobiet i dziewcząt, w tym przeciwdziałanie zagrożeniom i promowanie czynników ochronnych.
- ▶ Przeszkolenie wszystkich osób pracujących bezpośrednio z ofiarami przemocy ze względu na płeć w zakresie **podstawowego wsparcia psychospołecznego** (zob. *działanie MSP* ⇒ 3.2).


- ▶ **Szkolenie** dla case menedżerów (koordynatorów przypadku) w zakresie istotnych zagadnień związanych z MHPSS (*zob. działanie MSP ⇒ 3.13 oraz zalecane tematy szkoleń MHPSS dla case menedżerów* )
- ▶ Uwzględnienie **kluczowych informacji dotyczących zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego** w działaniach edukacyjnych i materiałach informacyjnych dotyczących przemocy ze względu na płeć (*zob. działanie MSP ⇒ 3.3*).
- ▶ Udzielanie **świadczeń z zakresu MHPSS** kobietom, dziewczętom i ofiarom w ramach działań dotyczących przemocy ze względu na płeć (*zob. działania MSP ⇒ 3.4, ⇒ 3.7, ⇒ 3.9, ⇒ 3.11 do 3.13 oraz ⇒ 4.2*).
- ▶ Ścisła współpraca pomiędzy podmiotami działającymi w obszarze **bezpieczeństwa** (w tym zapewnienia bezpieczeństwa dzieciom), **edukacji, zdrowia i w innych obszarach**, aby zapewnić spójność i wzajemne uzupełnianie się działań w ramach świadczeń z zakresu świadczeń MHPSS realizowanych na rzecz ofiar przemocy ze względu na płeć.
- ▶ Ustanowienie **wspólnych ścieżek przekierowań i standardowych procedur operacyjnych**, dotyczących skierowań dla kobiet, dziewcząt i osób, które doświadczyły przemocy ze względu na płeć, w tym ułatwienie dostępu do pełnego zakresu działań i świadczeń z zakresu MHPSS, w zależności od potrzeb.
- ▶ Zapewnienie, że działania skierowane do osób, które doświadczyły przemocy ze względu na płeć, są dostępne dla **osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego** i spełniają ich potrzeby.
- ▶ Monitoring **efektów działań z zakresu MHPSS** (np. poprawa subiektywnego samopoczucia, funkcjonowania, radzenia sobie z trudnościami lub poprawa więzi społecznych, wynikające z uczestnictwa w działaniach skierowanych do osób, które doświadczyły przemocy ze względu na płeć).


 *Zob. odpowiednie zasoby* na platformie internetowej MHPSS MSP. *Zob. także priorytety działania:*  28.

Priorytet 6: Włączenie świadczeń z zakresu MHPSS do działań przeciwwinowych

Osoby, które przeżyły wypadki z użyciem ładunków wybuchowych mogą mieć szereg potrzeb w zakresie MHPSS, związanych z ich urazami lub doświadczeniami ograniczonej niezależności, utrudnionego dostępu do aktywności, problemów z obrazem własnej osoby, przewlekłego bólu, bólu fantomowego i wyzwań społecznych (takich jak bezrobocie, zmiana ról społecznych, napiętnowanie, dyskryminacja). Polityka ONZ dotycząca pomocy ofiarom w działaniach przeciwwinowych oraz międzynarodowe standardy działań przeciwwinowych (IMAS 13.10) wymieniają „wsparcie psychologiczne i psychospołeczne” jako jeden z sześciu kluczowych elementów pomocy ofiarom. Działania mające na celu zapobieganie obrażeniom i zmniejszanie ryzyka mogą również stanowić okazję do uwzględnienia kwestii dotyczących zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego, na przykład poprzez włączenie kluczowych wiadomości z tego zakresu do edukacji na temat ryzyka związanego z minami lub innymi materiałami wybuchowymi.

Podmioty działające w obszarze działań przeciwwinowych mogą włączyć działania z zakresu MHPSS do swoich programów poprzez:

- ▶ Przeszkolenie personelu pierwszej linii działań przeciwwinowych w zakresie **podstawowego wsparcia psychospołecznego**, w tym wsparcia w zakresie motywacji i wytrwałości w fizjoterapii, a także identyfikacji dzieci i dorosłych, którzy mogą potrzebować świadczeń i wsparcia z zakresu MHPSS i przekierowania do specjalistów (*zob. działanie MSP ⇒ 3.2*).
- ▶ Włączenie stosownych **kluczowych informacji z zakresu MHPSS** do materiałów i działań informacyjnych, dotyczących pomocy ofiarom i zmniejszania ryzyka (*zob. działanie MSP ⇒ 3.3*).
- ▶ Włączenie informacji o **zapobieganiu urazom, spowodowanym przez materiały wybuchowe do odpowiednich działań z zakresu MHPSS** (np. *zob. działania MSP ⇒ 3.6, ⇒ 3.7, ⇒ 3.8, ⇒ 3.9*).
- ▶ Ułatwianie **włączenia** osób, które doznały obrażeń w wyniku eksplozji materiałów wybuchowych, oraz ich opiekunów i rodzin w **działalność społeczną, kulturalną, sportową i rekreacyjną** (np. wzmacnianie sieci osób, które doznały uszczerbku na zdrowiu i ułatwianie tworzenia grup wsparcia w ośrodkach rehabilitacyjnych, na oddziałach ortopedycznych i w przychodniach; *zob. działanie MSP ⇒ 3.4*).
- ▶ Szkolenie **rehabilitantów i menedżerów (koordynatorów) przypadku**, udzielających pomocy ofiarom w zakresie istotnych zagadnień związanych z MHPSS (*zob. działanie MSP ⇒ 3.13 oraz*  *zalecane tematy szkoleń MHPSS dla menedżerów przypadku*).
- ▶ Współpraca z ośrodkami ds. rozminowywania i grupami koordynacyjnymi, w celu opracowania **mechanizmów przekierowania pacjentów**, zapewnienia dostępu do świadczeń i udzielania wsparcia z zakresu MHPSS osobom, które ucierpiały w wyniku użycia materiałów wybuchowych.
- ▶ **Monitoring efektów i wyników, dotyczących zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego** (np. poprawa samopoczucia pacjentów po utworzeniu grup wsparcia w ośrodkach rehabilitacyjnych, wzmocnienie sieci osób poszkodowanych w wyniku eksplozji).

 *Zob. odpowiednie zasoby* na platformie internetowej MHPSS MSP.

Priorytet 7: Włączenie świadczeń z zakresu MHPSS do programów żywieniowych


Rozwój poznawczy, społeczny i emocjonalny dzieci zależy zarówno od odpowiedniego odżywiania, jak i troskliwej opieki. Sytuacje kryzysowe mogą poważnie ograniczyć możliwości opiekunów w zakresie zapewnienia dzieciom wyżywienia i opieki, zarówno ze względu na praktyczne zakłócenia w dostawach żywności, jak i wpływ sytuacji kryzysowej na ich własne zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny. Odżywianie, zdrowie psychiczne i rozwój są ze sobą wzajemnie powiązane na wiele sposobów, a w sytuacjach kryzysowych powiązania te mogą zostać zaburzone. Na przykład, niedożywione dzieci mogą wykazywać zmniejszoną aktywność i dążyć do mniejszej interakcji z opiekunami.

Jeśli opiekunowie w konsekwencji ograniczają stymulację, może to prowadzić do dalszych wad rozwojowych. Dobrostan opiekunów może również wpływać na żywienie dziecka. Na przykład matki doświadczające depresji są mniej skłonne do kontynuowania karmienia piersią i zapewniają mniejszą stymulację.

Podmioty działające w obszarze żywienia mogą włączyć działania z zakresu MHPSS do swoich programów poprzez:

- ▶ **Realizację świadczeń z zakresu żywienia w sposób wspierający zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny**, na przykład poprzez zaangażowanie społeczności docelowych i zapewnienie, że usługi żywieniowe są świadczone w sposób godny oraz w bezpiecznym i kulturowo odpowiednim środowisku. Aspekty zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego należy uwzględnić w projektowaniu ośrodków żywienia terapeutycznego i ambulatoryjnych programów terapeutycznych (zob. Zarządzanie niedożywieniem: Standard Sphere 2.1).
- ▶ **Przeszkolenie pracowników zajmujących się żywieniem w zakresie podstawowego wsparcia psychospołecznego oraz troskliwej opieki**, w tym identyfikacji dzieci i dorosłych, którzy mogą potrzebować świadczeń i wsparcia w zakresie MHPSS, i przekierowania ich do specjalistów (zob. [działanie MSP](#) ⇒ 3.2; Zarządzanie niedożywieniem: Standard Sphere 2.2).
- ▶ Uwzględnienie **kluczowych informacji z zakresu MHPSS** w działaniach i materiałach informacyjnych, dotyczących żywienia (zob. [działanie MSP](#) ⇒ 3.3).
- ▶ **Monitoring efektów i wyników dotyczących zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego** (np. poprawa samopoczucia po utworzeniu grup wsparcia dla matek z dziećmi w ramach środowiskowych programów terapeutycznych).

Dalsze informacje na temat powiązań między świadczeniami MHPSS, a żywieniem można znaleźć w części poświęconej kluczowym zagadnieniom, zob. [priorytet](#) ⇒ 24.

 Zob. [odpowiednie zasoby](#) na platformie internetowej MHPSS MSP.

Priorytet 8: Włączenie świadczeń MHPSS do programów dotyczących organizacji obozów i zarządzania nimi



Na zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny osób przebywających w obozach i warunkach zbliżonych do obozowych istotny wpływ ma to, w jakim stopniu mogą one uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących ich życia, mieć dostęp do informacji oraz do odpowiednich usług i infrastruktury. Cierpienie psychiczne spowodowane przesiedleniem może być spotęgowane lub złagodzone w zależności od stopnia, w jakim wspomaga się lub zmniejsza poczucie sprawstwa i niezależności.

Podmioty działające w ramach systemu organizacji obozów i zarządzania nimi (CCCM) poprzez swoje bezpośrednie i regularne interakcje z przesiedlonymi rodzinami i społecznościami, odgrywają kluczową rolę w zapewnieniu dobrostanu osób przesiedlonych (zob. także [Minimum Standards for Camp Management; MSCM](#)).

Podmioty działające w obszarze CCCM mogą włączyć świadczenia z zakresu MHPSS do swoich programów stosując następujące działania: (zob. [działanie MSP](#) ⇒ 1.1 oraz MSCM 4.1), poprzez:

- ▶ Uwzględnienie **świadczeń z zakresu MHPSS w wielosektorowych ocenach potrzeb danego obiektu** (zob. [działanie MSP](#) ⇒ 1.2 oraz MSCM 4.2).
- ▶ Zaangażowanie w **monitorowanie potrzeb i działania na rzecz likwidacji luk w świadczeniach** poprzez ścisłą współpracę i wymianę między podmiotami działającymi w obszarach CCCM i MHPSS (zob. [działanie MSP](#) ⇒ 3.1 oraz MSCM 4.1, 4.2).
- ▶ Udzielanie **pomocy humanitarnej w sposób, który wspiera zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny** (zob. [działanie MSP](#) ⇒ 3.1):
 - Zaangażowanie mieszkańców danego obiektu w **podejmowanie decyzji, związanych z zarządzaniem tym miejscem** (np. poprzez wspieranie inkluzywnych i reprezentatywnych struktur zarządzania, komitetów dziecięcych, komitetów sektorowych i inicjatyw podejmowanych przez społeczność; zob. MSCM 2.1, 2.4), szczególnie w odniesieniu do miejsc przeznaczonych do planowanych działań z zakresu MHPSS (np. [MSP](#) ⇒ 3.4, ⇒ 3.6, ⇒ 3.9).
 - Zapewnienie odpowiedniego i zapewniającego integrację **planowania** tak, by promować należytą ochronę i pomoc, zgodnie z potrzebami mieszkańców obiektu (w tym potrzebami związanymi ze zdrowiem psychicznym), w całym cyklu życia obiektu (zob. [działanie MSP](#) ⇒ 2.1, MSCM 1.2, 5).
 - Zapewnienie **wystarczającej przestrzeni wspólnej**, służącej aktywnościom wspomagającym kontakty społeczne i zajęciom rekreacyjnym (np. w zakresie [działań MSP](#) ⇒ 3.4, ⇒ 3.6, ⇒ 3.9, zob. także MSCM 3.1, 3.2).
 - Zapewnienie mieszkańcom obiektu godnych **warunków życia**, sprzyjających zdrowiu psychicznemu i dobrostanowi psychospołecznemu, bezpiecznych oraz odpowiednich pod względem funkcjonalności oraz aspektów socjalnych i kulturowych (zob. [działanie MSP](#) ⇒ 3.1, MSCM 3.1, 3.2).
 - Organizowanie **debat środowiskowych oraz opracowanie skutecznych mechanizmów przekazywania informacji zwrotnych i skarg**, które przyczyniają się do poprawy odpowiedzialności wobec populacji dotkniętych kryzysem (zob. [działanie MSP](#) ⇒ 2.1, MSCM 2.3).
- ▶ Organizowanie **przeszkolenia w zakresie podstawowego wsparcia psychospołecznego** (np. pierwsza pomoc psychologiczna) dla zespołów zarządzających obiektami, w tym identyfikowanie dzieci i dorosłych, którzy mogą potrzebować świadczeń i wsparcia z zakresu MHPSS i przekierowanie ich do odpowiednich placówek (zob. [działanie MSP](#) ⇒ 3.2 and MSCM 4.3).
- ▶ **Przekierowywanie** tych osób do uczestnictwa w działaniach z zakresu MHPSS, w tym do podmiotów udzielających świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego, w zależności od potrzeb.

- ▶ Włączenie **kluczowych informacji na temat zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego** (zob. [działanie MSP ⇒ 3.3](#)) w procedurę regularnego dostarczania informacji mieszkańcom danego obiektu przy użyciu preferowanych przez nich form komunikacji i języków, w tym na temat świadczeń dostępnych na terenie obiektu (MSCM 2.2).
- ▶ Monitoring efektów i wyników **w zakresie zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego** (np. poprawa dobrostanu w wyniku zastosowania podejścia partycypacyjnego do zarządzania danym ośrodkiem).

 Zob. [odpowiednie zasoby](#) na platformie internetowej MHPSS MSP.

Priorytet 9: Włączenie usług MHPSS do programów dotyczących zapewnienia schronienia i miejsc osiedlenia



Warunki życia panujące podczas kryzysów humanitarnych mogą wpływać na fizyczne i psychiczne samopoczucie ludzi w takim samym stopniu jak pierwotny kryzys lub katastrofa. Przeludnienie, niedostateczna wentylacja, nieodpowiednie lub niebezpieczne toalety i urządzenia do utrzymania higieny, nieodpowiednie warunki higieny menstruacyjnej, niedostateczne zaopatrzenie w wodę i złe zarządzanie odpadami zwiększają stres, stwarzają zagrożenia dla bezpieczeństwa i powodują pogorszenie stanu zdrowia.

Podmioty zajmujące się zapewnianiem schronienia mogą włączyć świadczenia z zakresu MHPSS do swojego procesu planowania poprzez:

- ▶ Włączenie **zagadnień z zakresu MHPSS i kwestii kulturowych** w ramy **oceny potrzeb dotyczących zapewnienia schronienia** (zob. [działanie MSP ⇒ 1.2](#)).
- ▶ **Działania na rzecz poprawy warunków życia i odpowiedniego schronienia.** Bezpieczne, odpowiednie schronienie wspomaga dobre samopoczucie i przyczynia się do poprawy stanu zdrowia po klęskach żywiołowych i przesiedleniach. Istnieje również związek między fizyczną odbudową i regeneracją a regeneracją więzi psychospołecznych: naprawa lub odbudowa domów prowadzona przez członków wspólnoty przyczynia się do umocnienia ich godności i poczucia sprawstwa w warunkach kryzysu humanitarnego (zob. [działanie MSP ⇒ 3.1](#)).
- ▶ **Udzielanie pomocy w sposób, który wspiera zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny** (zob. [działanie MSP ⇒ 3.1](#)):
 - Propagowanie **udziału członków wspólnoty**, w tym osób narażonych na podwyższone ryzyko (np. kobiet, osób z niepełnosprawnościami, przesiedleńców i osób starszych) w dokonywaniu analiz, planowaniu programów i ich wdrażaniu, na przykład poprzez umożliwienie ludziom wyboru miejsca schronienia, sąsiadów i miejsc zamieszkania, tam gdzie to możliwe (patrz: Standardy schronienia i osiedlania: Sphere Shelter and settlement standards 1, 2, 3 i 5).
 - Wybór i projektowanie **miejsc, które umożliwiają dostęp do przestrzeni wspólnych dla celów działalności społecznej, kulturalnej, religijnej, edukacyjnej i wymiany informacji** (np. rynki, szkoły, miejsca kultu religijnego, świetlice, tereny rekreacyjne; patrz: Standardy schronienia i osiedlania: Sphere Shelter and settlement standards 2 i 3).
 - Stosowanie **znanych i lokalnie dostępnych materiałów budowlanych**, pozwalających rodzinom na dokonywanie samodzielnych napraw, aby uniknąć zależności od innych dostawców.
 - Promocja i ułatwanie czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego (np. ogrodnictwo) (zob. Standard schronienia i osiedlania: Sphere Shelter and settlement standard 5).
 - Zapewnienie **maksimum prywatności, ułatwienie poruszania się i wsparcia społecznego** (np. poprzez zapewnienie, w miarę możliwości, schronień dostosowanych do rozmiarów rodziny, unikanie rozdzielania osób, które chcą być razem, umożliwienie ponownie połączonym rodzinom zamieszkania razem, tradycyjne rozmieszczenie domów w sąsiedztwie, ułatwiający zapewnienie schronienia osobom odizolowanym i obciążonym ryzykiem, np. osobom z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinom; zob. Standard schronienia i osiedlania: Sphere Shelter and settlement standard 2).
- ▶ Organizowanie **przeszkolenia w zakresie podstawowego wsparcia psychospołecznego** (np. pierwszej pomocy psychologicznej) dla personelu miejsc schronienia, w tym identyfikowanie dzieci i dorosłych, którzy mogą potrzebować świadczeń i wsparcia z zakresu MHPSS i kierowanie ich do odpowiednich placówek i specjalistów (zob. [działanie MSP ⇒ 3.2](#)).
- ▶ Monitoring **efektów i rezultatów związanych ze zdrowiem psychicznym i dobrostanem psychospołecznym** (np. poprawa dobrostanu w wyniku zastosowania podejścia partycypacyjnego do programowania działań w danym ośrodku zapewniającym schronienie w sytuacji kryzysowej).

 Zob. [odpowiednie zasoby](#) na platformie internetowej MHPSS MSP.

Priorytet 10: Włączenie usług MHPSS do programów dotyczących wody, warunków sanitarnych i higieny (WASH)



Sposób, w jaki ludność dotknięta kryzysem zapewnia się wodę, urządzenia sanitarne i warunki pozwalające utrzymać higienę, może mieć znaczący wpływ na ich godność, zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny. Ludność dotknięta sytuacją kryzysową może być narażona na znacznie większy stres, ryzyko zagrożenia bezpieczeństwa i choroby w przypadku, gdy urządzenia sanitarne są brudne, niebezpieczne lub nieodpowiednie pod względem kulturowym; gdy brakuje zarządzania higieną menstruacyjną, gdy zaopatrzenie w wodę jest niewystarczające lub gdy gospodarka odpadami jest nieodpowiednia. Istnieje również coraz więcej dowodów na to, że zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny (np. poziom lęku, poczucie własnej skuteczności, więzi społeczne) wpływają na stopień, w jakim ludzie angażują się w pewne zachowania zdrowotne i higieniczne podczas sytuacji kryzysowych w zakresie zdrowia publicznego (np. mycie rąk, zachowanie dystansu fizycznego, ograniczanie przemieszczania się). Wyniki działań w obszarach MHPSS i WASH są zatem ściśle ze sobą powiązane.

Podmioty działające w obszarze WASH mogą włączyć działania z zakresu MHPSS do swoich programów poprzez:

- ▶ Włączenie **zagadnień z zakresu MHPSS i kwestii kulturowych** w ramy **oceny potrzeb dotyczących zapewnienia odpowiednich warunków sanitarnych i higieny** (zob. [działanie MSP](#) ⇒ 1.1).
- ▶ **Udzielanie pomocy w sposób, który wspiera zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny** (zob. [działanie MSP](#) ⇒ 3.1) poprzez:
 - Promowanie **udziału społeczności docelowych**, w tym grup ryzyka, takich jak kobiety, osoby z niepełnosprawnościami i osoby starsze, w ocenie potrzeb, planowaniu programu i jego realizacji (np. tworzenie komitetów składających się z członków społeczności, zrównoważonych pod względem płci i obejmujących przedstawicieli różnych podgrup, i ich zaangażowanie w problemy dostępu do wody; zob. Standardy promocji higieny: Sphere 1.1, 1.3).
 - Promowanie **bezpieczeństwa, godności i ochrony** we wszystkich działaniach związanych z wodą i higieną, w tym w interwencjach **BabyWASH** (interwencje, które w celu poprawy sytuacji zdrowotnej dzieci łączą WASH z takimi obszarami programowymi jak ECD, żywienie, a także zdrowie matki, noworodka i dziecka).
 - **Zapobieganie konfliktom i zarządzanie nimi w konstruktywny sposób** (np. poprzez zwrócenie się do komitetów wodnych lub innych grup społecznych o opracowanie systemu służącego tym celom).
 - Działanie na rzecz włączenia interwencji **dotyczących higieny menstruacyjnej i nietrzymania moczu**, które uwzględniają aspekty MHPSS dotyczące kobiet i dziewcząt (zob. Standard promocji higieny: Sphere 1.3).
- ▶ Przeszkolenie pracowników odpowiedzialnych za warunki sanitarne i higienę w zakresie podstawowego wsparcia psychospołecznego, w tym identyfikacji dzieci i dorosłych, którzy mogą potrzebować usług i wsparcia MHPSS, i kierowania ich do odpowiednich służb i specjalistów (zob. [działanie MSP](#) ⇒ 3.2).
- ▶ Uwzględnienie **kluczowych informacji na temat zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego** (zob. [działanie MSP](#) ⇒ 3.3) w działaniach dotyczących warunków sanitarnych i higieny.
- ▶ Uwzględnienie **potrzeb sanitarnych i higienicznych w ramach działań z zakresu MHPSS** (np. mycie rąk/higiena w ramach zajęć dla dzieci, zaspokajanie potrzeb sanitarnych i higienicznych osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych i innych instytucjach) – zob. [działanie MSP](#) ⇒ 3.14).

 Zob. [odpowiednie zasoby](#) na platformie internetowej MHPSS MSP.



Priorytet 11: Włączenie usług MHPSS do programów dotyczących bezpieczeństwa żywnościowego i wsparcia bytowego



Sytuacje kryzysowe często zakłócają dostęp do żywności i pieniędzy, a wiele osób traci swoje źródła utrzymania i środki do życia. Może to powodować silny stres i zmuszać ludzi do angażowania się w ryzykowne strategie radzenia sobie, co może dalej wpływać na ich zdrowie, samopoczucie, bezpieczeństwo i relacje społeczne. Na przykład ludzie mogą angażować się w ryzykowną migrację lub handel ludźmi, pracę seksualną, pracę dzieci lub małżeństwa dzieci. Konsekwencje braku bezpieczeństwa żywnościowego często mają związek z płcią, a kobiety i dziewczęta siadają do stołu jako ostatnie i jedzą najmniej. Szkodliwe praktyki, takie jak te, mogą być niezwykle groźne dla zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego i mogą mieć długotrwały wpływ na zdrowie jednostki i całej społeczności. W przypadkach, gdy brak bezpieczeństwa żywnościowego prowadzi do niedożywienia, dzieci są narażone na poważne ryzyko zakłócenia rozwoju poznawczego, emocjonalnego i społecznego (zob. [priorytet](#) ⇒ 24 oraz [działanie MSP](#) ⇒ 3.5).

Gdy członkowie społeczności odzyskują równowagę po kryzysie humanitarnym, programy dotyczące bezpieczeństwa żywnościowego i wsparcia bytowego mogą pomóc przywrócić im niezależność, poczucie tożsamości społecznej i znaczącego uczestnictwa w życiu społeczności. Zaangażowanie w bezpieczne, godne działania w dziedzinie zapewnienia bezpieczeństwa żywnościowego i wsparcia bytowego może promować poczucie odporności, sprawstwa i własnej skuteczności – czynniki, które mogą być kluczowe dla zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego. Działania z zakresu MHPSS mogą pomóc ludziom w budowaniu umiejętności pozytywnego radzenia sobie z problemami, komunikacji, rozwiązywania konfliktów oraz w wielu innych obszarach, które ułatwiają efektywne zapewnienie sobie środków do życia.

Podmioty działające w obszarze bezpieczeństwa żywnościowego i wsparcia bytowego mogą włączyć działania z zakresu MHPSS do swoich programów poprzez:





- ▶ Uwzględnienie czynników związanych z MHPSS w **analizie potrzeb**: np. poprzez ocenę społecznych i kulturowych potrzeb dotyczących bezpieczeństwa żywnościowego, żywienia i pomocy żywnościowej – takich jak przekonania i praktyki dietetyczne, role społeczne w gospodarstwie domowym czy obszary stanowiące tabu kulturowe (zob. [działanie MSP](#) ⇒ 1.1). Analizy te powinny również uwzględniać zakres, w jakim osoby powracające do zdrowia psychicznego mogą uzyskać dostęp do wsparcia bytowego (zob. [działanie MSP](#) ⇒ 1.2 oraz Standard wsparcia bytowego: Sphere 7.2).
- ▶ **Udzielanie pomocy w sposób, który wspiera zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny** (zob. [działanie MSP](#) ⇒ 3.1) poprzez:
 - Promowanie **udziału społeczności docelowych** w tworzeniu programów dotyczących bezpieczeństwa żywnościowego i wsparcia bytowego w dłuższej perspektywie czasowej, z uwzględnieniem grup podwyższonego ryzyka, takich jak kobiety, osoby z niepełnosprawnościami, osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne i seniorzy. Zaangażowanie członków społeczności w działania na rzecz odbudowy warunków życia nie tylko poprawia adekwatność i skuteczność interwencji, ale może również sprzyjać poczuciu sprawstwa i zwalczać poczucie bezradności i rezygnacji (zob. Standard bezpieczeństwo żywnościowe: Sphere 5).

- Dostarczanie **pomocy żywnościowej w sposób właściwy dla danej kultury**, chroniący tożsamość, integralność i godność społeczności, np. z uwzględnieniem praktyk religijnych i kulturowych związanych z artykułami spożywczymi i przygotowywaniem żywności; oraz zapewnienie, że pomoc żywnościowa dotrze do wszystkich zamierzonych odbiorców bez dyskryminacji (zob. Standardy pomocy żywnościowej: Sphere 6.1 i 6.2).
- Wykorzystanie pomocy żywnościowej do tworzenia bądź odbudowy nieformalnych **sieci ochrony socjalnej i grup społecznościowych**, np. dystrybucja racji żywnościowych za pośrednictwem wolontariuszy zapewniających opiekę domową (zob. [działanie MSP ⇨ 3.4](#) oraz Standard bezpieczeństwa żywnościowego: Sphere 5).
- Zapewnienie, że opcje wsparcia bytowego są **dostosowane do kontekstu i promują spójność społeczności**.
- Podejmowanie kroków w celu zapewnienia, że programy wsparcia bytowego **nie uprzywilejowują pewnych grup lub nie zwiększają ryzyka konfliktu** (np. dzięki angażowaniu członków społeczności z różnych grup – w tym kobiet – w tworzenie map ryzyka oraz identyfikację strategii ograniczania ryzyka i zapewniania ochrony).
- Prowadzenie **w społeczności lokalnej działań z zakresu MHPSS** (zob. [działanie MSP ⇨ 3.4](#)) z udziałem grup zajmujących się udzielaniem wsparcia bytowego.
 - ▶ Przeszkolenie pracowników odpowiedzialnych za bezpieczeństwo żywnościowe i wsparcie bytowe w zakresie **podstawowego wsparcia psychospołecznego**, w tym identyfikacji dzieci i dorosłych, którzy mogą potrzebować świadczeń i wsparcia z zakresu MHPSS, i kierowania ich do odpowiednich służb i specjalistów (zob. [działanie MSP ⇨ 3.2](#)).
 - ▶ Uwzględnienie **kluczowych informacji na temat zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego** (zob. [działanie MSP ⇨ 3.3](#)) w działaniach z zakresu zapewnienia wsparcia bytowego.
 - ▶ Zaspokojenie **potrzeb dotyczących bezpieczeństwa żywnościowego w ramach działań z zakresu MHPSS**, na przykład realizacja inicjatyw dotyczących bezpieczeństwa żywnościowego z udziałem grup środowiskowych (zob. [działanie MSP ⇨ 3.4](#)) oraz zapewnienie bezpieczeństwa żywnościowego osobom przebywającym w szpitalach psychiatrycznych i placówkach opieki (zob. [działanie MSP ⇨ 3.14](#)).
 - ▶ Ułatwienie **dostępu do wsparcia bytowego** osobom z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnością psychospołeczną oraz ich rodzinom.
 - ▶ Nawiązanie kontaktu z istniejącymi już wcześniej **grupami środowiskowymi** (zob. [działanie MSP ⇨ 3.4](#)), aby ułatwić tworzenie wewnątrz społeczności grup nastawionych na zapewnienie wsparcia bytowego.
 - ▶ Monitoring **efektów i wyników działań związanych z MHPSS** (takich jak poprawa dobrostanu w wyniku zastosowania podejścia partycypacyjnego w projektowaniu programów zapewniających wsparcie bytowe).

 Zob. [odpowiednie zasoby](#) na platformie internetowej MHPSS MSP.

JAK WYGLĄDA STRUKTURA PAKIETU MHPSS MSP?

Działania MHPSS MSP są zorganizowane w następujący sposób:

- | | | |
|-----------------|---|--|
| Część 1. |  | <p>Koordinacja i ocena międzyagencyjna i międzysektorowa</p> <p>Część ta obejmuje działania mające na celu zapewnienie skutecznej międzyagencyjnej i międzysektorowej koordynacji i analizy, co jest szczególnie istotne dla technicznych grup roboczych (TWG)/grup koordynacyjnych, ponieważ ich działanie opiera się na koordynacji między agencjami.</p> |
| Część 2. |  | <p>Podstawowe elementy wszystkich programów MHPSS</p> <p>Część ta obejmuje działania niezbędne dla jakości i efektywnego administrowania wszystkimi programami MHPSS (np. projektowanie programów, monitoring i ewaluacja). Działania te powinny być realizowane przez wszystkie organizacje zaangażowane w jakikolwiek rodzaj działalności MHPSS.</p> |
| Część 3. |  | <p>Zadania programu MHPSS</p> <p>Niniejsza część obejmuje działania programu MHPSS, które powinny zostać wybrane przez agencje w oparciu o ich możliwości i potrzeby niezaspokojone w ramach ogólnej interwencji.</p> |
| Część 4. |  | <p>Działania i kwestie do rozważenia, dotyczące specyficznych okoliczności</p> <p>Niniejsza część obejmuje działania programu MHPSS, dotyczące specyficznych okoliczności, które powinny zostać wybrane przez agencje na podstawie kontekstu, w oparciu o ich możliwości oraz potrzeby niezaspokojone w ramach ogólnej interwencji.</p> |

Należy zwrócić uwagę, że działania programowe (w sekcjach 3 i 4) nie są wymienione w kolejności priorytetów ani chronologii. Wszystkie te działania powinny być realizowane na zasadzie koordynacji między agencjami.

Prezentacji każdego działania z pakietu MSP towarzyszą:

- ▶ **Lista podstawowych działań:** lista kontrolna czynności, jakie należy wykonać, aby działanie było zrealizowane bezpiecznie i skutecznie.
- ▶ **Możliwe działania uzupełniające:** lista kontrolna powiązanych czynności uzupełniających, które można uszeregować według ich priorytetu, w zależności od potrzeb wynikających z określonego kontekstu oraz dostępnych zasobów.
- ▶ **Łącze do odpowiednich wytycznych, standardów i narzędzi:** zasoby te dostarczają dodatkowych wskazówek, wspierających planowanie i realizację działania i są dostępne na [platformie internetowej MHPSS MSP](#).

DZIAŁANIE	
Podstawowe działania	
✓	
✓	
Możliwe działania uzupełniające	
✓	
✓	
Wytyczne, standardy i narzędzia	
	Kliknij tutaj , aby uzyskać dostęp do odpowiednich wytycznych, standardów i narzędzi.

Produkt MHPSS MSP jest własnością IASC. Na [platformie internetowej MHPSS MSP](#) znajdują się dodatkowe załączniki, linki i narzędzia, pochodzące od szerokiego grona partnerów humanitarnych, które mogą ułatwić wdrożenie, ale nie są integralną częścią produktu.

CZY PAKIET MHPSS MSP DOTYCZY TYLKO SYTUACJI ZWIĄZANYCH Z POMOCĄ HUMANITARNĄ?



Celem MHPSS MSP jest reagowanie na potrzeby związane z zapewnieniem świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego we wszelkich przypadkach nowych, cyklicznych lub przedłużających się sytuacji kryzysowych o charakterze humanitarnym, które wymagają **skoordynowanej reakcji międzynarodowej**. Przypadki te obejmują konflikty zbrojne, klęski żywiołowe i sytuacje kryzysowe dotyczące zdrowia publicznego, takie jak epidemie chorób zakaźnych. Wiele działań uwzględnionych w MHPSS MSP będzie również istotnych **w sytuacjach kryzysowych o mniejszej skali**, dla zapewnienia **gotowości w celu zmniejszenia ryzyka związanego z klęskami żywiołowymi oraz dla długoterminowego programowania rozwojowego** (zob. również dodatkowe zasoby wymienione w tabeli poniżej).

Ze względu na to, że kryzysy humanitarne mają długotrwały wpływ na zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny należy przy odbudowie systemów i świadczeń zadbać o ich stałe ulepszenie.⁵

Od **początku** sytuacji kryzysowej należy zaplanować, jak stworzyć lub odtworzyć zrównoważone rządowe i obywatelskie systemy opieki, obejmujące obszar zdrowia, świadczeń socjalnych, bezpieczeństwa, edukacji i inne odpowiednie sektory⁶ oraz zachęcać grupy marginalizowane do włączenia się w te systemy.⁷ Reakcja w ramach MHPSS powinna zatem przyczynić się do długoterminowej odbudowy i rozwoju, **wspierając powiązanie pomiędzy pomocą humanitarną a rozwojem**.



Projekty pilotażowe, zapewniające krótkoterminowe finansowanie kryzysowe, mogą potwierdzić słuszność koncepcji poprawy świadczeń i mogą stworzyć impuls do pozyskania dalszego wsparcia i finansowania **długoterminowego rozwoju systemu**.

Zob. [odpowiednie zasoby na temat gotowości na wypadek sytuacji kryzysowych oraz długoterminowego programowania stabilności systemu](#), dostępne na platformie internetowej MHPSS MSP.

5 Charlson F. et al. (2019). [New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis](#). The Lancet 394, pp. 240-248.

6 CHS Alliance, Groupe URD and Sphere Association (2018). [Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability](#).

7 UNICEF (2019). [Guidelines to Strengthen the Social Service Workforce for Child Protection](#).

CZY DLA UZASADNIENIA REALIZACJI ZADAŃ Z ZAKRESU MHPSS MSP KONIECZNE JEST PRZEPROWADZENIE ANALIZY POTRZEB, ZWIĄZANYCH ZE ZDROWIEM PSYCHICZNYM I WSPARCIEM PSYCHOSPOŁECZNYM?



Ocena potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego nie jest niezbędna do uzasadnienia realizacji działań w ramach pakietu MHPSS MSP, ponieważ wszystkie społeczności dotknięte sytuacją kryzysową wykazują znaczące potrzeby w tym zakresie.

Zarazem jednak analizy sytuacji i oceny potrzeb i zasobów z zakresu MHPSS są ważne z punktu widzenia **planowania, projektowania i kontekstualizacji działań w ramach pakietu MSP** (zob. *działania MSP* ⇒ 1.2 oraz ⇒ 2.1).

Ponadto **analiza luk w zakresie podstawowych świadczeń z zakresu MHPSS na wybranych obszarach geograficznych** może wspomóc podejmowanie decyzji dotyczących działań i czynności w ramach MSP, które należy zainicjować, wzmocnić lub rozbudować (see [MHPSS MSP Gap Analysis Tool](#)).⁸

W JAKI SPOSÓB MOŻNA USTALIĆ PRIORYTETY DLA GRUP I OSÓB NARAŻONYCH NA PODWYŻSZONE RYZYKO I DOTRZEĆ DO NICH W RAMACH DZIAŁAŃ I ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU MHPSS MSP?

Populacyjna dostępność działań i świadczeń z zakresu MHPSS (zwłaszcza na wstępnym etapie sytuacji kryzysowej bądź kiedy zasoby są niewystarczające w stosunku do potrzeb) będzie często początkowo ograniczona, ale **powinna być stopniowo zwiększana w miarę upływu czasu**.



Osoby zaliczane do grup ryzyka powinny być proaktywnie włączane do programu, aby zapewnić im dostęp do świadczeń i działań z zakresu MHPSS, udostępnianych ogółowi społeczeństwa.



O tym, kogo uważa się za osoby szczególnie zagrożone decyduje kontekst.⁹ **Każda sytuacja kryzysowa wymaga zatem dokonania specyficznej dla danego kontekstu analizy czynników ryzyka i grup podwyższonego ryzyka.**



Osoby i grupy zagrożone mogą obejmować dorosłych i dzieci, którzy:

- ▶ Są uchodźcami, migrantami, osobami wewnątrznie przesiedlonymi, bezpaństwowcami lub osobami powracającymi do kraju;
- ▶ Mają obawy dotyczące zapewnienia im bezpieczeństwa (np. zostały poddane różnym formom przemocy, nadużyciom, wyzyskowi, przemocy ze względu na płeć bądź były ofiarami handlu ludźmi itp.);
- ▶ Doświadczają poważnych czynników stresogennych o charakterze społecznym i ekonomicznym;
- ▶ Są osobami z niepełnosprawnością fizyczną, poznawczą lub sensoryczną lub doświadczają poważnych lub przewlekłych chorób fizycznych;
- ▶ Przeżyły traumatyczne doświadczenia związane z użyciem materiałów wybuchowych;
- ▶ Są w ciąży;
- ▶ Doświadczają ostrych niedoborów żywieniowych (np. osoby opiekujące się niemowlętami, objętymi programami dożywiania w sytuacjach kryzysowych);
- ▶ Doświadczają poważnego cierpienia psychologicznego;
- ▶ Mają zaburzenia psychiczne, neurologiczne lub związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych (PNS) lub doświadczają powiązanych z nimi niepełnosprawności psychospołecznych lub intelektualnych (np. dzieci z zaburzeniami rozwoju);
- ▶ Mają ograniczone wsparcie rodzinne lub społeczne (np. rodzice samotnie wychowujący dzieci, dzieci bez opieki, dzieci nie uczęszczające do szkoły, wdowy, osoby starsze);
- ▶ Doświadczły tortur lub przemocy zbrojnej;
- ▶ Są zagrożonymi osobami w starszym wieku;
- ▶ Należą do grup, które doświadczają marginalizacji lub dyskryminacji (np. mniejszości etniczne, osoby identyfikujące się jako lesbijki, geje, biseksualiści, osoby transpłciowe, interseksualne i queer (LGBTIQ+), kobiety i dziewczęta).

⁸ Informacje o tym, jak działania w ramach MSP odpowiadają kodom działań przypisanych w IASC (2014) MHPSS 4Ws, są dostępne na [platformie internetowej MHPSS MSP](#).

⁹ Zob. również s. 2-3 w publikacji Stalego Komitetu Międzyagencyjnego (2007). [IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings](#).

Aby uniknąć fragmentacji i stygmatyzacji, działania i świadczenia z zakresu MHPSS adresowane do osób z grup ryzyka powinny być **zintegrowane z istniejącymi systemami i świadczeniami o szerszym zasięgu** (np. istniejącymi w społeczności lokalnej mechanizmami wsparcia, systemami edukacyjnymi, wsparciem bytowym czy powszechną opieką zdrowotną). Należy także podjąć wysiłki, mające na celu dotarcie do odpowiednich podgrup populacji dotkniętej kryzysem, np. osób, które doświadczyły przemocy, w tym przemocy na tle seksualnym (GBV), bądź osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, i zaangażowanie ich w działania. Działania mające szerszy zasięg i lepiej wkomponowane w ogólny zakres świadczeń docierają do większej liczby osób, są często bardziej stabilne w perspektywie długoterminowej i zwykle są bardziej akceptowane przez członków społeczności.¹⁰



Najbardziej skuteczne sposoby dotarcia do grup ryzyka zależą od kontekstu i mogą obejmować:

- ▶ **Współpracę z lokalnymi organizacjami społecznymi**, liderami społeczności, animatorami i pracownikami terenowymi, którzy cieszą się zaufaniem i mają kontakty z konkretnymi grupami.
- ▶ **Udoskonalenie ścieżek przekierowań dla osób potrzebujących pomocy**, opracowanych dzięki międzysektorowej koordynacji działań odpowiednich agencji rządowych i humanitarnych.
- ▶ **Organizowanie w społeczności lokalnej działań**, angażujących jej członków, podejmowanie dyskusji i rozpowszechnianie informacji o MHPSS oraz dostępnych usługach i działaniach (*zob. działanie MSP → 3.3*).
- ▶ **Zapewnienie działań pomocowych i programów dostępnych w trybie zdalnym i mobilnym** (*zob. informacje na temat priorytetu → 18* oraz *zob. zasoby na temat świadczeń z zakresu MHPSS dla grup ryzyka dostępne na platformie internetowej MHPSS MSP*).

Sposoby zapewnienia, że świadczenia i działania z zakresu MHPSS MSP są dostępne, inkluzywne i odpowiednie, również zależą od kontekstu i mogą obejmować:

- ▶ **Ułatwienie dostępności** (np. zapewnienie transportu, oferowanie opieki nad dziećmi, elastyczne i dostosowane godziny pracy, wybór lokalizacji lub zapewnienie świadczeń w trybie mobilnym lub zdalnym).¹¹
- ▶ Stosowanie **uniwersalnych zasad projektowania**¹² w odniesieniu do obiektów i sprzętu, zapewnienie rozsądnych środków dostosowawczych,¹³ oraz zapewnienie komunikacji i zasobów w formach dostępnych dla osób z niepełnosprawnościami.¹⁴
- ▶ **Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa** (np. poufności danych osobowych).
- ▶ **Przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji** (np. poprzez podnoszenie świadomości społecznej i działania na rzecz osób dyskryminowanych).
- ▶ Zapewnienie, że **potrzeby konkretnych grup są zaspokajane** (np. włączenie informacji o zaburzeniach rozwojowych i zaburzeniach zdrowia psychicznego do programów skierowanych do rodziców, dostosowanie niektórych działań z zakresu MHPSS do potrzeb mężczyzn i chłopców).



W wielu kontekstach związanych z przesiedleniami, **ludności przyjmującej uchodźców**, która nie jest bezpośrednio dotknięta kryzysem humanitarnym należy zapewnić dostęp do odpowiednich świadczeń i wsparcia z zakresu MHPSS.

KLUCZOWE TERMINY

Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne (Mental health and psychosocial support – MHPSS): Kompleksowy termin „wsparcie zdrowia psychicznego i wsparcie psychospołeczne” jest używany w tym dokumencie do opisanego rodzaju wsparcia lokalnego lub zewnętrznego, które ma na celu ochronę lub promowanie dobrostanu psychospołecznego lub zapobieganie bądź leczenie zaburzeń zdrowia psychicznego.¹⁵

Potrzeby z zakresu MHPSS obejmują szeroki zakres zagadnień, w tym problemy interpersonalne, cierpienie emocjonalne, częste zaburzenia psychiczne (takie jak depresja i zaburzenia lękowe, np. zespół stresu pourazowego – PTSD), ciężkie zaburzenia psychiczne (takie jak psychoza), nadużywanie alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz niepełnosprawność intelektualną.

¹⁰ Zob. str. 11 w *Inter-Agency Standing Committee (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.*

¹¹ *Zob. priorytet → 18.*

¹² UNICEF (2020). *Not just hotlines and mobile phones: GBV service provision during Covid-19.* „Projektowanie uniwersalne” oznacza takie zaprojektowanie i ukształtowanie otoczenia lub dowolnego budynku, produktu lub świadczenia w tym środowisku, aby były one dostępne, zrozumiałe i użyteczne w jak największym stopniu dla wszystkich ludzi, niezależnie od ich wieku, postury, sprawności lub niepełnosprawności.

¹³ „Rozsądne dostosowanie” oznacza wprowadzenie, w razie potrzeby, niezbędnych i odpowiednich modyfikacji i adaptacji, które nie stanowią nieproporcjonalnego lub nadmiernego ciężaru, w celu zapewnienia osobom z niepełnosprawnościami możliwości korzystania z wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności na takich samych zasadach jak innym osobom.

¹⁴ Humanity and inclusion (2009). *How to design and promote an environment accessible to all?*

Zgodnie z art. 3 Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami (CRPD) komunikacja obejmuje języki (mówiony i migowy), wyświetlanie tekstu, alfabet Braille'a, komunikację dotykową, druk dużą czcionką, dostępne multimedia, jak również wyrażone prostym językiem komunikaty pisemne, dźwiękowe, czytane przez człowieka oraz z wykorzystaniem rozszerzonych i alternatywnych sposobów, środków i form komunikacji, w tym dostępnej technologii informacyjno-komunikacyjnej (ICT).

¹⁵ Inter-Agency Standing Committee (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.*

Zaburzenie zdrowia psychicznego: Jest to szeroki termin obejmujący zaburzenia psychiczne i niepełnosprawność psychospołeczną. Obejmuje również inne stany psychiczne, związane z silnym cierpieniem psychicznym, niepełnosprawnością w funkcjonowaniu lub ryzykiem samookaleczenia.¹⁶

Osoby z niepełnosprawnościami (dorośli, dzieci, młodzież) to osoby, które mają długotrwale naruszoną sprawność sensoryczną, fizyczną, psychospołeczną, intelektualną lub są dotknięte inną niepełnosprawnością, która w połączeniu z różnymi barierami może uniemożliwiać im dostęp do programów humanitarnych, świadczeń lub opieki, a także korzystanie z nich.¹⁷

Niepełnosprawność psychospołeczna: Wytyczne IASC w sprawie włączania osób z niepełnosprawnościami w działania humanitarne definiują „niepełnosprawność psychospołeczną” jako „utrudnienia w zakresie uczestnictwa w życiu społecznym i dostępu do praw”, wynikające „z barier, które wiążą się ze zdrowiem psychicznym lub uwarunkowaniami poznawczymi bądź z zaburzeniami zachowania, postrzeganymi jako nieakceptowalne społecznie”. Terminu tego zwykle używa się w odniesieniu do osób z bardziej trwałym lub nawracającym zaburzeniem w funkcjonowaniu, które napotykają na systematyczne wykluczenie i bariery dotyczące uczestnictwa w życiu społecznym. Termin ten nie powinien być stosowany w odniesieniu do osób z przejściowymi zaburzeniami zdrowia psychicznego, które szybko wracają do zdrowia, czasami w odpowiedzi na interwencje MHPSS, ani do osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego, które nie wiążą się z długotrwałą niepełnosprawnością. Podczas kryzysów humanitarnych, cierpienie psychiczne prowadzące do zaburzeń w funkcjonowaniu jest często przejściowe i ważne jest, aby nie określać takiego stanu jako choroby lub niepełnosprawności.¹⁸ Chociaż definicje i terminy mogą się różnić, kluczowym aspektem jest trwała lub powtarzająca się niesprawność funkcjonalna, która w interakcji z różnymi barierami może utrudniać danej osobie pełne i skuteczne uczestnictwo w działaniach oraz dostęp do świadczeń.

NA PODSTAWIE JAKICH KRYTERIÓW ZDECYDOWANO, CO POWINNO ZNALEŻĆ SIĘ W PAKIECIE MHPSS MSP?

Podstawowy pakiet świadczeń obejmuje działania, które:

- ▶ Mają na celu promowanie i poprawę **zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego** oraz **zmniejszenie cierpienia**;
- ▶ Koncentrują się na problemach, które są **powszechne lub dotkliwe**;
- ▶ Zostały określone jako **priorytety** w **kluczowych dokumentach zawierających wytyczne** i opublikowanych **przeeglądach eksperckich**, takich jak podręcznik „The Sphere Handbook”, wytyczne i zasoby IASC MHPSS, minimalne standardy zapewnienia bezpieczeństwa dzieciom, międzyagencyjne minimalne standardy dla GBV w programowaniu kryzysowym, minimalne standardy INEE w zakresie edukacji, wytyczne IASC w sprawie włączania osób z niepełnosprawnościami w działania humanitarne, czy wytyczne dotyczące opieki nad dzieckiem we wczesnym etapie rozwoju (Nurturing Care Framework);
- ▶ Są oparte na **najlepszych dostępnych danych naukowych**;
- ▶ Są **opłacalne w danej skali** i opierają się na analizie efektywności kosztowej i innych czynników, wpływających na stosunek wartości do ceny;
- ▶ Propagują **prawa człowieka** i wspierają działania chroniące zagrożone populacje przed naruszeniami tych praw (np. zaniedbaniem, wyzyskiem, przemocą, znęcaniem się, dyskryminacją);
- ▶ **Mogą zostać zrealizowane** w większości kontekstów występujących w różnych fazach sytuacji kryzysowej (tj. pomimo braku bezpieczeństwa, ograniczonych zasobów ludzkich, ograniczeń logistycznych i innych ograniczeń właściwych dla kryzysów humanitarnych);
- ▶ Mogą zostać wdrożone w ciągu **12 miesięcy**;
- ▶ Dają się **dostosować i są akceptowalne** w różnych kulturach i kontekstach;
- ▶ Są **gotowe do wdrożenia** (np. dzięki dostępności globalnych wytycznych/podręczników wspomagających ich realizację).

¹⁶ WHO (2022). *World Mental Health Report: Transforming mental health for all*.

¹⁷ Zob. *Konwencja Narodów Zjednoczonych o prawach osób z niepełnosprawnościami* oraz *Wytyczne IASC w sprawie włączania osób z niepełnosprawnościami w działania humanitarne* (2019).

¹⁸ Inter-Agency Standing Committee (2019), *Wytyczne IASC w sprawie włączania osób z niepełnosprawnościami w działania humanitarne*, s. 74.

Ogólne zasady i zagadnienia

Poniższe ogólne zasady i zagadnienia mają istotne znaczenie dla realizacji zadań z zakresu MHPSS MSP.¹⁹



Propagowanie praw człowieka i równości wszystkich ludzi dotkniętych kryzysem, poprzez ochronę tych osób i grup, które są bardziej zagrożone naruszeniami praw człowieka. Propagowanie zasady niedyskryminacji i proaktywnej integracji grup ryzyka w celu zapewnienia im równego dostępu do działań w zakresie MSP na różnych obszarach geograficznych zidentyfikowanych jako strefy kryzysowe (zob. również materiał przeglądowy nt. ustalania priorytetów dotyczących grup ryzyka i dotarcia do nich w ramach działań z zakresu MHPSS MSP: → [How can groups and persons at increased risk be prioritized and reached with MHPSS MSP activities and services?](#)).



Zapewnienie integracji społecznej i uczestnictwa: Zapewnienie włączenia wszystkich grup dotkniętych kryzysem w proces oceny, projektowania, wdrażania, monitoringu i ewaluacji działań podjętych w reakcji na kryzys, jak również w działania z zakresu MHPSS. W celu ułatwienia tego procesu należy zapewnić, że zainteresowane strony reprezentujące wszystkie grupy, zwłaszcza te najbardziej zagrożone, mają dostęp do tych świadczeń i mogą w nich uczestniczyć w jak największym stopniu i od najwcześniejszej fazy sytuacji kryzysowej. Kluczowym aspektem jest wykorzystanie istniejącego potencjału danej społeczności w zakresie świadczeń na rzecz zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego, jako że to członkowie społeczności są zazwyczaj pierwszymi osobami udzielającymi pomocy, zwłaszcza na samym początku sytuacji kryzysowej. Należy włączyć w te procesy osoby w różnym wieku i różnej płci oraz osoby o zróżnicowanych cechach, np. różne grupy etniczne, mniejszości, osoby LGBTIQ+, osoby o zróżnicowanych cechach w zakresie orientacji seksualnej, tożsamości i ekspresji płciowej (SOGIESC), a także osoby z niepełnosprawnościami. Należy promować działania lokalne, bazujące na istniejących zasobach, poprzez przekazywanie uprawnień decyzyjnych i dodatkowych zasobów podmiotom rządowym, władzom lokalnym, lokalnym organizacjom partnerskim (w tym organizacjom zrzeszającym osoby z doświadczeniem zaburzeń zdrowia psychicznego i niepełnosprawności psychospołecznej) oraz społecznościom bezpośrednio dotkniętym kryzysem. Należy zapewnić, że istniejące programy z zakresu MHPSS uwzględniają problemy stygmatyzacji i dyskryminacji oraz są odpowiednio dostosowane tak, by zapewnić dostęp do nich osobom z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Tam, gdzie to niezbędne, należy świadczyć usługi za pośrednictwem wyjazdowych i mobilnych zespołów pomocowych, aby dotrzeć do konkretnych osób i społeczności.



Przed wszystkim nie szkodzić: Należy pielęgnować świadomość tego, że źle zaprojektowane lub źle zrealizowane programy MHPSS mogą powodować szkody (np. należy unikać szkodliwych praktyk leczenia; zapewnić, że działania odpowiadają przeanalizowanym potrzebom; zobowiązać się do ciągłego monitoringu, ewaluacji, uczenia się i odpowiedzialności; wspierać działania oparte na dowodach naukowych i odpowiednie pod względem kulturowym; uwzględniać relacje hierarchiczne pomiędzy grupami uczestniczącymi w działaniach podejmowanych w sytuacjach kryzysowych; zapewnić egzekwowanie kodeksów postępowania obowiązujących personel organizacji humanitarnych, które zapobiegają wykorzystywaniu seksualnemu i przemocy seksualnej; oraz przestrzeganie humanitarnych zasad neutralności, bezstronności, człowieczeństwa i niezależności). Należy zagwarantować, że wszystkie programy z zakresu MHPSS są nadzorowane i wspierane przez odpowiednio wykwalifikowany personel. Należy przestrzegać procedur bezpiecznej rekrutacji i ochrony przy zatrudnianiu pracowników, którzy będą mieli kontakt z dziećmi i innymi grupami podwyższonego ryzyka (np. sprawdzanie referencji, rejestrów karnych/policji, oświadczenia potwierdzające brak wcześniejszych istotnych wyroków, dochodzeń lub skarg, rozmowy mające na celu ocenę odpowiednich postaw, doświadczeń i poglądów na temat ochrony, kodeksów postępowania i powiązanych zasad).^(ibid.)




Należy zadbać o przestrzeganie zasad odpowiedzialność wobec ludności dotkniętej kryzysem: Odpowiedzialność wobec ludności dotkniętej kryzysem (AAP) ma na celu zapewnienie, że wszystkie zagrożone i dotknięte kryzysem społeczności, wspierane w ramach akcji humanitarnych są w stanie rozliczać organizacje humanitarne z wspierania i ochrony praw tych społeczności, osiągania skutecznych rezultatów, uwzględniania ich potrzeb, problemów i preferencji oraz działania w sposób, który pozytywnie wpływa na ich godność, możliwości i odporność. Populacje dotknięte kryzysem powinny mieć świadomość standardów postępowania, jakich oczekuje się od personelu niosącego pomoc humanitarną, oraz powinny mieć dostęp do bezpiecznych i poufnych mechanizmów składania skarg, w tym skarg dotyczących wykorzystywania seksualnego i nadużyć.²⁰



19 Zob. również Kartę Zasad Humanitarnych i Zasad Ochrony opisanych w podręczniku [The Sphere Handbook](#). Dodatkowe, kluczowe zasady, opisujące minimalne standardy dotyczące przemocy ze względu na płeć oraz bezpieczeństwa dzieci znajdują się w dokumentach [GBV Minimum Standards](#) oraz [Child Protection Minimum Standards](#).

20 Więcej informacji na temat AAP można uzyskać pod adresem [IASC AAP Operational Framework](#); oraz na stronie udostępniającej informacje, narzędzia i wytyczne UNICEF na temat AAP, zob. <https://www.corecommitments.unicef.org/cc-2-1> i <https://www.corecommitments.unicef.org/aap>.



Należy uzyskać świadomą zgodę/przyzwolenie i zapewnić bezpieczne praktyki w zakresie dzielenia się informacjami: Każda osoba ma prawo wyboru, jakie informacje ujawnia i komu, a także prawo do wycofania swojej zgody w dowolnym momencie. Wszelkie ujawnione informacje należy przekazywać dalej tylko po uzyskaniu świadomej zgody. Świadoma zgoda oznacza, że informacje przekazane przez kogoś lub o kimś są udostępniane tylko wtedy, gdy osoba ta rozumie, co ma być udostępnione, komu, w jaki sposób informacje zostaną wykorzystane oraz jakie ryzyko i korzyści wiążą się z przekazaniem informacji. Dzieci poniżej 16 roku życia (według polskiego prawa) powinny uzyskać zgodę swojego opiekuna. Dzieci powyżej 16 roku życia mogą wyrazić „świadome przyzwolenie”.²¹ Należy uzyskać zgodę na przekazywanie informacji i przekierowanie osób korzystających ze świadczeń pomocowych do odpowiednich podmiotów. Organizacje, które regularnie zajmują się przekierowywaniem podopiecznych na świadczenia powinny posiadać jasne procedury udostępniania informacji i ochrony danych.²² Udostępnianie informacji musi odbywać się z poszanowaniem zasad poufności, ograniczać się wyłącznie do informacji niezbędnych i musi odbywać się zgodnie z procedurami (*zob. priorytet*  19).



Należy zagwarantować poufność, a zarazem przestrzegać zasad obowiązkowego raportowania: Poufność wiąże się z zagwarantowaniem prywatności i bezpieczeństwa osób, ich rodzin i szerszych społeczności. Osoby pracujące w organizacjach humanitarnych muszą znać prawo kraju, w którym działają, i mieć świadomość, że istnieją oficjalne obowiązki, dotyczące zgłaszania pewnych zdarzeń. Prawa krajowe kryminalizują niektóre czyny (takie jak wykorzystywanie dzieci, gwałt, przemoc lub terroryzm, a w niektórych krajach samobójstwo i samookaleczenie) i mogą wymagać od świadczeniodawców z sektora MHPSS, w tym pracujących w służbie zdrowia, ochronie, edukacji i świadczących pomoc w zakresie GBV, zgłaszania tych czynów na policję lub do innych służb państwowych. Obowiązek powiadomienia może być sprzeczny z zasadami poufności, opieki i pomocy skoncentrowanej na osobie, a w szczególności z podejściem skoncentrowanego na uwzględnieniu najlepszego interesu osoby po traumatycznych doświadczeniach (*zob. priorytety*  28 oraz  30).²³ Niektóre osoby mogą nie chcieć ujawnić swoich doświadczeń, a uczynienie tego może narazić je (lub ich rodziny) na dalsze ryzyko. Istotne jest, aby osoby udzielające świadczeń omówiły, jak powinien wyglądać najlepszy sposób postępowania w każdym przypadku. Świadczeniodawcy muszą, podczas procesu uzyskiwania świadomej zgody oraz przed świadczeniem usług związanych z MHPSS, wyjaśnić swoim klientom ograniczenia poufności, tak by mogli oni podjąć świadome decyzje dotyczące tego, co zdecydują się ujawnić świadczeniodawcom ze względu na przepisy dotyczące obowiązkowego raportowania.



Należy wykorzystać dostępne zasoby poprzez współpracę z podmiotami rządowymi i organizacjami społeczeństwa obywatelskiego oraz z samymi osobami poszkodowanymi, co umożliwi budowanie potencjału lokalnego, wspieranie samopomocy, wzmacnianie już istniejących zasobów oraz takie dostosowywanie nowych inicjatyw, aby uzupełniały i doskonaliły obecnie prowadzone działania.



Należy rozwijać zintegrowane systemy wsparcia, tak by zadania z zakresu MHPSS były ściśle powiązane ze sobą, z innymi działaniami podejmowanymi w reakcji na sytuacje kryzysowe oraz z odpowiednimi formalnymi i nieformalnymi systemami (np. istniejącymi mechanizmami wsparcia w ramach społeczności lokalnej, formalnymi/nieformalnymi systemami szkolnictwa, powszechną służbą zdrowia, pomocą społeczną itp.) Należy wspierać silne relacje i powiązania między sektorami i świadczeniami, aby stworzyć wzajemnie wzmacniającą się sieć wsparcia, obejmującą poziom jednostki, rodziny, społeczności i społeczeństwa.



Należy zapewniać pomoc na przestrzeni całego życia, udzielając świadczeń z zakresu MHPSS, uwzględniających pełne spektrum potrzeb, zagrożeń i mocnych stron występujących na różnych jego etapach. Należy podjąć szczególne wysiłki, aby zrozumieć i zaspokoić potrzeby osób we wrażliwych fazach rozwoju i na tych etapach życia, kiedy osoby te są bardziej podatne na zagrożenia, co dotyczy między innymi niemowląt, małych dzieci, młodzieży i dorosłych osób w starszym wieku. Przy opracowywaniu zadań w ramach MHPSS należy dążyć do udziału w tym programie osób reprezentujących różne etapy życia, w tym dzieci i młodzieży oraz osób w starszym wieku, tak aby wykorzystać różnorodność ich doświadczeń i zapewnić adekwatność i skuteczność świadczeń w różnych grupach wiekowych.



Należy podjąć działania ukierunkowane na problematykę nierówności płci: Podmioty realizujące zadania w ramach MHPSS muszą uwzględniać specyficzne potrzeby kobiet, mężczyzn, chłopców i dziewcząt zarówno w odniesieniu do biologicznych różnic płci, jak i różnic społeczno-kulturowych. Podmioty realizujące zadania i świadczenia w ramach MHPSS muszą rozumieć normy i tradycje społeczne, które stawiają kobiety i dziewczęta, a także chłopców i mężczyzn na nierównych pozycjach pod względem ich doświadczeń, silnych i słabych stron, a także wpływają na ich strategie radzenia sobie z trudnościami, podejście do szukania pomocy, czy poszukiwanie dostępu do zasobów wsparcia. Programy powinny również promować równość płci, a ich fundamentem powinny być prawa człowieka. Oznacza to, że podmioty zajmujące się pomocą humanitarną muszą ze sobą współpracować w różnych sektorach, aby jednocześnie podejmować działania związane z różnymi wymiarami nierówności płci. Mogą one również obejmować zwalczanie szkodliwych norm kulturowych i stereotypów związanych z męskością i kobiecością (np. poprzez promowanie zmian w relacjach między płciami, a także poprzez dostęp do możliwości i zasobów). Na przykład kobiety w nieproporcjonalnym stopniu ponoszą ciężar opieki nad dziećmi, osobami starszymi, osobami z zaburzeniami psychicznymi i osobami z niepełnosprawnościami, co wpływa na ich możliwości dostępu do usług wsparcia i ogranicza czas dostępny na edukację, zapewnienie środków do życia i życie społeczne. Działania i świadczenia należy projektować z uwzględnieniem tych kwestii, między innymi poprzez wspieranie kobiet w korzystaniu ze świadczeń dzięki zapewnieniu dogodnych godzin otwarcia oraz ułatwieniu opieki nad dziećmi i transportu w razie potrzeby; zajęcie się kwestiami ochrony kobiet i dziewcząt, które mogą być przeszkodą w uczestnictwie oraz zachęcanie mężczyzn do podejmowania obowiązków związanych z opieką. Należy zauważyć, że tradycyjne normy dotyczące płci mają również duży wpływ na zdrowie psychiczne i samopoczucie mężczyzn i chłopców. Na przykład mężczyźni mogą zmagać się z rygorystycznymi i nierealistycznymi oczekiwaniami dotyczącymi męskości, które mogą prowadzić do negatywnych zachowań i mechanizmów radzenia sobie z przeciwnościami. Społeczne koncepcje męskości mogą sprzyjać pracy dzieci, przemocy w gangach, rezygnacji ze szkoły i rekrutacji do grup zbrojnych. Programy humanitarne powinny więc uwzględniać aspekty związane z płcią, co obejmuje dostosowanie ich do potrzeb różnych grup, zapewnienie dostępności i promowanie równości płci.²⁴

21 „Świadome przyzwolenie” oznacza wyrażenie chęci skorzystania ze świadczeń. W przypadku młodszych dzieci, które z definicji są zbyt małe, aby wyrazić świadomą zgodę, ale wystarczająco duże, aby zrozumieć i zgodzić się na udział w świadczeniach, dąży się do uzyskania „świadomego przyzwolenia” dziecka. Świadome przyzwolenie to wyrażenie przez dziecko chęci skorzystania ze świadczeń. International Rescue Committee/UNICEF (2012). *Caring for Child Survivors of Sexual Abuse: Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings*; oraz The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action (2019). *Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action*, 3.3.8: Świadoma zgoda/pryzwolenie.

22 IASC (2017). *Inter-Agency Referral Form and Guidance Note*.

23 Zob. UNHCR (2021). *UNHCR Best Interests Procedure Guidelines: Assessing and Determining the Best Interests of the Child* oraz konwencja ONZ (2013). *Convention on the Rights of the Child*.

24 Zob. też UNICEF & UNFPA (2021). *Technical Note on Gender Responsive and/or Transformative Approaches* oraz UNICEF (2022). *Technical Note on Gender in Adolescent Mental Health*.



Priorytet 12: Skuteczność zadań realizowanych w ramach MHPSS będzie ograniczona, jeżeli nie zostaną zaspokojone podstawowe potrzeby danej osoby w zakresie bezpieczeństwa

Interwencje z zakresu MHPSS, takie jak zajęcia grupowe i ukierunkowane wsparcie indywidualne mogą mieć ograniczony wpływ, jeśli dana osoba jest narażona na ciągłe wykorzystywanie, zaniedbywanie lub przemoc. Należy to uwzględnić w koordynacji świadczeń dla poszczególnych osób tak, aby pilne potrzeby zostały zaspokojone w najbardziej efektywny sposób. Jest to szczególnie ważne w przypadku dzieci, ponieważ często są one mniej zdolne do komunikowania swoich priorytetów i zazwyczaj mają mniejszą niż dorośli możliwość przeciwdziałania zagrożeniom dla bezpieczeństwa lub ich unikania. Inne grupy podwyższonego ryzyka, takie jak osoby starsze i osoby o niestandardowej orientacji seksualnej i tożsamości płciowej (SOGI/ESC), mogą również napotykać dodatkowe bariery (zob. [➔ "How can groups and persons at increased risk be prioritized and reached with MHPSS MSP activities and services?"](#) oraz [🔗 Resources on MHPSS for At-Risk Groups](#) na platformie internetowej MHPSS MSP). Podmioty zajmujące się świadczeniami z zakresu MHPSS i zapewnieniem bezpieczeństwa muszą ściśle ze sobą współpracować, przekazując sobie nawzajem podopiecznych. Mając na względzie pełne zaufania relacje, budowane z czasem między moderatorami a uczestnikami w trakcie zajęć grupowych ukierunkowanych na dobrostan dzieci, zajęcia te mogą być ważnym sposobem identyfikacji potrzeb w zakresie bezpieczeństwa i umożliwiać odpowiednie przekierowywanie do świadczeń i wsparcia.



Priorytet 13: Zaspokojenie potrzeb osób z niepełnosprawnościami i zapewnienie ich integracji

Osoby z niepełnosprawnościami stanowią grupę zróżnicowaną pod względem wieku, rasy, płci, tożsamości płciowej, języka, religii, pochodzenia etnicznego, przynależności do rdzennych grup ludnościowych, pochodzenia społecznego, rodzaju i stopnia niepełnosprawności oraz barier, z jakimi się spotykają. W sytuacjach kryzysowych osoby z niepełnosprawnością psychospołeczną, poznawczą lub intelektualną oraz osoby objęte opieką instytucjonalną mogą być narażone na zwiększone ryzyko pozostawiania ich samym sobie oraz na dyskryminację, przemoc, łamanie praw człowieka, zaniżoną samoocenę, wykluczenie i izolację. Mogą oni napotykać bariery w dostępie do świadczeń z zakresu MHPSS oraz w uczestniczeniu w działaniach MHPSS, wynikające z następujących czynników: ze stereotypów, uprzedzeń i stygmatyzujących przekonań, rozpowszechnionych wśród pracowników pierwszej linii (np. błędnych wyobrażeń o tym, że osoby z niepełnosprawnościami nie są w stanie podejmować decyzji lub angażować się w działania w sytuacjach kryzysowych); ograniczonych zasobów, możliwości i wiedzy personelu MHPSS w zakresie dostosowania świadczeń do potrzeb tych osób; lub ograniczonych możliwości uczestniczenia i wpływania na kształt działań MHPSS.

Polityka i programy MHPSS muszą odpowiadać zróżnicowanym potrzebom dzieci, młodzieży i dorosłych z niepełnosprawnościami oraz respektować ich prawa. Można to osiągnąć poprzez:

- ▶ Włączanie problematyki niepełnosprawności do planowania, programowania i budżetowania w głównym nurcie działań MHPSS.
- ▶ Projektowanie i realizację w ramach interwencji MHPSS odpowiednio dostosowanych i racjonalnych działań w celu zapewnienia, że konkretne wymagania osób, związane z ich niepełnosprawnością, zostaną spełnione.
- ▶ Budowanie kompetencji pracowników MHPSS w zakresie wymagań komunikacyjnych osób z niepełnosprawnościami i odpowiednich strategii, takich jak podejście oparte na poszanowaniu praw, podejście dwutorowe, wspierane podejmowanie decyzji, uniwersalne projektowanie oraz uzasadnione środki dostosowawcze.



Zob. [odpowiednie zasoby](#) na platformie internetowej MHPSS MSP.

PODSUMOWANIE ZADAŃ W PAKIECIE MHPSS MSP



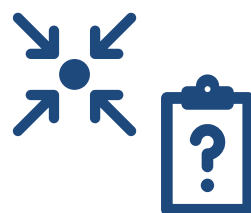
Celem pakietu MHPSS MSP jest: Zmniejszenie cierpienia oraz poprawa zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego ludności dotkniętej kryzysami humanitarnymi.

Sektory lub obszary odpowiedzialności (AoRs) zazwyczaj dobrze przygotowane do realizacji działań

Sektory lub obszary odpowiedzialności zazwyczaj dobrze przygotowane do włączenia się w realizację działań

Część 1: Koordynacja i ocena międzyagencyjna				
1.1	Wewnątrzsektorowa i międzysektorowa koordynacja działań z zakresu MHPSS			Reakcja humanitarna w zakresie MHPSS jest dobrze skoordynowana i odpowiada na kontekst, potrzeby i niedobory.
1.2	Analiza potrzeb i zasobów w zakresie MHPSS służąca jako podstawa planowania programów			
Część 2: Podstawowe elementy wszystkich programów MHPSS				
2.1	Projektowanie, planowanie i koordynacja programów MHPSS			Programy MHPSS są dobrze zaprojektowane, monitorowane i oceniane, a pracownicy otrzymują wsparcie.
2.2	Opracowanie i wdrożenie systemu monitoringu i ewaluacji (M&E)			
2.3	Dbłość o personel i wolontariuszy realizujących zadania w ramach programów MHPSS			
2.4	Wsparcie kompetencji personelu i wolontariuszy w zakresie świadczenia usług MHPSS			
Część 3: Zadania programu MHPSS				
Przekazanie podmiotom udzielającym pomocy humanitarnej i członkom społeczności lokalnej informacji na temat świadczeń z zakresu MHPSS				
3.1	Przekazanie podmiotom udzielającym pomocy humanitarnej i członkom społeczności informacji wprowadzających na temat usług z zakresu MHPSS i propagowanie zagadnień i działań związanych z MHPSS			Podmioty udzielające pomocy humanitarnej i członkowie społeczności są zaznajomieni z problematyką MHPSS i mają podstawowe umiejętności udzielania wsparcia psychospołecznego.
3.2	Przekazanie pracownikom na pierwszej linii i liderom społeczności informacji na temat podstawowych umiejętności udzielania wsparcia psychospołecznego			
Wzmocnienie samopomocy i udzielenie wsparcia społecznościom				
3.3	Rozpowszechnianie najważniejszych informacji na temat wspierania zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego			Społeczności dotknięte kryzysem mają dostęp do informacji i działań wspierających ich zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny.
3.4	Wspieranie nowych oraz istniejących wcześniej w społeczności lokalnej grupowych działań z zakresu MHPSS			
3.5	Realizacja zadań z zakresu działań wspomagających wczesny rozwój dzieci i wsparcie dla ich opiekunów			
3.6	Prowadzenie zajęć grupowych wspomagających zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny dzieci			
3.7	Wspieranie zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego opiekunów oraz wzmacnianie ich zdolności udzielania wsparcia dzieciom			
3.8	Wspieranie zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego pracowników oświaty oraz wzmacnianie ich zdolności udzielania wsparcia dzieciom			
3.9	Świadczenie usług z zakresu MHPSS w miejscach bezpiecznych dla kobiet i dziewcząt			
Zapewnienie ukierunkowanego wsparcia dla osób dotkniętych cierpieniem psychicznym lub doświadczających zaburzeń zdrowia psychicznego				
3.10	Zapewnienie opieki w zakresie zdrowia psychicznego w ramach ogólnodostępnych świadczeń zdrowotnych			Osoby dotknięte cierpieniem psychicznym lub doświadczające zaburzeń psychicznych mają dostęp do opieki, ochrony i wsparcia.
3.11	Zapewnienie usług z zakresu MHPSS w ramach opieki klinicznej nad osobami, które doświadczyły przemocy na tle seksualnym i przemocy w związku intymnym			
3.12	Rozpoczęcie lub intensyfikacja działań w zakresie interwencji psychologicznych			
3.13	Świadczenie usług z zakresu MHPSS w systemie opieki koordynowanej (Case Management)			
3.14	Ochrona osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych i innych placówkach oraz opieka nad nimi			
Część 4: Działania i kwestie do rozważenia, dotyczące specyficznych okoliczności				
4.1	Włączenie kwestii i wsparcia w zakresie MHPSS do zarządzania przypadkami klinicznymi, dotyczącymi chorób zakaźnych			Zagadnienia i działania z zakresu MHPSS są odpowiednio uwzględniane w określonych rodzajach sytuacji kryzysowych.
4.2	Zapewnienie wsparcia z zakresu zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego osobom pozbawionym wolności			

CZĘŚĆ 1



MIĘDZYAGENCYJNA KOORDYNACJA I ANALIZA DOTYCZĄCA REAGOWANIA NA POTRZEBY ZWIĄZANE ZE ZDROWIEM PSYCHICZNYM I WSPARCIEM PSYCHOSPOŁECZNYM

DZIAŁANIE

Wewnętrzna i międzysektorowa koordynacja działań z zakresu MHPSS



Podstawowe działania

1. Powołanie (lub ponowne powołanie) i utrzymywanie technicznej grupy roboczej²⁸

- ✓ Ustanowienie **jednej międzysektorowej technicznej grupy roboczej ds. MHPSS oraz, w razie potrzeby, technicznych grup roboczych na szczeblu** niższym niż krajowy.²⁹
- ✓ **Ułatwianie koordynacji między różnymi podmiotami** w celu uniknięcia dublowania działań, pokonywania przeszkód i **eliminowania luk w reagowaniu kryzysowym**, z uwzględnieniem pakietu MHPSS MSP i odpowiednich analiz.
- ✓ Ułatwienie dialogu między podmiotami rządowymi a podmiotami humanitarnymi (np. rząd, międzynarodowe organizacje pozarządowe, krajowe organizacje pozarządowe, lokalne organizacje społeczne i inni kluczowi partnerzy w obszarach takich jak zdrowie, bezpieczeństwo, edukacja, żywienie, organizacja obozów i zarządzanie nimi, zapewnienie schronienia i inne sektory) **w celu określenia specyficznych ról i zakresów odpowiedzialności związanych z MHPSS w ramach reagowania kryzysowego.**

2. Zarządzanie informacjami

- ✓ Wsparcie **analiz potrzeb w dziedzinie MHPSS** oraz uwzględnienie MHPSS w analizach potrzeb i bieżącym monitorowaniu odpowiednich sektorów w celu dostarczenia informacji na potrzeby planowania reakcji w sytuacji kryzysowej (np. przeglądy potrzeb humanitarnych, plany reagowania w sytuacji kryzysu humanitarnego i plany działań na rzecz uchodźców). Utrzymywanie wspólnego zasobu istniejących analiz potrzeb lub opracowań dotyczących danego kraju lub populacji dotkniętej kryzysem.
- ✓ Tworzenie, aktualizacja i rozpowszechnianie kompleksowych **map obejmujących podmioty, świadczenia i działania w obszarze MHPSS** (np. mapowanie usług MHPSS metodą 4Ws, analizy luk w pakiecie MSP). Regularne przeglądy luk w świadczeniach w celu uwzględnienia ich w planowaniu.
- ✓ Regularne **dzielenie się informacjami** z organizacjami humanitarnymi, działającymi w obszarze MHPSS i innymi podmiotami (np. raportami z analizy potrzeb, katalogami świadczeń oraz informacjami zebranymi w wyznaczonych grupach na stronie mhps.net).
- ✓ Opracowanie, ulepszenie, aktualizacja i wdrożenie wspólnych **ścieżek przekierowań** (np. wprowadzenie katalogu świadczeń, udostępnienie informacji o innych dostępnych świadczeniach i możliwości skierowania na nie, wspólne formularze i ścieżki przekierowań, standardowe procedury operacyjne), aby ułatwić dostęp do pełnego zakresu świadczeń i działań w ramach MHPSS oraz do dodatkowego wsparcia w zależności od potrzeb (np. zapewnienia bezpieczeństwa, w tym bezpieczeństwa dzieci i osób po doświadczeniu przemocy ze względu na płeć, wsparcia w obszarze zdrowia, edukacji, bezpieczeństwa żywności i wsparcia bytowego, a także wsparcia na poziomie społeczności lokalnej). Ścieżki przekierowań powinny uwzględniać podejście ukierunkowane na osoby, które doświadczyły traumatycznych przeżyć, a w przypadku, gdy chodzi o dziecko – jego najlepszy interes.

3. Tworzenie powiązań między interesariuszami

- ✓ **Koordynacja ze wszystkimi właściwymi sektorami, klastrami i grupami koordynacyjnymi** (np. zdrowie, edukacja, organizacja obozów i zarządzanie nimi, zapewnienie schronienia, warunki sanitarne, żywienie, bezpieczeństwo – z uwzględnieniem różnych obszarów odpowiedzialności, takich jak CP, GBV, działania przeciwwinowe, mieszkalnictwo grunty i nieruchomości, techniczne grupy robocze ds. niepełnosprawności); z organizacjami społeczeństwa obywatelskiego, lokalnymi organizacjami społecznymi; **ze wspólnotami wyznaniowymi lub przywódcami duchowymi**; oraz **podmiotami rządowymi** (np. ministerstwa zdrowia, opieki społecznej, edukacji). Obejmuje to zapewnienie wzajemnej **reprezentacji**, oraz uczestnictwo i wkład tych podmiotów w spotkania koordynacyjne.

4. Budowanie potencjału, dzielenie się wiedzą i wzajemne wsparcie

- ✓ Rozpowszechnianie i dostosowywanie **wytycznych dotyczących MHPSS** (np. zasoby IASC) oraz realizacja **szybkich szkoleń** na ich temat, adresowanych do grup koordynujących oraz podmiotów zapewniających finansowanie, planowanie lub realizujących przekrojowo zadania z zakresu MHPSS w wielu sektorach.

5. Monitoring i ewaluacja

- ✓ Wspieranie sprawozdawczości w zakresie działań i wskaźników MHPSS. Obejmuje to zdefiniowanie wskaźników dotyczących **monitoringu i ewaluacji programów MHPSS** na potrzeby systemów informacji o pomocy humanitarnej (np. systemów sprawozdawczości obejmującej różne agencje i klastry) oraz zapoznanie agencji ze sposobem korzystania z tych systemów.

²⁸ Pozycje te odpowiadają funkcjom koordynacyjnym technicznych grup roboczych ds. MHPSS (MHPSS TWGs) przedstawionym w podręczniku dotyczącym koordynacji działań („The Handbook of MHPSS Coordination”).

²⁹ Aby uniknąć rozdrobnienia i powielania działań, ważne jest, aby działała tylko jedna grupa koordynacyjna ds. MHPSS. Jeżeli funkcjonują odrębne grupy koordynacyjne (np. grupa koordynacyjna ds. „zdrowia psychicznego” i grupa koordynacyjna ds. „wsparcia psychospołecznego”), należy je połączyć lub scalić w jedną nadrzędną grupę koordynującą całościowo wszystkie protokoły reagowania w ramach świadczeń MHPSS. Zob. IASC (2007). [Guidelines on MHPSS in Emergency Settings](#); Protokół zebrania, [IASC Principals meeting](#), 5 grudnia 2019; Sphere (2018). [The Sphere Handbook 2018](#); oraz Global Protection Cluster (2020). [MHPSS and protection outcomes](#).

6. Działania na rzecz długoterminowej stabilności

- ✓ Wspieranie rozwoju **zrównoważonych systemów ochrony zdrowia psychicznego, pomocy społecznej, edukacji i wsparcia bytowego** oraz **systemów zapewnienia bezpieczeństwa** na etapie wczesnego planowania reagowania kryzysowego oraz podczas przedłużających się kryzysów. Powiązanie działań w ramach MHPSS w sytuacjach kryzysowych z kompleksowymi i uzupełniającymi zadaniami rozwojowymi w koordynacji z darczyńcami i podmiotami rządowymi (np. wspieranie długoterminowego planowania z udziałem rządu i podmiotów krajowych, działania na rzecz rozwoju zasobów kadrowych, projekty pilotażowe, pokazujące reformę systemu na danym obszarze geograficznym).

7 Propagowanie kwestii związanych z MHPSS

- ✓ Wsparcie i koordynacja w zakresie **opracowywania i rozpowszechniania materiałów propagujących zagadnienia z zakresu MHPSS i kluczowych informacji** (zob. *działania MSP* ⇒ 3.1 oraz ⇒ 3.3).
- ✓ Propagowanie włączenia programów MHPSS do **wielosektorowego finansowania i alokacji zasobów** (np. działania adresowane do darczyńców, mechanizmy finansowania).
- ✓ **Działania propagujące programy MHPSS, adresowane do dorosłych i dzieci w różnych sektorach** i realizowane przez różne podmioty (np. świadczenie pomocy humanitarnej w sposób, który zmniejsza cierpienie psychiczne i sprzyja zachowaniu godności, uwzględnianie kwestii MHPSS w ścieżkach przekierowań; zob. *działanie MSP* ⇒ 3.1).
- ✓ Sprawienie, że działania w obszarze MHPSS będą stałym punktem porządku obrad na **spotkaniach różnych agencji** (np. na spotkaniach ONZ dotyczących poszczególnych krajów, międzyagencyjnych spotkaniach koordynacyjnych i wielosektorowych spotkaniach koordynacyjnych, dotyczących uchodźców) oraz na innych forach, aby zapewnić wielosektorową reakcję i wsparcie dla priorytetów MHPSS.

Możliwe działania uzupełniające (w zależności od kontekstu i dostępnych zasobów)

1. Powołanie (lub ponowne powołanie) i utrzymywanie technicznej grupy roboczej

- ✓ W razie potrzeby utworzenie (kolejnych) technicznych grup roboczych ds. MHPSS na **szczeblu niższym niż krajowy**, np. w sytuacji gdy działania humanitarne obejmują wiele regionów/okręgów administracyjnych.
- ✓ **Utworzenie interdyscyplinarnych grup zadaniowych** do zajęcia się pilnymi problemami specyficznymi dla danego kontekstu, którymi nie zajmują się inne instytucje (np. rozwiązanie problemu rosnącej liczby samobójstw, działania w obszarze MHPSS adresowane do osób starszych lub do dzieci związanych z siłami i grupami zbrojnymi, zdrowie psychiczne w okresie okołoporodowym itp.).

3. Tworzenie powiązań między interesariuszami

- ✓ **Opracowanie wspólnych planów działań z zakresu MHPSS** w ramach technicznych grup roboczych ds. MHPSS, łącząc sektory i organizacje i wspierając współpracę wewnątrz nich oraz pomiędzy nimi.

4. Budowanie potencjału, dzielenie się wiedzą i wzajemne wsparcie

- ✓ Przekazywanie dodatkowym grupom koordynacyjnym z różnych sektorów lub obszarów odpowiedzialności informacji o tym, jak poszczególne sektory przyczyniają się do wyników w zakresie MHPSS oraz jak działania w tej dziedzinie mogą przyczynić się do wyników uzyskanych w innych sektorach, a także w celu określenia możliwości skutecznego tworzenia zintegrowanych programów działania.
- ✓ Opracowanie i prowadzenie rejestru krajowych trenerów-ekspertów i superwizorów w różnych dziedzinach i metodach pracy w ramach MHPSS (np. podstawowe umiejętności psychospołeczne, mhGAP-HIG, interwencje psychologiczne, uczenie się kompetencji społeczno-emocjonalnych, pakiety pozytywnego rodzicielstwa).

6. Działania na rzecz długoterminowej stabilności

- ✓ Propagowanie i popieranie lokalnych i krajowych zasad polityki i interwencji, tak by odzwierciedlały one międzynarodowe wytyczne, dotyczące dobrych praktyk w zakresie MHPSS, a także wspierały podmioty rządowe w projektowaniu, wdrażaniu lub udoskonalaniu usług.
- ✓ Wspieranie budowania potencjału możliwości na poziomie krajowym, aby prowadzić dalszą koordynację poprzez wspieranie lub rozwijanie trwałych struktur koordynacyjnych, obejmujących podmioty rządowe i podmioty środowiska obywatelskiego.

Wytyczne, standardy i narzędzia



[Kliknij tutaj](#), aby uzyskać dostęp do odpowiednich wytycznych, standardów i narzędzi.

Kluczowe kontakty dla wsparcia merytorycznego:

IASC Grupa Referencyjna Stałego Komitetu Międzyagencyjnego ds. Zdrowia Psychicznego i Wsparcia Psychospołecznego (IASC MHPSS Reference Group) oferuje wsparcie merytoryczne, mentoring i szkolenia dla grup roboczych MHPSS na poziomie krajowym w zakresie takich tematów, jak tworzenie technicznych grup roboczych MHPSS, analizowanie potrzeb, łączenie się z grupami klastrowymi/sektorowymi, przeprowadzanie analizy sytuacyjnej, wytyczne w zakresie przekierowań i mapowania usług, a także monitoring i ewaluacja. Wnioski muszą mieć charakter międzyagencyjny i można je składać drogą elektroniczną na adres: mhpss.refgroup@gmail.com.

Mechanizmy wsparcia w sytuacji narastania kryzysu obejmują częstsze korzystanie z pomocy ekspertów w dziedzinie MHPSS, wspierających na miejscu tworzenie struktur koordynacyjnych w celu wzmocnienia potencjału działań. Eksperti są wysyłani w ramach utrzymywanych stale programów partnerskich z agencjami ONZ, takimi jak WHO, IOM, UNHCR i UNICEF. Mechanizm wsparcia na wypadek narastania kryzysu w zakresie MHPSS, wdrażany we współpracy z grupą referencyjną IASC MHPSS, koncentruje się w szczególności na wysyłaniu na miejsce ekspertów MHPSS (*kontakt: mhpss@rvo.nl*).



Priorytet 14: Jak postępować, gdy nie ma możliwości skierowania na świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego?



W wielu sytuacjach kryzysowych wymagających pomocy humanitarnej świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego mogą być niedostępne lub niewystarczająco dostępne (np. z powodu odległości geograficznej lub kosztów). W takich przypadkach pomocna może być współpraca z technicznymi grupami roboczymi ds. MHPSS i odpowiednimi grupami koordynacyjnymi (np. z klastrem/sektorem zdrowia), tak by:

- ▶ Nawiązać współpracę z lokalnymi podmiotami w celu zidentyfikowania istniejących obiektów i systemów, **w których można udzielać świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego**.
- ▶ **Przekonywać** podmioty rządowe i zewnętrznych fundatorów do uruchomienia funduszy i zasobów niezbędnych w celu uzupełnienia luk w świadczeniach.
- ▶ Przedyskutować i ustalić, które podmioty mogą być zdolne do **krótkoterminowego** zaspokajania potrzeb.
- ▶ Współpracować, jeśli trzeba, z wszelkimi podmiotami udzielającymi pomocy, w celu poprawy dostępu do **już istniejących usług w zakresie zdrowia psychicznego**, (np. pokrycie kosztów finansowych, ułatwienie transportu).

Jeśli grupa koordynacyjna nie istnieje, należy ją utworzyć we współpracy z innymi podmiotami działającymi w zakresie MHPSS (*zob. działanie MSP ⇒ 1.4*).

Podczas udoskonalania istniejących lub tworzenia **nowych świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego** należy:

- ▶ Dążyć do przeniesienia miejsc opieki ze szpitali psychiatrycznych **do miejsc świadczenia środowiskowych usług zdrowia psychicznego**. Obejmuje to nie tylko poprawę opieki z zakresu zdrowia psychicznego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, ale także zapewnienie dostępu do specjalistycznej opieki psychiatrycznej za pośrednictwem np. powiatowych/lokalnych szpitali ogólnych, zespołów leczenia środowiskowego lub środowiskowych ośrodków zdrowia psychicznego. Szpitale psychiatryczne przystosowane do długoterminowego pobytu pacjentów powinny być zamykane, gdy tylko pojawią się odpowiednie alternatywy.
- ▶ W miarę możliwości **należy unikać tworzenia równoległych systemów** i dążyć do zintegrowania świadczeń MHPSS z istniejącymi systemami podstawowej opieki zdrowotnej i społecznej (np. uwzględnienie ochrony zdrowia psychicznego w ramach ogólnych świadczeń zdrowotnych).
- ▶ Należy propagować **skuteczną współpracę** pomiędzy formalnymi i nieformalnymi podmiotami świadczącymi opiekę oraz pomiędzy różnymi sektorami (np. ustalając ścieżki przekierowań).

Zob. działania MSP ⇒ 3.10 i ⇒ 3.12, aby uzyskać więcej informacji i zapoznać się z odpowiednimi wytycznymi.



1.2 Analiza potrzeb i zasobów w zakresie MHPSS, służąca jako podstawa planowania programów

Ocena potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego nie jest niezbędna do uzasadnienia rozpoczęcia realizacji działań i usług z zakresu MHPSS.

Niemniej jednak ważne jest, by przeanalizować potrzeby i zasoby w zakresie MHPSS, aby **pokierować planowaniem** bardziej szczegółowych i lepiej dostosowanych do kontekstu działań w ramach programu pomocy. Obejmuje to gromadzenie wstępnych informacji na temat kontekstu humanitarnego, grup docelowych, obecnego krajowego/lokalnego potencjału w odniesieniu do MHPSS, zasad polityki, planów i protokołów reagowania w sytuacjach kryzysowych.



Skoordynowane podejście (zob. [działanie MSP ⇒ 1.1](#)) do analizy sytuacji kryzysowej oraz do ustalania priorytetów w zakresie potrzeb osób dotkniętych kryzysem stanowi **podstawę spójnej i skutecznej reakcji w ramach świadczeń MHPSS**.



Niezależnie od tego, czy organizacje przeprowadzają własne analizy potrzeb, czy też opracowuje się wspólne analizy międzyagencyjne, **raporty będące ich wynikiem powinny być udostępniane** za pośrednictwem technicznych grup roboczych ds. MHPSS, aby uniknąć dublowania działań i zapewnić miarodajne informacje.

DZIAŁANIE

Analiza potrzeb i zasobów w zakresie MHPSS, służąca jako podstawa planowania programów



Podstawowe działania

- ✓ **Przegląd istniejących informacji i poprzednich analiz** z zakresu MHPSS, dotyczących dotkniętej kryzysem populacji oraz obecnej sytuacji kryzysowej, związanej z pomocą humanitarną. **Koordinacja nowych analiz** we współpracy z technicznymi grupami roboczymi ds. MHPSS (lub zastosowanie innego odpowiedniego mechanizmu koordynacji, jeżeli techniczne grupy robocze ds. MHPSS nie istnieją).
- ✓ **Włączenie** zagadnień i kwestii dotyczących MHPSS do planowania, projektowania, realizacji działań i analiz prowadzonych **przez podmioty z wielu różnych sektorów/klastrów** (np. w zakresie edukacji, bezpieczeństwa, zdrowia, organizacji obozów i zarządzania nimi, zapewnienia schronienia, a także innych obszarów odpowiedzialności, takich jak bezpieczeństwo dzieci, przemoc ze względu na płeć czy działania przeciwwinowe), działając w konsultacji z technicznymi grupami roboczymi ds. MHPSS.³⁰
- ✓ Przeprowadzenie **ogólnego przeglądu istniejących informacji** z zakresu MHPSS (np. krajowe systemy ds. MHPSS, zasady polityki i plany, kontekst krajowy i społeczno-kulturowy, grupy populacji dotknięte kryzysem, wcześniejsze analizy potrzeb i regularnie publikowane raporty, takie jak Profile krajów w Atlasie Zdrowia Psychicznego WHO, dane Globalnego Obserwatorium Zdrowia WHO dotyczące zdrowia psychicznego oraz dane Instytutu Pomiarów i Oceny Stanu Zdrowia (IHME), dotyczące zagrożeń związanych ze zdrowiem psychicznym w danym kraju. Rozważenie i uwzględnienie potrzeb i zasobów osób w różnym wieku, różnej płci i o różnych możliwościach, w tym osób z niepełnosprawnościami i posiadających inne charakterystyczne cechy).
- ✓ Przeszkolenie personelu i wolontariuszy, gromadzących dane dotyczące MHPSS wśród ludności dotkniętej kryzysem, w zakresie **zasad etycznych** i zaleceń dotyczących bezpieczeństwa, podstawowych umiejętności prowadzenia wywiadów i **podstawowych umiejętności w zakresie udzielania wsparcia psychospołecznego**, łącznie z przekierowaniem w razie potrzeby (*zob. działanie MSP → 3.2*).
- ✓ **Przeprowadzenie oceny potrzeb na poziomie społeczności lokalnej** w celu zebrania i przeanalizowania informacji (np. na temat postrzeganych potrzeb z zakresu MHPSS i mechanizmów radzenia sobie z nimi; czynników ryzyka i czynników chroniących; grup ryzyka; kulturowego rozumienia i przejawów dobrostanu i cierpienia psychicznego; słownictwa używanego do omawiania zdrowia i dobrostanu psychicznego; sposobów szukania pomocy; barier w uzyskiwaniu opieki; działań i zasobów w zakresie MHPSS, organizowanych przez lokalną społeczność; oraz oczekiwań członków społeczności, w tym osób z doświadczeniem choroby psychicznej, dotyczących rodzajów potrzebnego wsparcia). Zapewnienie podziału danych według płci, wieku i niepełnosprawności oraz, w stosownych przypadkach, tworzenie niejednorodnych pod względem płci zespołów gromadzących dane (*zob. → odpowiednie narzędzia dotyczące udziału lokalnej społeczności w analizach i ocenach*).
- ✓ Przeprowadzenie **oceny istniejących systemów i możliwości** (np. zebranie informacji na temat systemów ochrony zdrowia psychicznego i innych odpowiednich systemów i świadczeń, takich jak opieka społeczna i edukacja; obecnych działań z zakresu MHPSS; możliwości organizacyjnych; systemów kształcenia licencjackiego i podyplomowego dla personelu w obszarze MHPSS; kompetencji i potrzeb szkoleniowych personelu; ścieżek przekierowań).
- ✓ **Dzielenie się wynikami analiz i ich omawianie** z podmiotami zajmującymi się pomocą humanitarną oraz z ludnością dotkniętą kryzysem (np. za pomocą lokalnych i międzynarodowych list mailingowych, takich jak listy Grupy Referencyjnej IASC MHPSS; prezentacji wyników analiz i ich omawiania z właściwymi krajowymi/lokalnymi i międzynarodowymi zainteresowanymi interesariuszami, grupami koordynacyjnymi lub klastrami; dyskusji w społeczności lokalnej lub krótkich podsumowań wyników oceny, z tłumaczeniem na odpowiednie języki i w formach dostępnych dla osób z niepełnosprawnościami).
- ✓ Zapewnienie uwzględnienia ustaleń z analizy potrzeb MHPSS i **włączenie ich do narzędzi planowania działań humanitarnych i dokumentów dotyczących finansowania** (np. przeglądów potrzeb humanitarnych, planów reagowania humanitarnego, planów działań na rzecz uchodźców, strategicznych planów gotowości i reagowania, strategii klastrowych, wniosków o finansowanie).

Możliwe działania uzupełniające (w zależności od kontekstu i dostępnych zasobów)

- ✓ Prowadzenie, zależnie od potrzeb, **kompleksowych, dogłębnych analiz sytuacji i ocen potrzeb na poziomie społeczności lokalnej**, tak by pozyskać informacje od różnych podgrup ludności dotkniętej kryzysem. Stosowanie metod opracowanych tak, by zmaksymalizować bezpieczne i istotnie wspomagające wiedzę uczestnictwo osób różnej płci, należących do różnych grup wiekowych i innych podgrup (np. uchodźców, migrantów, ofiar handlu ludźmi, osób z niepełnosprawnościami); oraz zapewnić odpowiednie szkolenia i właściwy skład zespołów zbierających dane (np. zespoły mieszane pod względem płci lub same kobiety, odpowiednia znajomość języka).
- ✓ **Przeprowadzenie i opublikowanie kompleksowego przeglądu literatury** na temat MHPSS w odniesieniu do danego kraju/populacji dotkniętej kryzysem (*zob. przykłady zawarte → w odpowiednich wytycznych, standardach i narzędziach*).

30 Zob. też [PLACEHOLDER] IASC (n.d.). Handbook on MHPSS Coordination: Annex 10, Tips for integrating MHPSS into rapid needs assessments.



[Kliknij tutaj](#), aby uzyskać dostęp do odpowiednich wytycznych, standardów i narzędzi.



Priorytet 15: Oceny potrzeb, pokazujące szacunkowe dane dotyczące częstości występowania zaburzeń zdrowia psychicznego w warunkach kryzysu humanitarnego nie są niezbędne do rozpoczęcia udzielania świadczeń



Dobre przeprowadzenie badań epidemiologicznych stanowi wyzwanie, jest kosztowne i czasochłonne, a ponadto konsekwentnie okazuje się, że zidentyfikowane potrzeby są znacznie większe niż możliwości reagowania. W sytuacjach kryzysowych badania epidemiologiczne często stają się nieaktualne, zanim jeszcze zostaną opublikowane. Istnieją już globalne oszacowania WHO, które mogą być wykorzystane do uzasadnienia programów MHPSS.³¹

- ▶ Większość osób doświadczających sytuacji kryzysowych odczuwa cierpienie psychiczne, przy czym w większości przypadków ich stan poprawia się wraz z upływem czasu.
- ▶ Szacuje się, że wśród mieszkańców obszarów dotkniętym konfliktem w ciągu ostatnich 10 lat **jedna osoba na pięć** (22%) ma zaburzenia zdrowia psychicznego, a jedna na 11 (9%) cierpi na umiarkowane lub poważne choroby psychiczne.³²

31 Charlson F. et al. (2019). *New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis*. The Lancet 394, pp. 240-248.

32 Ibid.

CZĘŚĆ 2



PODSTAWOWE ELEMENTY WSZYSTKICH PROGRAMÓW MHPSS



2.1 Projektowanie, planowanie i koordynacja programów MHPSS

Programy MHPSS muszą być starannie zaprojektowane, zaplanowane i skoordynowane, aby zmaksymalizować ich skuteczność i zmniejszyć ryzyko szkód.

Informacje zebrane poprzez mechanizmy koordynacji i oceny potrzeb z zakresu MHPSS powinny być wykorzystane do **identyfikacji istniejących zasobów, ustalenia hierarchii potrzeb oraz wyboru lub dostosowania działań i czynności programu** we współpracy z **kluczowymi zainteresowanymi stronami** (np. podmiotami rządowymi, świadczeniodawcami i świadczeniobiorcami oraz z innymi członkami społeczności, z uwzględnieniem osób w różnym wieku, a także osób z niepełnosprawnościami i osób zróżnicowanych pod innymi względami). Programy opracowane przy ścisłym zaangażowaniu kluczowych interesariuszy będą prawdopodobnie bardziej **odpowiednie, akceptowalne i trwałe**.



Działania, które są **zintegrowane z szerszymi systemami** (np. istniejącymi w społeczności mechanizmami wsparcia, formalnymi/ nieformalnymi systemami edukacji, świadczeniami zdrowotnymi i społecznymi) mogą dotrzeć do większej liczby osób, niosąc ze sobą mniejszą stygmatyzację i mogą przyczynić się do bardziej trwałego **wzmocnienia systemów i świadczeń**.

DZIAŁANIE

Projektowanie, planowanie i koordynacja programów MHPSS

Podstawowe działania

- ✓ Zaangażowanie i regularne uczestnictwo w **spotkaniach technicznej grupy roboczej ds. MHPSS**, komunikacji i działaniach oraz innych stosownych mechanizmach koordynacyjnych, w celu **dzielenia się informacjami** o bieżących lub planowanych działaniach z zakresu MHPSS; **uzyskiwania informacji zwrotnych; promowania najlepszych praktyk zgodnie z międzynarodowymi standardami, a także w celu optymalizowania** koordynacji (np. wypełnianie luk, unikanie powielania, stosowanie się do globalnych wytycznych, wykorzystywanie ścieżek przekierowań).
- ✓ Zaangażowanie **reprezentatywnych interesariuszy** (np. organów rządowych, członków społeczności lokalnej i świadczenioborców) w **projektowanie i planowanie programów**, które odpowiadają ich potrzebom i priorytetom, wykorzystują ich obecne zasoby, uwzględniają płeć, wiek, stopień niepełnosprawności i inne cechy różnicujące, są dostosowane do kultury i nie powodują dodatkowych szkód (np. zaangażowanie poprzez spotkania, dyskusje w grupach fokusowych, warsztaty projektowania partycypacyjnego itp.).
- ✓ Identyfikacja w danej społeczności obecnych **zasobów ludzkich i inicjatyw**, które można włączyć w działania reakcji kryzysowej (takich jak np. świadczeniodawcy w zakresie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, społeczne komitety edukacyjne, społeczne komitety ds. bezpieczeństwa dzieci, grupy rzecznicze, grupy zrzeszające kobiety oraz inne grupy środowiskowe). Jeżeli istniejące modele wsparcia przyniosą korzyści w jednym otoczeniu, należy ocenić, czy można je skutecznie stosować również w innym środowisku.

- ✓ Analiza możliwości **współpracy z partnerami lokalnymi i krajowymi**, w celu realizacji działań z zakresu MHPSS i w miarę możliwości uwzględnienie takich partnerstw we wnioskach o finansowanie (np. poprzez partnerstwa zapewniające wsparcie merytoryczne i budowanie potencjału instytucjonalnego).
- ✓ **Wybór działań w programie** na podstawie potrzeb i priorytetów społeczności określonych podczas analizy potrzeb, zidentyfikowanych luk w działaniach w ramach reagowania na kryzysy humanitarne w zakresie MHPSS (np. [zob. działanie MSP ↗ 1.1](#)); a także z uwzględnieniem dostępnych zasobów ludzkich, w tym dostępności odpowiednio wykwalifikowanego i doświadczonego personelu, który zapewni nadzór merytoryczny nad działaniami MHPSS. Określenie, w jaki sposób różne zespoły/sektory w organizacji mogą wnieść swój wkład i współpracować w celu kompleksowego zaspokojenia potrzeb w dziedzinie MHPSS.
- ✓ W przypadku, gdy wiele zespołów w organizacji (np. zespoły ds. bezpieczeństwa dzieci, przemocy ze względu na płeć, zdrowia) przyczynia się do realizacji celów programu MHPSS, **należy wyjaśnić zakres i granice każdej z tych ról** oraz kryteria przekierowań do poszczególnych ról/świadców, zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz organizacji.
- ✓ Udział w realizacji **zadań grupy koordynacyjnej**, takich jak tworzenie map, rozpowszechnianie wytycznych dotyczących MHPSS wśród różnych podmiotów, rzecznictwo dotyczące finansowania programu MHPSS, sprawozdawczość dotycząca działań programu MHPSS i wspólnie ustalonych wskaźników oraz opracowywanie wspólnych ścieżek przekierowań.
- ✓ Opracowanie **lokalnej procedury zarządzania kryzysowego**, stanowiącej wytyczne dla personelu, który może w swojej pracy napotkać osoby o podwyższonym ryzyku samobójstwa, samookaleczenia lub skrzywdzenia innych osób, z uwzględnieniem także sposobu postępowania, gdy nie ma możliwości przekierowania do odpowiedniego podmiotu ([zob. także priorytet ↻ 14](#)).
- ✓ Podjęcie kroków w celu planowania i tworzenia **trwałych systemów ochrony zdrowia psychicznego, pomocy społecznej i edukacji**, podczas wczesnego wychodzenia z kryzysu, a także podczas przedłużających się kryzysów (np. wspieranie budowania potencjału służb rządowych, współpraca z instytucjami edukacyjnymi w celu budowania potencjału MHPSS, współpraca z odpowiednimi ministerstwami w celu opracowania/wzmocnienia polityki, strategii i planów dotyczących MHPSS).
- ✓ Opracowanie, z udziałem odpowiednich lokalnych i krajowych interesariuszy oraz świadczeniobiorców i ich rodzin, wstępnej **strategii wychodzenia z programu**, a następnie jej aktualizacja w miarę rozwoju programu.

Wytyczne, standardy i narzędzia



[Kliknij tutaj](#), aby uzyskać dostęp do odpowiednich wytycznych, standardów i narzędzi.



Priorytet 16: Kontekstualizacja

Działania i materiały programowe powinny być **wybierane i poddawane adaptacji we współpracy z członkami społeczności dotkniętej kryzysem**.



Należy stosować metody partycypacyjne, aby dowiedzieć się od członków społeczności, jak najlepiej dostosować podręczniki, programy nauczania i materiały informacyjne tak, by zwiększyć ich adekwatność i przydatność w kontekście konkretnej sytuacji kryzysowej ([zob. zasoby dotyczące metod partycypacyjnych w odpowiednich sekcjach na temat wytycznych, standardów i narzędzi w działaniach MSP ↗ 2.1](#) oraz [2.2 na platformie internetowej MHPSS MSP](#)).



Należy wziąć pod uwagę rodzaj sytuacji kryzysowej, wiek, płeć, możliwości, potrzeby, zasoby, język(i), aspekty kulturowe i inne charakterystyczne cechy populacji dotkniętej kryzysem, dostępne zasoby ludzkie i materialne oraz dostępne środki komunikacji, a także preferencje różnych podgrup ludności.

Materiały programowe i materiały dotyczące monitoringu i ewaluacji będą najbardziej wartościowe i będą miały największy wpływ, jeśli będą odnosiły się do istotnych potrzeb, wykorzystywały lokalną terminologię dla pojęć związanych z MHPSS oraz wykorzystywały studia przypadku, które współbrzmiały z lokalnym kontekstem (np. wykorzystując lokalnie znaczącą terminologię, obrazy i nazwy). [Zob. również ↗ odpowiednie wytyczne, standardy i narzędzia dotyczące kontekstualizacji, dostępne na platformie internetowej MHPSS MSP](#).



Priorytet 17: Uwzględnienie potrzeb: i) migrantów będących w kryzysie, ii) uchodźców i osób ubiegających się o azyl, iii) uchodźców wewnętrznych, iv) bezpaństwowców

Sytuacje kryzysowe o charakterze humanitarnym mogą dotyczyć osób, które nie są obywatelami lub stałymi mieszkańcami danego kraju. Obejmuje to osoby, które zostały przesiedlone za granicę, takie jak uchodźcy i osoby ubiegające się o azyl, osoby przesiedlone w obrębie własnego kraju (przesiedleńcy wewnętrzni), bezpaństwowców oraz migrantów uwikłanych w kryzys (w tym migrantów zarobkowych, osoby świadczące usługi pomocy domowej, zagranicznych studentów oraz migrantów niezarejestrowanych, którzy mogą pozostać w miejscu wystąpienia kryzysu lub przemieszczać się wewnątrz kraju lub za granicę, nie będąc uznanymi za kwalifikujących się do uzyskania azylu). Grupy te wymagają szczególnej uwagi, ponieważ mogą napotykać prawne, praktyczne i kulturowe bariery w dostępie do usług na takich samych zasadach jak inni i mogą nie posługiwać się tym samym językiem co większość społeczeństwa. W takich przypadkach ważne są:

- ▶ **Propagowanie i popieranie** dostępnego cenowo i niedyskryminującego dostępu do świadczeń MHPSS dla wszystkich, niezależnie od ich statusu prawnego.
- ▶ **Zapewnienie jasnych informacji** (zarówno świadczeniobiorcom, jak świadczeniodawcom) na temat uprawnień do korzystania ze świadczeń z zakresu MHPSS, sposobu dostępu do nich, procesów kierowania na nie oraz zasad dotyczących udzielania zgody i zachowania poufności.
- ▶ Konsultacje środowiskowe na temat preferowanych przez daną społeczność środków komunikacji oraz przekazywanie tych informacji w **odpowiednich językach i w odpowiedniej formie** (np. przez radio, ulotki, media społecznościowe, sztukę w przestrzeni publicznej lub poprzez wolontariuszy środowiskowych) **oraz w dostępnych miejscach** (np. ośrodki recepcyjne, centra tranzytowe, miejsca rejestracji, domy kultury, szkoły, miejsca kultu religijnego lub miejsca związane z wydarzeniami ważnymi dla danej kultury).
- ▶ Wyszakowanie i zaangażowanie na miejscu w razie potrzeby **tłumaczy ustnych i mediatorów kulturowych**, a także współpraca z organizacjami zrzeszającymi uchodźców, migrantów i społecznościami lokalnymi w celu lepszego zrozumienia przekazywanych treści, terminologii, aspektów kulturowych itp.
- ▶ **Szkolenie podmiotów świadczących usługi** w zakresie opieki dostosowanej do potrzeb konkretnych osób, z wykorzystaniem podejścia opartego na prawach człowieka oraz kompetencji kulturowych (np. przeciwdziałanie stygmatyzacji i uprzedzeniom; wspieranie pozytywnego nastawienia do uchodźców, osób ubiegających się o azyl i migrantów; współpraca z tłumaczami i ich rekrutacja z uwzględnieniem zróżnicowanych profili).



Zob. [odpowiednie zasoby](#) na platformie internetowej MHPSS MSP.



Priorytet 18: Zdalna realizacja działań MHPSS

W niektórych kontekstach może zaistnieć potrzeba zdalnej realizacji działań MHPSS, np. w niektórych sytuacjach kryzysowych dotyczących zdrowia publicznego (np. COVID-19) oraz na obszarach, do których dostęp jest ograniczony ze względu na zagrożenia bezpieczeństwa i bariery geograficzne (np. bardzo odległe lokalizacje, powódź).

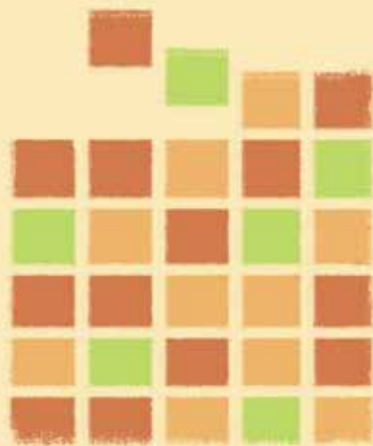
Konieczne adaptacje konkretnych świadczeń (np. harmonogram, modele zdalnej realizacji i kryteria zdalnego ich udzielania) **będą się różnić w zależności od programów i kontekstów, a pracownicy muszą być przeszkoleni w zakresie korzystania z nowych i dostosowanych metod oraz nadzorowani w tym zakresie**. Świadczenia zdalne mogą być dostępne przez telefon lub udzielane online za pomocą smartfonów, tabletów lub komputerów (np. poprzez aplikacje i chatboty), a przekazywanie informacji i kluczowych komunikatów może odbywać się za pośrednictwem radia, mediów społecznościowych i megafonów. Świadczenia z zakresu MHPSS mogą być również udzielane w modelu hybrydowym, łączącym zaangażowanie osobiste i zdalne (np. rozpoczęcie świadczenia osobiście, a następnie kontynuacja i zarządzanie przez telefon).

Dostosowanie do grup ryzyka może być konieczne, aby ułatwić im dostęp do świadczeń z zakresu MHPSS, gdy normalny dostęp jest ograniczony. Przykładowo, priorytetowy dostęp do świadczeń udzielanych osobiście może przysługiwać niektórym grupom ryzyka, takim jak osoby, które doświadczyły przemocy ze względu na płeć, osoby o niestandardowej ekspresji płciowej, osoby o skłonnościach samobójczych, osoby zagrożone samookaleceniem lub zagrażające innym ich skrzywdzeniem oraz osoby z poważnymi zaburzeniami psychicznymi.

Chociaż udzielanie świadczeń na odległość wiąże się z pewnymi wyjątkowymi wyzwaniem (np. obawa członków społeczności przed nieznanymi im metodami świadczeń; wyzwania związane z dostępem do technologii komunikacyjnych i szybkiego Internetu; koszty ustanowienia bezpiecznych platform cyfrowych), może ono również **ułatwić dostęp osobom, które w przeciwnym razie zostałyby wykluczone** lub miałyby trudności z uzyskaniem usług osobistych (np. osoby o ograniczonej sprawności ruchowej, osoby, których nie stać na transport do miejsc świadczenia usług, kobiety, które nie mogą podróżować w miejscach publicznych bez towarzystwa mężczyzny). Podczas sytuacji kryzysowych, dotyczących zdrowia publicznego świadczenia zdalne mogą zapewnić ciągłość opieki i wsparcie dla osób poddanych kwarantannie.



Zob. [odpowiednie zasoby](#) na platformie internetowej MHPSS MSP.



2.2 Opracowanie i wdrożenie systemu monitoringu i ewaluacji

Ramowe założenia dotyczące monitoringu i ewaluacji dla programów MHPSS powinny być **opracowane na etapie wstępnego projektowania programu**.

W przypadku, gdy program MHPSS jest włączany do istniejących działań pomocowych, plany i ramy monitoringu i ewaluacji należy **zaktualizować tak, by uwzględniły działania z zakresu MHPSS**.

Dokument ramowy pt. **IASC Common Monitoring and Evaluation Framework for MHPSS in Emergency Settings**³³ dostarcza szerokich wytycznych i sugeruje odpowiednie sposoby weryfikacji w celu gromadzenia danych na temat odpowiednich wskaźników. Przewodnik dotyczący wskaźników monitoringu i ewaluacji (**MSP M&E Indicator Guide**) zawiera przykładowe wskaźniki służące do monitoringu i ewaluacji każdego działania pakietu MSP. W celu oceny postępów w osiągnięciu ogólnego celu, jakim jest zmniejszenie cierpienia oraz poprawa zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego, można mierzyć następujące domeny z zakresu MHPSS:

- ▶ funkcjonowanie;
- ▶ subiektywne samopoczucie;
- ▶ zachowania społeczne;
- ▶ więzi społeczne;
- ▶ zdolność osób z problemami psychicznymi i psychospołecznymi do radzenia sobie z problemami;
- ▶ łagodzenie cierpienia psychicznego lub zaburzeń psychicznych i neurologicznych (bądź ich objawów).

DZIAŁANIE

Opracowanie i wdrożenie systemu monitoringu i ewaluacji

Podstawowe działania

- ✓ Wybór odpowiednich **wskaźników i narzędzi pomiaru** (znanych jako metody weryfikacji lub MoV), dopasowanych do celów danego działania.³⁴

33 IASC (2021). *Common Monitoring and Evaluation Framework for MHPSS in Emergency Settings: Version 2.0 with Means of Verification*. Zob. również powiązany zestaw narzędzi MoV na stronie [MHPSS.net](https://mhpss.net). Grupa Referencyjna IASC ds. MHPSS prowadzi centrum informacyjne (MHPSS M&E help desk) wspomagające korzystanie ze wspólnych ram monitoringu i ewaluacji w zakresie MHPSS ([kontakt: mhpssmande@gmail.com](mailto:mhpssmande@gmail.com)).

34 W niektórych okolicznościach rozpoczęcie świadczenia pilnych usług może być konieczne, zanim narzędzia i systemy monitorowania i oceny zostaną w pełni opracowane.

- ✓ **Opracowanie/wyбір** ⇒ **adaptacja** oraz przetłumaczenie narzędzi do monitoringu i ewaluacji w celu oceny zasięgu programu oraz zmian³⁵ w zakresie wiedzy, umiejętności, postaw, zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego w trakcie trwania działania. Narzędzia te muszą odpowiednio uwzględniać płeć, wiek, stopień niepełnosprawności i inne cechy różnicujące. Sposób zbierania danych musi pozwalać na dokonanie podziału według wieku, płci i stopnia niepełnosprawności.
- ✓ Analiza możliwości wystąpienia **niezamierzonych szkodliwych skutków**³⁶, które mogą być spowodowane procesem zbierania danych, oraz aktywne zapobieganie lub łagodzenie tych zagrożeń, np. poprzez szkolenie ankietatorów i pracowników służb monitoringu i ewaluacji w zakresie podstawowych umiejętności w zakresie wsparcia psychospołecznego (zob. *działanie MSP* ⇒ 3.2), zapewnienie, że szczególnie wrażliwe dane są zbierane przez odpowiednio przeszkolonych pracowników; oraz informowanie uczestników, że udzielanie informacji (np. w grupach fokusowych, wywiadach lub ankietach) jest dobrowolne i można z niego zrezygnować w dowolnym momencie bez wpływu na dostęp do świadczeń.
- ✓ **Udostępnianie zanonimizowanych danych na temat odpowiednich kluczowych wskaźników technicznym grupom roboczym ds. MHPSS** (see *MSP activity* ⇒ 1.1) i w razie potrzeby międzyagencyjnym zespołom ds. zarządzania informacjami (np. systemy zarządzania informacjami prowadzone przez klastry, poszczególne obszary odpowiedzialności lub Biuro Koordynacji Pomocy Humanitarnej (OCHA); zob. również powiązane działania dodatkowe poniżej).
- ✓ Współpraca z reprezentatywną i przekrojową grupą członków społeczności, tak by opracować **mechanizm przekazywania opinii i skarg**, który będzie łatwo dostępny i będzie uwzględniać uwarunkowania kulturowe związane z płcią, stopniem niepełnosprawności, różnorodnością i wiekiem użytkowników (w tym będzie łatwy do wykorzystania przez dzieci i osoby starsze). Szerokie rozpowszechnianie informacji o tym, jak wykorzystać ten mechanizm i zapewnienie, że uczestnicy programu i inni członkowie lokalnej społeczności rozumieją go i wiedzą, jak z niego korzystać.
- ✓ Angażowanie **reprezentatywnych uczestników programu i pracowników** w bieżące monitorowanie i ewaluację programu, aby identyfikować zmieniające się potrzeby oraz oceniać wyniki programu MHPSS i poziom satysfakcji beneficjentów.
- ✓ Prowadzenie regularnych, **partycypacyjnych przeglądów wyników monitoringu i ewaluacji** programu, pozwalających wyciągać wnioski i wprowadzać bieżące usprawnienia.
- ✓ Omawianie **wyników analiz potrzeb i ewaluacji** z przedstawicielami społeczności (np. uczestnikami programu, urzędnikami państwowymi i odpowiednimi grupami koordynacyjnymi) w celu lepszego zrozumienia skutków programu i dokonywania opartych na wiedzy bieżących ulepszeń programu (np. w celu zbadania wszelkich niezamierzonych pozytywnych i negatywnych skutków lub ustalenia, czy jakieś grupy mogły zostać pominięte, bądź zdobycia informacji o tym, jak zwiększyć zasięg itp.). Informacje należy przekazywać w sposób wyważony, zważając na możliwość wystąpienia konfliktów, zgodnie z lokalnymi protokołami wymiany informacji. Nie należy udostępniać danych, które mogłyby wyrządzić szkodę lub zagrazić bezstronności (np. w kontekście konfliktów lub niepokoju społecznych).

Uwaga: Organizacje, które nie udzielają bezpośrednich świadczeń MHPSS (np. te, które zapewniają przeszkolenie dotyczące podstawowego wsparcia psychospołecznego; see *MSP activity* ⇒ 3.2) powinny dokonywać pomiaru odpowiednich efektów (tzn. zmian poziomu wiedzy/kompetencji), ale nie muszą wdrażać wszystkich działań z listy kontrolnej M&E

Możliwe działania uzupełniające (w zależności od kontekstu i dostępnych zasobów)

- ✓ **Dzielenie się kompleksowymi informacjami na temat efektów programu, wyciągniętych wniosków, wskaźników i metod weryfikacji** podczas spotkań technicznych grup roboczych ds. MHPSS, tak by wspomóc proces uczenia się i zwiększyć poczucie odpowiedzialności w ramach interwencji kryzysowej jako całości. Propagowanie i popieranie korzystania ze wspólnych narzędzi gromadzenia danych i formularzy w celu ułatwienia agregacji danych z różnych systemów.

Wytyczne, standardy i narzędzia



[Kliknij tutaj](#), aby uzyskać dostęp do odpowiednich wytycznych, standardów i narzędzi.



Priorytet 19: Zaprojektowanie bezpiecznych systemów zarządzania informacjami



Niezbędne jest opracowanie bezpiecznych systemów, protokołów postępowania i narzędzi służących do bezpiecznego dokumentowania danych osobowych i zarządzania nimi. Dostęp do danych osobowych musi być ściśle kontrolowany zgodnie z krajowymi przepisami o ochronie danych i zasadami postępowania w danej organizacji i przyznawany tylko tym osobom, którym informacje te są absolutnie niezbędne do wykonywania obowiązków służbowych. Aby uzyskać wskazówki dotyczące wymiany informacji, przetwarzania danych i tworzenia protokołów ochrony danych, należy [zapoznać się z odpowiednimi wytycznymi, standardami i narzędziami na platformie internetowej MHPSS MSP](#).

³⁵ Wskaźniki mierzące zasięg są często nazywane „wskaźnikami wyników”. Wskaźniki mierzące zmianę są często nazywane wskaźnikami skutków lub oddziaływania. Aby uzyskać dokładne wskazówki, należy zapoznać się z Przewodnikiem dotyczącym wskaźników monitoringu i ewaluacji (MSP M&E Indicator Guide)

³⁶ Szkodliwe skutki mogą obejmować zwiększenie cierpienia psychicznego poprzez wywieranie presji na dzieci lub dorosłych, aby rozmawiali o swoich trudnych doświadczeniach, zwiększenie stygmatyzacji poprzez używanie szkodliwego języka, ujawnianie przez osoby zbierające dane wrażliwych informacji innym osobom, lub zmianę równowagi sił w rodzinie lub społeczności poprzez wybór tylko niektórych osób i rodzin do udziału w projekcie, z pominięciem innych.



2.3

Dbłość o personel i wolontariuszy realizujących zadania w ramach programów MHPSS

Praca humanitarna często wiąże się z narażeniem na stresujące wydarzenia, dużą skalą występującego cierpienia, długimi godzinami pracy, przytłaczającym obciążeniem pracą i zagrożeniami bezpieczeństwa.

Lokalny personel i wolontariusze mogą sami być ofiarami kryzysu i często mieszkają i pracują w dotkniętych nim społecznościach. Często muszą łączyć obowiązki rodzinne i społeczne z bardzo obciążającymi obowiązkami związanymi z pracą. Jeśli postrzegani są jako osoby pracujące ze stygmatyzowanymi grupami lub stronami konfliktu, mogą czasem spotykać się z wrogością i oskarżeniami ze strony innych członków społeczności.

Personel zagraniczny również może być narażony na wyjątkowe czynniki stresogenne, takie jak oddalenie od swoich sieci wsparcia i mieszkanie w miejscach, gdzie doświadczają realnego ograniczenia wolności, oraz wyzwania administracyjne i logistyczne związane z pracą w obcym kraju.

Podczas epidemii chorób zakaźnych pracownicy pierwszej linii są czasami stygmatyzowani ze względu na to, że postrzegani są jako potencjalne źródło zakażenia.

Organizacje humanitarne **mają obowiązek dbać** o zdrowie psychiczne, dobrostan psychospołeczny i bezpieczeństwo pracowników zagranicznych i krajowych, w tym opłacanego personelu, osób zatrudnionych w ramach programu motywacyjnego i wolontariuszy. Interwencje mające na celu ochronę i promowanie zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego pracowników **mogą być realizowane przed podjęciem przydzielonych zadań, w ich trakcie i po ich zakończeniu**, a także mogą obejmować działania prowadzone na poziomie indywidualnym, zespołowym, kierowniczym lub w skali całej organizacji. Oferowane wsparcie powinno być dostosowane do uwarunkowań kulturowych i zgodne z globalnymi wytycznymi dotyczącymi najlepszych praktyk MHPSS.³⁷

³⁷ Minimalny pakiet usług z zakresu MHPSS określa działania i czynności, które są niezbędne do bezpiecznej i skutecznej realizacji działań w ramach tego pakietu. Niniejsza część koncentruje się zatem na zapewnieniu dobrostanu psychicznego pracownikom realizującym te działania. Organizacje humanitarne powinny jednak dbać o dobre samopoczucie wszystkich pracowników, niezależnie od rodzaju programu, w który są zaangażowani, a niniejsza lista kontrolna może być wykorzystywana jako przewodnik dla szerszego systemu dbania o dobrostan personelu.

DZIAŁANIE

Dbłość o personel i wolontariuszy realizujących zadania w ramach programów MHPSS

Podstawowe działania

- ✓ Ustanowienie zasad polityki i konkretnych **mechanizmów organizacyjnych**, służących ochronie i promocji zdrowia psychicznego i dobrostanu psychicznego personelu realizującego programy z zakresu MHPSS.
- ✓ **Informowanie o potencjalnych czynnikach stresogennych związanych z pracą w ogłoszeniach o rekrutacji** i omawianie ich z kandydatami podczas procesu rekrutacji w celu oceny, czy nadają się oni na dane stanowisko.
- ✓ Zapewnienie pracownikom **podczas szkolenia wprowadzającego** informacji na temat dostępnych dla nich usług wsparcia, w tym świadczeń z zakresu MHPSS (np. systemów wsparcia koleżeńskiego, zasobów dotyczących samoopieki) oraz sposobów uzyskiwania dostępu do wsparcia.
- ✓ Określenie **godzin pracy, monitorowanie nadgodzin** i zapewnienie **odpoczynku i regeneracji sił**, zarówno pracownikom krajowym, jak i zagranicznym (np. poprzez zagwarantowanie im wystarczającej ilości płatnego czasu wolnego i promowanie oczekiwania, że w ciągu dnia pracy będą robić sobie wystarczające przerwy).
- ✓ **Ocena pracy pod kątem potencjalnych czynników stresogennych i zagrożeń dla zdrowia psychicznego**, w tym wszelkich szczególnych wymagań dotyczących pracowników z niepełnosprawnościami. Podjęcie działań w celu przeciwdziałania tym zagrożeniom, ich złagodzenia lub wyeliminowania. Monitorowanie dobrostanu pracowników i ocena ich stanu w regularnych odstępach czasu oraz w odpowiedzi na istotne zmiany okoliczności (np. wzrost zagrożenia dla bezpieczeństwa), a także dbałość o to, by dane dotyczące dobrostanu pracowników były gromadzone, przechowywane i zgłaszane w sposób poufny.
- ✓ Przeszkolenie pracowników MHPSS (w tym pracowników pierwszej linii, kierowników i personelu pomocniczego) w zakresie **samoopieki i podstawowych umiejętności wsparcia psychospołecznego**, aby mogli sami dbać o swoje zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny oraz wzajemnie się wspierać (zob. [działanie MSP](#) → 3.2).
- ✓ **Przeszkolenie** wszystkich kierowników, liderów zespołów i przełożonych pracowników MHPSS w zakresie ich ról w monitorowaniu i łagodzeniu **czynników stresogennych związanych z pracą** oraz w zakresie reagowania na potrzeby pracowników, którzy sami doświadczają cierpienia psychicznego lub byli świadkami wyjątkowo stresujących wydarzeń (np. poprzez wykorzystanie podstawowych umiejętności wsparcia psychospołecznego, prowadzenie pracownika przez procedury dotyczące zgłaszania takich sytuacji i skontaktowanie go z dostępnymi formami wsparcia) (zob. [działanie MSP](#) → 2.1).
- ✓ Opracowanie przejrzystych **procedur postępowania dla personelu**, dotyczących zgłaszania **wysoce niepożądanych zdarzeń/skrajnie trudnych incydentów** i reagowania na nie (np. samobójstwo podopiecznego, molestowanie seksualne, napaści, inne incydenty związane z bezpieczeństwem), które powinny obejmować zapewnienie podstawowego wsparcia psychospołecznego bezpośrednio po zdarzeniu (zob. [działanie MSP](#) → 3.2).³⁸
- ✓ Zapewnienie **forum dla personelu**, na którym mogą zadawać pytania, wyrażać obawy dotyczące zagrożeń dla nich samych i ich współpracowników oraz dzielić się pomysłami na ulepszenia.
- ✓ Zapobieganie stresowi i łagodzenie jego skutków, w tym poprzez zapewnienie wszystkim pracownikom łatwego, równego i przystępnego cenowo dostępu do **odpowiedniego dla ich kultury wsparcia emocjonalnego**.³⁹
- ✓ W przypadku zaangażowania zewnętrznych świadczeniodawców do zapewniania wsparcia pracownikom należy dopilnować, aby **udzielane przez nich świadczenia** były wysokiej jakości, oparte na dowodach naukowych i zgodne z globalnymi wytycznymi.

³⁸ Nie należy oferować debriefingu psychologicznego pracownikom, którzy przeżyli skrajnie stresujące zdarzenie (zob. [priorytet](#) → 3.2).

³⁹ Usługi wsparcia mogą być świadczone wewnętrznie lub przez podmioty zewnętrzne. Zakres ten jest czasami rozszerzany na członków rodzin pracowników.

Możliwe działania uzupełniające (w zależności od kontekstu i dostępnych zasobów)

- ✓ Zapewnienie wsparcia **przed realizacją, w trakcie i po zakończeniu przydzielonych zadań i zawartych umów** (np. dobrowolne konsultacje z terapeutą/psychologiem; lista dostępnych opcji wsparcia profesjonalnego i koleżeńskiego).
- ✓ Zorganizowanie kontaktu specjalisty ds. zdrowia psychicznego z **pracownikami, którzy przeżyli skrajnie stresujące zdarzenie**, w okresie od jednego do trzech miesięcy po zdarzeniu, w celu oceny ich funkcjonowania i samopoczucia oraz zaoferowania skierowań dla osób potrzebujących dalszego wsparcia lub leczenia.
- ✓ Organizowanie corocznych **spotkań przeglądowych**, dotyczących zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego pracowników, aby dokonać przeglądu doświadczeń personelu danej organizacji w zakresie dostępnej dla nich opieki oraz upewnić się, że pracownikom krajowym i zagranicznym oferuje się podobne wsparcie (dbając o dostosowanie go do uwarunkowań kulturowych).
- ✓ Prowadzenie działań **uświadamiających, ograniczających stygmatyzację** i innych inicjatyw, mających na celu promocję zdrowia psychicznego i dobrostanu pracowników oraz kultywowanie kultury promocji zdrowia psychicznego wśród personelu i kierownictwa.
- ✓ Zapewnienie możliwości **ewakuacji** i zaplanowania **nieobecności w pracy** z powodu choroby psychicznej lub fizycznej.

Wytyczne, standardy i narzędzia



[Kliknij tutaj](#), aby uzyskać dostęp do odpowiednich wytycznych, standardów i narzędzi.



Priorytet 20: Personel odpowiedzialny za świadczenie usług MHPSS na rzecz osób dotkniętych kryzysem humanitarnym nie powinien być równocześnie odpowiedzialny za dobrostan pracowników

Za zdrowie psychiczne i dobrostan personelu odpowiada **kierownictwo, działy kadr i działy medycyny pracy** (tam, gdzie istnieją). Personel MHPSS zatrudniony w celu zapewnienia wsparcia populacjom dotkniętym kryzysami humanitarnymi nie powinien być zobowiązany do udzielania wsparcia również swoim współpracownikom, jednak ze względu na swoją wiedzę i umiejętności osoby pracujące w obszarze MHPSS często otrzymują prośby o wsparcie od innych pracowników i prośby o doradztwo w zakresie inicjatyw dotyczących dobrostanu personelu.



W sytuacji, gdy personel świadczący usługi MHPSS, wspierający programy dla dotkniętych kryzysem populacji, zostanie również poproszony o świadczenie usług w zakresie zdrowia psychicznego lub udzielanie wsparcia współpracownikom, mogą pojawić się problemy. Taka podwójna rola może stwarzać problemy etyczne i stawiać personel w trudnej sytuacji, potencjalnie narażając go na konflikt interesów i utrudniając **utrzymanie granic profesjonalizmu**. Może to również stanowić niewłaściwe wykorzystanie czasu personelu i funduszy darczyńców, jeśli role personelu, realizowane poprzez działania w ramach programu, mają na celu przyniesienie korzyści członkom dotkniętej kryzysem społeczności.

Organizacje pomocowe powinny zatem **jasno rozgraniczyć role** personelu MHPSS, zaangażowanego w realizację programów dla ludności dotkniętej kryzysem, oraz członków personelu odpowiedzialnych za dobrostan pracowników (np. doradców kadrowych, zespołów działów personalnych).

Chociaż wszyscy pracownicy MHPSS mogą mieć cenne spostrzeżenia na temat strategii zapewnienia dobrostanu pracowników, adekwatności usług wsparcia i planów organizacyjnych, ważne jest, aby pozostało to przede wszystkim w gestii kierownictwa i działów personalnych.



2.4

Wsparcie kompetencji personelu i wolontariuszy w zakresie świadczenia usług MHPSS

Pracownicy zaangażowani w działania z zakresu MHPSS powinni zostać odpowiednio **przeszkoleni, objęci superwizją i otrzymać wsparcie**, w zależności od wymagań związanych z zadaniami, w których realizację są zaangażowani.

Obserwacja, ocena i wspieranie rozwoju kompetencji (wiedzy, umiejętności i postaw) pomaga **zapewnić wysoką jakość programów interwencyjnych**. Analiza i monitorowanie kompetencji może również pomóc w indywidualnym dostosowaniu szkoleń, wsparcia i metod superwizji do indywidualnych potrzeb.

Regularna superwizja może wspierać personel i wolontariuszy w pełnieniu ich ról, tworzyć **bezpieczne środowisko** do poruszania kwestii dotyczących trudności i problemów, wspierać ciągły **rozwój kompetencji**, zapewnić uwzględnienie **kwestii etycznych** oraz wzmocnić **dbałość pracowników o siebie samych**.

EQUIP: 
Ensuring Quality in
Psychological Support

Wsparcie dla poszczególnych zespołów i organizacji zapewnia platforma [EQUIP platform](#) i powiązane z nią narzędzia obejmujące planowanie, projektowanie, dostosowywanie i realizację opartych na kompetencjach szkoleń z zakresu MHPSS, zarówno tych już istniejących, jak i nowych, opracowywanych dla różnych sektorów (np. zapewnienia bezpieczeństwa dzieciom, edukacji, zdrowia itp.).

DZIAŁANIE

Wsparcie kompetencji personelu i wolontariuszy w zakresie udzielania świadczeń z zakresu MHPSS

Podstawowe działania

- ✓ Określenie kompetencji koniecznych do efektywnej realizacji każdego z działań⁴⁰ (zob. [działania w ramach programu MHPSS MSP w częściach 3 i 4 oraz zalecane tematy szkoleń dotyczących poszczególnych zadań programu na platformie internetowej MHPSS MSP](#)).
- ✓ Należy przeanalizować **potrzeby szkoleniowe** personelu i wolontariuszy, aby zapewnić podstawę do sformułowania i [adaptacji szkoleń i działań nadzoru](#) (zob. [działanie MSP](#) ⇒ [1.2](#)).
- ✓ Zapewnienie pracownikom odpowiedzialnym za nadzór, szkolenia i superwizję wiedzy i umiejętności niezbędnych do sprawowania **skutecznej superwizji i prowadzenia szkoleń uwzględniających kompetencje**.
- ✓ Ustalenie **harmonogramu i struktury** regularnego monitoringu, wsparcia i superwizji dla pracowników z obszaru MHPSS (np. cotygodniowe spotkania zespołu, comiesięczne spotkania superwizyjne, prowadzone zdalnie lub osobiście podczas spotkań).
- ✓ Ustanowienie jasnych **granic zakresu obowiązków i sposobów komunikacji** między osobami odpowiedzialnymi za szkolenia, superwizję lub zarządzanie.
- ✓ Wskazanie **przestrzeni lub środków komunikacji zapewniających poufność** i umożliwiających regularne wsparcie i superwizję.

Możliwe działania uzupełniające (w zależności od kontekstu i dostępnych zasobów)

- ✓ Dokonywanie regularnych **ocen kompetencji** pracowników z myślą o dodatkowych szkoleniach i superwizji.
- ✓ Organizowanie lub ułatwianie dostępu do **programów szkolenia ustawicznego** w celu stałego podnoszenia kompetencji pracowników w merytorycznych obszarach ich pracy i przyczyniania się do ich rozwoju zawodowego.
- ✓ **Określenie ram odniesienia** w zakresie minimalnych bezpiecznych i skutecznych poziomów najważniejszych kompetencji pracowników, istotnych z punktu widzenia danego sektora oraz złożoności problemu i kontekstu udzielanych świadczeń.
- ✓ **Wzmocnienie struktur superwizji** poprzez zaangażowanie doświadczonych, starszych stażem superwizorów, w celu zapewnienia nadzoru, mentoringu i szkoleń dla superwizorów na poziomie programu.
- ✓ Zapewnienie, że **odpowiedzialność za zarządzanie** spoczywa na osobach innych niż te odpowiedzialne za i superwizję/mentoring.
- ✓ Ocena **kompetencji superwizorów i udzielanie im wsparcia**.
- ✓ Ocena **kompetencji trenerów i udzielanie im wsparcia**.

Wytyczne, standardy i narzędzia



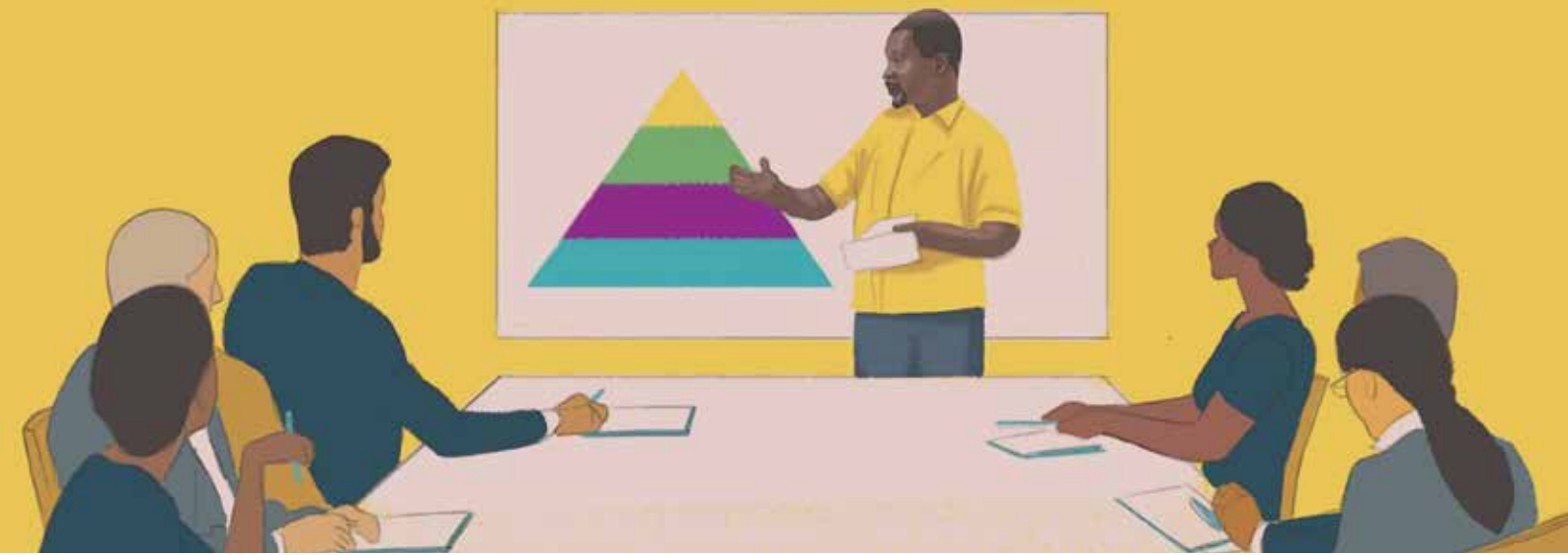
[Kliknij tutaj](#), aby uzyskać dostęp do odpowiednich wytycznych, standardów i narzędzi.

⁴⁰ W stosownych przypadkach należy dążyć do dostosowania się do wszelkich właściwych ram kompetencji opracowanych przez krajowe organy wydające pozwolenia i krajowe stowarzyszenia zawodowe.

CZĘŚĆ 3



ZADANIA PROGRAMU MHPSS



Przekazanie informacji na temat świadczeń z zakresu MHPSS podmiotom udzielającym pomocy humanitarnej i członkom społeczności

3.1

Przekazanie podmiotom, udzielającym pomocy humanitarnej i członkom społeczności informacji wprowadzających na temat świadczeń z zakresu MHPSS i propagowanie zagadnień i działań związanych z MHPSS

Przekazywanie podmiotom udzielającym pomocy humanitarnej informacji na temat świadczeń z zakresu MHPSS oraz propagowanie zagadnień i działań z tym związanych, może **wpłynąć na te podmioty** tak, aby wzięły pod uwagę kwestie z tego zakresu, tym samym promując i chroniąc zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny populacji dotkniętych kryzysem.

Obejmuje to udzielanie pomocy w sposób pełen empatii, **przyczyniający się do poszanowania godności, autonomii, bezpieczeństwa, wzmocnienia poczucia sprawstwa i wsparcia społecznego**, a zarazem minimalizujący cierpienie psychiczne.

Podmioty udzielające pomocy humanitarnej i członkowie społeczności lokalnej powinni być informowani o znaczeniu **włączenia świadczeń z obszaru MHPSS** w zakres **działań różnych sektorów związanych z interwencją kryzysową**, wraz z informacją o oczekiwanych rezultatach i kwestiach, które należy wziąć pod uwagę (*zob. również* ⇒ [„Kto powinien realizować zadania w ramach pakietu MHPSS MSP?”](#)).

Szkolenia na temat MHPSS i propagowanie wiedzy w tym zakresie może pomóc decydom w zaakceptowaniu **korzyści płynących ze świadczeń MHPSS** i może prowadzić do pozyskania większych zasobów, w tym środków finansowych.



Staranne **planowanie i koordynacja** działań informacyjnych i propagujących tematykę MHPSS może pomóc w zapewnieniu spójnego przekazu i może zwiększyć ich skuteczność (*zob. działanie MSP* ⇒ [1.1](#)).

DZIAŁANIE

Przekazanie podmiotom udzielającym pomocy humanitarnej i członkom społeczności lokalnej informacji wprowadzających na temat świadczeń z zakresu MHPSS i propagowanie zagadnień i działań związanych z MHPSS



Podstawowe działania

- ✓ Opracowanie **planu warsztatów informacyjnych wspierających działania propagujące zagadnienia z zakresu MHPSS** oraz dyskusji na te tematy, skierowanych do docelowych grup uczestników (np. osób udzielających pomocy humanitarnej i decydentów; podmiotów rządowych; świadczeniodawców z różnych sektorów; komitetów społecznych w różnych sektorach; liderów lokalnych społeczności; lokalnych organizacji społecznych/organizacji społeczeństwa obywatelskiego, w tym organizacji prowadzonych przez kobiety i organizacji działających na rzecz osób z niepełnosprawnościami, oraz opiekunów młodzieży i osób zaangażowanych w pracę na rzecz młodych ludzi itp.).
- ✓ Opracowanie **komunikatów informacyjnych** np. na temat dostępnych świadczeń i wsparcia w zakresie MHPSS oraz roli różnych podmiotów i sektorów we wspieraniu i promocji zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego; (zob. [działanie MSP](#) ⇒ 3.3).
- ✓ **Organizowanie i opracowywanie materiałów informacyjnych**, dostosowanych do kontekstu i populacji dotkniętych kryzysem, z uwzględnieniem umiejętności czytania i pisania, kultury, dostępu do technologii (co może obejmować m.in. sesje dyskusyjne, audycje radiowe, filmy wideo, plakaty, ulotki informacyjne, prezentacje PowerPoint, materiały rozdawane na ulicy), różnorodności i zaangażowania osób w różnym wieku i różnej płci, osób z niepełnosprawnościami i posiadających inne charakterystyczne cechy, a także podgrup o szczególnych potrzebach (np. trudno dostępnych populacji).
- ✓ **Prowadzenie zajęć informacyjnych i spotkań** w odpowiednich, bezpiecznych i dostępnych miejscach.
- ✓ **Podejmowanie działań monitorujących**, zapewniających dodatkowe informacje w razie potrzeby oraz wsparcie podmiotów niosących pomoc humanitarną i członków społeczności we włączaniu działań i zagadnień z zakresu MHPSS w ramy ich działalności.
- ✓ **Zaangażowanie personelu posiadającego wiedzę merytoryczną z zakresu MHPSS i koordynacja działań z grupami roboczymi ds. MHPSS** w celu wyboru grup i podmiotów docelowych, zaangażowanych w działania rzecznicze, opracowanie kluczowych komunikatów oraz organizowanie spotkań i rozpowszechnianie informacji.

Możliwe działania uzupełniające (w zależności od kontekstu i dostępnych zasobów)

- ✓ Organizowanie **spotkań lub warsztatów o szerszym zasięgu**, gromadzących wielu interesariuszy i mobilizujących długoterminowe wysiłki i zasoby na rzecz świadczeń i działań z zakresu MHPSS (np. uwzględniających podmioty rządowe z różnych ministerstw, darczyńców itp.).
- ✓ Współpraca z lokalnymi i krajowymi partnerami (np. podmiotami rządowymi, lokalnymi organizacjami społecznymi/organizacjami społeczeństwa obywatelskiego, takimi jak organizacje grupujące świadczeniobiorców, organizacje osób z niepełnosprawnościami) w celu **rozwijania potencjału** do prowadzenia działań propagujących zagadnienia z obszaru MHPSS (np. poprzez szkolenia i seminaria).

Wytyczne, standardy i narzędzia



[Kliknij tutaj](#), aby uzyskać dostęp do odpowiednich wytycznych, standardów i narzędzi.



3.2 Przekazanie pracownikom na pierwszej linii i liderom społeczności lokalnej informacji na temat podstawowych umiejętności udzielania wsparcia psychospołecznego

Pracownicy organizacji humanitarnych działający na pierwszej linii, wolontariusze i liderzy społeczności lokalnej powinni posiadać **podstawowe umiejętności w zakresie udzielania wsparcia psychospołecznego** tak, by mogli służyć wsparciem osobom doświadczającym cierpienia psychicznego. Zaleca się, aby pracownicy pierwszej linii ze wszystkich sektorów i zaufani członkowie społeczności zapewniali tę formę wsparcia w ramach swoich obowiązków w kontaktach z osobami doświadczającymi poważnych cierpienia psychicznego lub mających pilne potrzeby z zakresu MHPSS.

Nie jest to interwencja psychologiczna – jest to raczej **podstawowa, ludzka i wspierająca reakcja** na cierpienie, stanowiąca punkt wyjścia do udzielania dalszego wsparcia i **przekierowania do odpowiednich świadczeń**. Aby zaradzić pogorszeniu funkcjonowania wynikającemu z cierpienia psychicznego lub zaburzeń zdrowia psychicznego, wymagane będą dodatkowe interwencje (*zob. działania MSP* → 3.10, → 3.11 oraz → 3.12).

Podstawowe umiejętności w zakresie wsparcia psychospołecznego obejmują **uwagę słuchanie, ocenę podstawowych potrzeb**, promowanie **wspierania społecznego, ochronę** przed dalszą krzywdą oraz **udostępnianie kontaktu** do odpowiednich świadczeń i zasobów.

Wsparcie to powinno być udzielane w odpowiednim otoczeniu (np. w poradniach, placówkach odpowiedzialnych za zapewnienie bezpieczeństwa, w społeczności lokalnej) **różnym grupom ludności** i powinno stanowić jeden z elementów **szerszych protokołów reagowania w ramach MHPSS w różnych sektorach**, wdrażanych równoległe z kompleksowymi usługami i zadaniami z obszaru MHPSS.

 Organizacje powinny **współdziałać ze sobą i koordynować** działania, służące organizacji szkoleń wprowadzających w zakresie podstawowych umiejętności udzielania wsparcia psychospołecznego.

DZIAŁANIE

Wewnątrzsektorowa i międzysektorowa koordynacja działań z zakresu MHPSS



Podstawowe działania

- ✓ Identyfikacja **odpowiednich środowisk i grup docelowych**, w tym pracowników na pierwszej linii reagowania humanitarnego i kluczowych liderów społeczności, do których ludzie mogą zwrócić się o wsparcie (np. personel pierwszej linii, pracujący w punktach wjazdu i ośrodkach recepcyjnych, strażnicy; pracownicy ochrony zdrowia, kierownicy karet pogotowia, pracownicy zajmujący się żywnością i dystrybucją żywności; pracownicy zajmujący się kwestiami wody i higieny; pracownicy zarządzający obozami i schroniskami, nauczyciele, liderzy młodzieżowi i liderki organizacji kobiecych, przywódcy religijni, liderzy społeczności, tłumacze/mediatorzy kulturowi i władze lokalne) – w koordynacji z odpowiednimi podmiotami/sektorami.

- ✓ Opracowanie/wyбір, ⇒ **adaptacja** i przetłumaczenie **materiałów informacyjnych**, dotyczących podstawowych umiejętności w zakresie wsparcia psychospołecznego dla wybranych grup docelowych (np. psychologiczna pierwsza pomoc dla dorosłych i dzieci, materiały dotyczące protokołu LIVES dla osób zajmujących się pomocą ofiarom przemocy ze względu na płeć, kieszonkowy poradnik ułatwiający wspieranie osób z doświadczeniem przemocy ze względu na płeć, gdy specjalistyczne świadczenia nie są dostępne, [zob. priorytet](#) ⇒ [21](#) oraz [priorytet](#) ⇒ [16](#)).
- ✓ Opracowanie **listy dostępnych świadczeń i form wsparcia**, aby udostępnić ją personelowi i wolontariuszom przeszkolonym w zakresie udzielania podstawowego wsparcia psychospołecznego.
- ✓ **Realizacja przeszkoleń** z zakresu podstawowego wsparcia psychospołecznego, wspomaganych przez personel posiadający wiedzę merytoryczną z zakresu MHPSS.

Możliwe działania uzupełniające (w zależności od kontekstu i dostępnych zasobów)

- ✓ Prowadzenie **szkoleń odświeżających i sesji uzupełniających**, w celu zapewnienia pracownikom pierwszej linii i wolontariuszom możliwości doskonalenia umiejętności i zapewnienia im instruktażu w formie coachingu.
- ✓ Rozwijanie zdolności **lokalnych organizacji i agencji** tak, aby ich personel był odpowiednio przeszkolony w zakresie zapewniania podstawowego wsparcia psychospołecznego.
- ✓ Zapewnienie podstawowego wsparcia psychospołecznego (np. zapobieganie samobójstwom, wsparcie dla ofiar przemocy ze względu na płeć) za pośrednictwem **infolinii**, obsługiwanych przez dobrze wyszkolony i poddany superwizji personel.

Wytyczne, standardy i narzędzia



[Kliknij tutaj](#), aby uzyskać dostęp do odpowiednich wytycznych, standardów i narzędzi.



Priorytet 21: Opracowanie wytycznych, dotyczących udzielania wsparcia psychospołecznego określonym grupom lub w określonych sytuacjach kryzysowych

Podstawowe umiejętności udzielania wsparcia psychospołecznego są czasem określane także jako podstawowe kompetencje psychospołeczne, podstawowe umiejętności udzielania pomocy, fundamentalne umiejętności udzielania pomocy lub podstawowe umiejętności kliniczne. Czynności w ramach [działania MSP](#) ⇒ [3.2](#) dotyczą szkolenia pracowników pierwszej linii i liderów społeczności lokalnych w zakresie podstawowych umiejętności udzielania wsparcia psychospołecznego, niezależnie od sektora czy otoczenia. Aby rozwijać te umiejętności, opracowano szereg odpowiednich modeli i pakietów szkoleniowych, przy czym niektóre z nich koncentrują się na konkretnych kontekstach pomocy humanitarnej i populacjach docelowych:



- ▶ **Pierwsza pomoc psychologiczna:** np. [World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International \(2011\)](#). ⇒ [Psychological First Aid Guide for Field Workers](#), ⇒ [Facilitator's Manual for orienting field workers](#). Obejmuje to ogólne zasady pierwszej pomocy psychologicznej, mające zastosowanie w przypadku osób doświadczających ostrych cierpień psychicznych, spowodowanych wystąpieniem zdarzenia kryzysowego w różnych środowiskach i populacjach.
- ▶ **Pierwsza pomoc psychologiczna, skierowana specjalnie do dzieci:** np. [Save the Children \(2013\)](#). ⇒ [PFA Training Manual for Child Practitioners](#), oraz [kurs online](#) ⇒ [PFA for Children \(2017\)](#). Materiały te zawierają bardziej szczegółowe informacje na temat udzielania wsparcia dzieciom cierpiącym psychicznie po doświadczeniu zdarzenia kryzysowego.
- ▶ **Podmioty zajmujące się pomocą w przypadku przemocy ze względu na płeć:** np. [WHO \(2014\)](#). ⇒ [Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook](#). Materiały te dostarczają pracownikom opieki zdrowotnej informacji o pierwszej linii wsparcia w przypadku osób, które doświadczyły przemocy w związku intymnym i napaści na tle seksualnym, zgodnie z zasadami LIVES (słuchanie, pytanie o potrzeby i obawy, weryfikacja, zwiększanie bezpieczeństwa i udzielanie wsparcia – ang.: Listen, Inquire about needs and concerns, Validate, Enhance safety, and Support). [GBV AoR \(2018\)](#) ⇒ [of gender based violence when a GBV actor is not available in your area](#) i zawierają ogólne wskazówki dotyczące protokołów reagowania przy wspieraniu osób, które doświadczyły przemocy ze względu na płeć, przeznaczone dla podmiotów, które nie zajmują się przypadkami takiej przemocy.
- ▶ **Umiejętności w zakresie udzielania wsparcia psychospołecznego w trakcie epidemii chorób zakaźnych:** np. [WHO, CBM Global, World Vision International, UNICEF \(2014\)](#) ⇒ [Psychological First Aid during Ebola Virus Disease Outbreaks](#) oraz [IASC \(2020\)](#) ⇒ [Basic Psychosocial Skills – A Guide for COVID-19 Responders](#). Przewodnik dla osób zajmujących się chorymi na COVID-19 można również dostosować do innych placówek ochrony zdrowia, w których ludzie mogą doświadczać zwiększonego cierpienia psychicznego.⁴¹

Zob. odpowiednie ⇒ [wytyczne, standardy i narzędzia](#), aby uzyskać bardziej wyczerpującą listę materiałów, zobacz także ⇒ [zalecane tematy szkoleń dotyczących podstawowych umiejętności w zakresie udzielania wsparcia psychospołecznego dla pracowników pierwszej linii i liderów społeczności lokalnych](#), dostępne na platformie internetowej MHPSS MSP.



Priorytet 22: Szkolenie dla podmiotów odpowiedzialnych za bezpieczeństwo, pełniących określone role



W uzupełnieniu podstawowych umiejętności udzielania wsparcia psychospołecznego, (zob. [działanie MSP](#) → 3.2), niektóre podmioty odpowiedzialne za sektor bezpieczeństwa mogą potrzebować bardziej specjalistycznych szkoleń i wiedzy z zakresu MHPSS. [Zob. zalecane tematy szkoleń z zakresu MHPSS dla personelu z sektora bezpieczeństwa, dostępne na platformie internetowej MHPSS MSP.](#)

Niektóre obszary sektora ochrony mogą wymagać bardziej dogłębnego szkolenia. Przykładowo, personel przeprowadzający wywiady z osobami, które przeżyły tortury i przemoc, monitorujący i dokumentujący naruszenia bezpieczeństwa i praw człowieka oraz prowadzący pogłębioną pracę z populacjami zagrożonymi kryzysem może wymagać głębszego zrozumienia wpływu oddziaływania głęboko stresujących wydarzeń na pamięć i inne aspekty funkcji poznawczych.



Priorytet 23: Zapewnienie podstawowego wsparcia psychospołecznego w placówkach opieki zdrowotnej



Osoby, które podczas kryzysów humanitarnych **doświadczają poważnych chorób fizycznych lub urazów**, ponoszą większe ryzyko cierpień psychicznych i zaburzeń zdrowia psychicznego.



Dotyczy to osób i rodzin osób, które mogą cierpieć z powodu obrażeń lub stanów chorobowych, **zagrożających życiu** (np. osoby objęte opieką medyczną w przypadkach ostrych), osoby, które doznały **obrażeń** skutkujących trwałą **niepełnosprawnością lub ograniczeniem sprawności** (np. osoby, które ucierpiały wskutek kontaktu z minami lub niewybuchami, osoby ranne w konfliktach i katastrofach), a także osoby wymagające **opieki paliatywnej** (zob. [działanie MSP](#) → 4.1).



Wiele kwestii **związanych ze zdrowiem seksualnym i reprodukcyjnym** może prowadzić do poważnych cierpień psychicznych, w tym wczesna i niechciana ciąża; przedłużający się i skomplikowany poród; śmierć noworodka; poronienie; aborcja; niepłodność; diagnoza chorób przenoszonych drogą płciową (np. HIV, kiła, rzeżączka itp.); przetoka pochwowa, a także przemoc ze strony partnera w związku intymnym lub przemoc seksualna. (zob. [działanie MSP](#) → 3.11 oraz oświadczenie WHO: [WHO's statement on providing person-centred and compassionate care and respectful maternity care](#)⁴²).



Przeszkolenie **personelu medycznego** (np. lekarzy, pielęgniarek, położnych, asystentów lekarzy, personelu świadczącego usługi dotyczące zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego (SRH), pomocy doraźnej lub opieki paliatywnej/terminalnej), pracujących w odpowiednich **placówkach** (np. w szpitalach, ośrodkach świadczących usługi z obszaru SRH, ośrodkach rehabilitacyjnych) w zakresie udzielania podstawowego wsparcia psychospołecznego może mieć **znaczący wpływ** na dobrostan osób znajdujących się pod ich opieką i członków ich rodzin. Odpowiedni **dobór pracowników i wolontariuszy** na szkolenia będzie zależeć od **kontekstu sytuacji kryzysowej** (np. konkretnych potrzeb, charakterystyki populacji zagrożonych kryzysem, dostępnego czasu i zasobów).



Personel środowiskowej opieki zdrowotnej i wolontariusze mogą odgrywać ważną rolę, zapewniając **podstawowe wsparcie psychospołeczne** w ramach **działań uświadamiających i edukacyjnych**, związanych ze zdrowiem (np. pomagając promować integrację i przeciwdziałać stygmatyzacji osób żyjących z HIV/AIDS, przetoką pochwową lub chorobami zakaźnymi, zapewniając edukację w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego określonym grupom, takim jak nastolatki, a także kontaktując się z osobami i rodzinami, które ucierpiały wskutek poważnych dolegliwości zdrowotnych lub doświadczyły śmierci członków rodziny).

42 We wrześniu 2014 r. WHO wydała oświadczenie w sprawie zapobiegania brakowi szacunku i złemu traktowaniu rodzających podczas porodu oraz eliminacji tych zjawisk. Podczas porodu wiele kobiet na całym świecie doświadcza braku szacunku, nadużyć lub lekceważącego traktowania w placówkach opieki zdrowotnej. Praktyki te mogą naruszać prawa kobiet, zniechęcać je do poszukiwania usług opieki zdrowotnej dla matek i korzystania z takich usług oraz mogą mieć wpływ na ich zdrowie i dobrostan. WHO (2014). [Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth](#).



Wzmocnienie samopomocy i udzielenie wsparcia społecznościom lokalnym

3.3 Rozpowszechnianie najważniejszych informacji na temat wspierania zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego

W sytuacjach kryzysowych większość osób doświadcza **cierpienia psychicznego** (manifestującego się np. smutkiem, strachem, złością).

Większość osób dotkniętych kryzysem zaczyna odczuwać stopniową poprawę, zwłaszcza jeśli stosują **pomocne strategie radzenia sobie ze stresem i otrzymują wsparcie** ze strony rodziny i środowiska.

Upowszechnianie kluczowych informacji może stanowić zachętę do wdrażania pozytywnych strategii radzenia sobie z trudnościami oraz szukania pomocy i wsparcia dla osób doświadczających cierpienia psychicznego.

Najistotniejsze treści informacyjne można **opracować od nowa** – na potrzeby konkretnej sytuacji kryzysowej i określonego kontekstu – lub można je **dostosować**, korzystając z puli już dostępnych najważniejszych komunikatów.

Kluczowe informacje powinny być proste, precyzyjne i konkretne oraz powinny pomagać ludziom zrozumieć **normalne i powszechne** reakcje na stres, przekazywać oczekiwania dotyczące **odporności psychicznej**, podkreślać odpowiednie dla danej kultury i wieku **strategie radzenia sobie z trudnościami**, zniechęcać do szkodliwych sposobów radzenia sobie z problemem (takich jak nadużywanie alkoholu) oraz zawierać informacje o tym, **gdzie i jak uzyskać dostęp do świadczeń i wsparcia z zakresu MHPSS**.

DZIAŁANIE

Rozpowszechnianie najważniejszych informacji na temat wspierania zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego



Podstawowe działania

- ✓ **Przegląd istotnych informacji** (np. istniejących kluczowych komunikatów, przeznaczonych dla określonych grup i dotyczących odpowiednich tematów) oraz **już podejmowanych działań komunikacyjnych** (np. realizowanych przez inne podmioty humanitarne) w celu wsparcia planowania i koordynacji (np. za pośrednictwem grup roboczych ds. MHPSS).⁴³
- ✓ **Opracowywanie/identyfikacja, ⇒ adaptacja i przetłumaczenie** istotnych kulturowo kluczowych komunikatów we współpracy z grupami docelowymi (np. poprzez partycypacyjne dyskusje z udziałem członków danej społeczności w różnym wieku i różnej płci, osób z niepełnosprawnościami i osób posiadających inne różnorodne cechy, a także innych istotnych interesariuszy, takich jak osoby pracujące w sektorze zdrowia, zapewnienia bezpieczeństwa lub edukacji, przedstawiciele rządu, podmioty reprezentujące wspólnoty wyznaniowe oraz osoby, które same doświadczyły problemów związanych ze zdrowiem psychicznym); *zob. również działania dotyczące zaangażowania społeczności lokalnej w działanie MSP ⇒ 2.1*.⁴⁴
- ✓ Uzyskanie **opinii lokalnej społeczności** na temat materiałów komunikacyjnych i informacyjnych przed i po ich rozpowszechnieniu, oraz weryfikacja dokładności i stosowności tłumaczeń.
- ✓ **Rozpowszechnianie kluczowych przekazów informacyjnych** we współpracy z członkami społeczności lokalnej i innymi podmiotami, niosącymi pomoc humanitarną przy użyciu środków przekazu dostosowanych do kontekstu, z uwzględnieniem kultury, umiejętności czytania i pisania, poziomu przystępności i dostępu do technologii (np. sesje dyskusyjne, plakaty, ulotki informacyjne, komunikaty radiowe, kampanie w mediach społecznościowych, filmy wideo, miejscowe teatry amatorskie, komiksy w gazetach czy narzędzia cyfrowe, takie jak chatboty).⁴⁵
- ✓ Angażowanie **personelu, posiadającego wiedzę merytoryczną z zakresu MHPSS** w celu zapewnienia merytorycznego nadzoru nad opracowywaniem i rozpowszechnianiem informacji dotyczących MHPSS.

Możliwe działania uzupełniające (w zależności od kontekstu i dostępnych zasobów)

- ✓ Opracowanie i rozpowszechnianie **dodatkowych kluczowych przekazów informacyjnych dostosowanych do określonych podgrup** (np. mężczyzn, kobiet, osób starszych, nastolatków, opiekunów, opiekunów dzieci z niepełnosprawnościami, osób z niepełnosprawnościami, osób, które doświadczyły przemocy ze względu na płeć, osób LGBTQ+, migrantów i uchodźców posługujących się różnymi językami i pochodzących z różnych środowisk itp.).
- ✓ Opracowanie **szerezo zakrojonych kampanii partycypacyjnych** w wielu przystępnych formatach w celu promowania zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego osób cierpiących na zaburzenia zdrowia psychicznego, tak by propagować i chronić ich prawa (np. prawo do integracji i dostęp do świadczeń i możliwości) oraz by podkreślać ich potencjał.
- ✓ **Monitoring i ewaluacja** wykorzystania, wpływu i postrzegania materiałów i przekazów informacyjnych.

Wytyczne, standardy i narzędzia



[Kliknij tutaj](#), aby uzyskać dostęp do odpowiednich wytycznych, standardów i narzędzi.

43 Współpraca ze specjalistami ds. zmian społecznych i behawioralnych (SBC) może poprawić skuteczność kampanii informacyjnych i innych działań w obszarze MHPSS. Analiza zmian społecznych i behawioralnych polega na wykorzystaniu nauk społecznych i dowodów naukowych w celu zrozumienia i uwzględnienia czynników poznawczych, społecznych i strukturalnych, które kształtują zachowania i normy społeczne. Wykorzystując różne sposoby działania, takie jak komunikacja, mobilizacja społeczna i zaangażowanie społeczności, zespoły ds. SBC współpracują z członkami społeczności, aby zrozumieć ich postawy, przekonania i zachowania oraz promować pozytywne zmiany, zbierać informacje zwrotne, reagować na krążące pogłoski i współprojektować rozwiązania, jednocześnie wzmacniając pozycję społeczności i jej poczucie sprawstwa. Przykładowo, przeprowadzane są ćwiczenia wykorzystujące technikę „social listening”/uzyskiwania informacji zwrotnych w trybie online i offline w celu zidentyfikowania obaw, luk informacyjnych, istniejących źródeł wsparcia i mechanizmów radzenia sobie z problemami. Komunikacja na rzecz zmiany społecznej i behawioralnej (SBCC) jest czasami znana jako komunikacja na rzecz rozwoju (Communication for Development – C4D), komunikacja ze społecznościami (Communicating With Communities – CWC) oraz zaangażowanie i odpowiedzialność społeczności (Community Engagement & Accountability – CEA)

44 Materiały źródłowe dla opracowania kluczowych przekazów informacyjnych [można znaleźć w odpowiednich wytycznych, standardach i narzędziach związanych z tym działaniem, dostępnych na platformie internetowej MHPSS MSP](#).

45 Przykłady narzędzi cyfrowych można znaleźć w [odpowiednich rozdziałach właściwych wytycznych, standardów i narzędzi związanych z tym działaniem, dostępnych na platformie internetowej MHPSS MSP](#).



3.4 Wspieranie nowych oraz istniejących wcześniej w społeczności lokalnej grupowych działań z zakresu MHPSS

Członkowie społeczności lokalnej są zwykle pierwszymi osobami, które reagują na sytuacje kryzysowe, i mają największą **wiedzę** na temat lokalnych zasobów, strategii radzenia sobie z problemami, kultury i geografii. **Działania realizowane przez społeczność lokalną** mogą być istotne i trwałe oraz mogą zmniejszyć zależność od wsparcia zewnętrznego. Zazwyczaj przybierają one formę działań grupowych.

Podmioty niosące pomoc humanitarną mogą wspierać **istniejące wcześniej lokalne inicjatywy społeczne**, promujące zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny (np. przywrócenie działalności kulturalnej i aktywności religijnej, grup wsparcia, sieci młodzieżowych i innych grup opartych na wspólnych zainteresowaniach, problemach, tradycjach lub działaniach), i mogą współpracować z tymi inicjatywami w celu wzmocnienia ich zdolności reagowania na potrzeby z obszaru MHPSS (np. zapewnienie bezpiecznych przestrzeni, w których można się spotykać, budowanie kompetencji w zakresie MHPSS lub umiejętności moderowania pracy grup, ułatwianie integracji osób z niepełnosprawnościami).

Podmioty niosące pomoc humanitarną **mogą również ułatwiać podejmowanie nowych lokalnych grupowych inicjatyw w obszarze MHPSS** (takich jak grupy dyskusyjne i grupy wsparcia, inicjatywy samopomocy, odpowiednie wspólne praktyki terapeutyczne, działania oparte na sztuce).

Wspólne zaangażowanie w działania reagowania kryzysowego może pomóc członkom społeczności w przywróceniu **poczucia sprawstwa i nadziei**, wzmocnieniu **więzi społecznych** oraz zapewnieniu **poczucia zbiorowej tożsamości i przynależności**, czyli czynników sprzyjających dobrostanowi i powrotowi do zdrowia.



Aby wykorzystać umiejętności, pomysły i doświadczenia osób w różnym wieku, różnej płci i zróżnicowanych pod innymi względami, w tym osób z niepełnosprawnościami, należy wspierać ich uczestnictwo w działaniach prowadzonych przez społeczność lokalną. Działania te stwarzają okazję, by proaktywnie **integrować i wspierać grupy zagrożone marginalizacją**, takie jak osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego, migranci, uchodźcy, osoby przesiedlone wewnętrznie oraz osoby z niepełnosprawnościami. (zob. [↔ materiał na temat sposobów dotarcia do osób i grup podwyższonego ryzyka "How can groups and persons at increased risk be prioritized and reached with MHPSS MSP activities and services?"](#) oraz [📖 zasoby dotyczące usług z zakresu MHPSS dla grup ryzyka, dostępne na platformie internetowej MHPSS MSP](#)).

DZIAŁANIE

Wspieranie nowych oraz istniejących wcześniej w społeczności lokalnej grupowych działań z zakresu MHPSS



Podstawowe działania

- ✓ Identyfikacja **istniejących, prowadzonych przez lokalną społeczność inicjatyw**, struktur i mechanizmów wsparcia (np. grupy wsparcia, wspólnoty wyznaniowe i inne grupy oparte na wspólnych zainteresowaniach, problemach, tradycjach lub działaniach) oraz ocena wsparcia potrzebnego do zachowania lub rozszerzenia działań (*zob. działanie MSP ⇒ 1.2*).
- ✓ Promowanie i wspieranie **nowych działań w obszarze MHPSS**, opartych na grupowych inicjatywach społeczności lokalnej, mających na celu wzmocnienie zasobów radzenia sobie z problemami i wsparcia społecznego (np. sieci wsparcia rówieśniczego; grup koncentrujących się na konkretnych kwestiach wymagających uwagi; grup wsparcia dla osób starszych, osób z niepełnosprawnościami i ich opiekunów).
- ✓ Zapewnienie **wsparcia merytorycznego, finansowego lub rzeczowego** dla istniejących lub nowych działań społeczności lokalnych, promujących zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny (np. pomoc w naprawie/wymianie uszkodzonego sprzętu, moderowanie dyskusji i działań partycypacyjnych, zapewnienie zasobów i informacji samopomocowych, zapewnienie krótkich szkoleń partycypacyjnych w obszarze MHPSS, moderowania grup lub promocji spójności społecznej).
- ✓ Wspieranie **inicjatyw społecznych, rekreacyjnych i kulturalnych**.
- ✓ Umożliwienie dostępu do **bezpiecznej, odpowiedniej przestrzeni** (np. dla osób starszych, osób z niepełnosprawnościami, osób o odmiennej orientacji seksualnej), w której w razie potrzeby można prowadzić działania.
- ✓ Zapewnianie dorosłym i dzieciom pomocy w dostępie do informacji i nawiązywaniu kontaktu z członkami rodziny oraz innymi podmiotami udzielającymi wsparcia społecznego (np. poprzez **wykorzystanie technologii informatycznych, telefonów i usług ładowania telefonów**, w zależności od kontekstu, kultury, umiejętności czytania i pisania oraz dostępu do technologii).
- ✓ Ułatwianie **nawiązywania kontaktów i przekierowania** do wszelkich potrzebnych świadczeń i form wsparcia (np. świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego, zdrowia ogólnego, bezpieczeństwa i edukacji, bezpieczeństwa żywnościowego i wsparcia bytowego).
- ✓ W razie potrzeby **angażowanie personelu posiadającego wiedzę merytoryczną z zakresu MHPSS** w celu zapewnienia nadzoru merytorycznego (np. by upewnić się, że prowadzone działania sprzyjają dobrostanowi i nie powodują szkód).

Możliwe działania uzupełniające (w zależności od kontekstu i dostępnych zasobów)

- ✓ Zapewnienie dodatkowego **wsparcia merytorycznego, finansowego lub rzeczowego** w celu długoterminowego utrzymania lub rozbudowy mechanizmów wsparcia realizowanych przez społeczność lokalną (np. działających długoterminowo lokalnych organizacji społecznych lub mniej formalnych grup).

Wytyczne, standardy i narzędzia



[Kliknij tutaj](#), aby uzyskać dostęp do odpowiednich wytycznych, standardów i narzędzi.



3.5

Realizacja zadań z zakresu działań wspomagających wczesny rozwój dzieci i wsparcie dla ich opiekunów⁴⁶

Opiekunowie⁴⁷ mają znaczący wpływ na fizyczny, poznawczy, emocjonalny i społeczny rozwój dzieci poprzez swoje **praktyki opiekuńcze**, szczególnie w ciągu pierwszych trzech lat życia dziecka.

Dzieci, którym nie zapewniono **opieki odpowiadającej ich potrzebom**⁴⁸ lub stosownych możliwości w zakresie **wczesnej edukacji**,⁴⁹ zazwyczaj rozwijają się gorzej pod względem fizycznym, społecznym, emocjonalnym i poznawczym, co może mieć długotrwały wpływ na ich zdrowie psychiczne, zachowanie i ogólne funkcjonowanie, w tym na ich wyniki w szkole i późniejsze zatrudnienie.

Konsekwencje **kryzysów humanitarnych**, takie jak brak bezpieczeństwa żywnościowego, ubóstwo, przemoc, ograniczony dostęp do świadczeń i **zły stan zdrowia psychicznego**, mogą znacznie zmniejszyć zdolność opiekunów w zakresie wspierania dzieci w ich rozwoju.

Wspieranie **zdrowia psychicznego i dobrostanu opiekunów**, a także ich zdolności do zapewniania dzieciom opieki odpowiadającej ich potrzebom i możliwości wczesnego uczenia się, może mieć pozytywny wpływ na rozwój dziecka.



Działania w ramach wspomagania wczesnego rozwoju dzieci mogą także wzmacniać **sieci wsparcia społecznego** i zapewnić niestigmatyzujące sposoby priorytetowego traktowania, integracji i wspierania **opiekunów i dzieci z grup ryzyka** (np. dzieci z zaburzeniami rozwojowymi lub zaburzeniami zdrowia psychicznego, opiekunów i dzieci narażonych na ryzyko nadużyć związanych z bezpieczeństwem); *zob. materiał pt.* → [“How can groups and persons at increased risk be prioritized and reached with MHPSS MSP activities and services”](#) oraz [zastosowania na temat MHPSS dla grup ryzyka](#), dostępne na platformie internetowej MHPSS MSP).

46 Wczesny rozwój dziecka to proces rozwoju poznawczego, fizycznego, językowego, charakterologicznego, społecznego i emocjonalnego oraz motorycznego małych dzieci od momentu poczęcia do ósmego roku życia. WHO (2020). [Improving Early Childhood Development: WHO Guideline](#).

47 Termin „opiekunowie” odnosi się do osób pełniących obowiązki rodzicielskie, niezależnie od tego, czy są biologicznymi rodzicami lub prawnymi opiekunami dzieci znajdujących się pod ich opieką, czy też nie.

48 „Opieka odpowiadająca potrzebom dziecka” to opieka, którą zapewnia się niezwłocznie, konsekwentnie i odpowiednio dostosowuje do sygnałów, zachowań i potrzeb dziecka w zakresie bezpieczeństwa, edukacji i rozwoju. WHO (2020). [Improving Early Childhood Development: WHO Guideline](#).

49 Odnosi się to do każdej okazji stwarzanej niemowlęciu, małemu dziecku lub starszemu dziecku do interakcji z osobami, miejscami lub przedmiotami w ich otoczeniu, przy czym uznaje się, że każda interakcja (pozytywna lub negatywna, lub jej brak) przyczynia się do rozwoju mózgu dziecka i tworzy podstawy do dalszej nauki. WHO (2020). [Improving Early Childhood Development: WHO Guideline](#).

DZIAŁANIE

Realizacja zadań z zakresu działań wspomagających wczesny rozwój dzieci i wsparcie dla ich opiekunów



Podstawowe działania

- ✓ **Określenie możliwości realizacji** zintegrowanych zadań w ramach wspomagania wczesnego rozwoju dzieci (np. w zakresie programów żywieniowych, zdrowotnych, edukacyjnych, dotyczących bezpieczeństwa dzieci).
- ✓ Współpraca z opiekunami i liderami społeczności lokalnej w celu **oceny możliwości, potrzeb i kwestii**, które mogą wymagać uwzględnienia w ramach działań wspomagających wczesny rozwój dziecka (np. uwzględnianie pozytywnych norm i praktyk społecznych, zwalczanie szkodliwych praktyk, identyfikacja i wspieranie grup ryzyka).
- ✓ W porozumieniu z opiekunami i innymi zainteresowanymi stronami, opracowanie/wyбір, ⇒ **adaptacja** i przetłumaczenie **materiałów informacyjnych, szkoleniowych i programowych** dotyczących wczesnego rozwoju dziecka (np. najważniejszych informacji na temat wczesnej stymulacji i opieki odpowiadającej potrzebom dziecka), a także materiałów dotyczących zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego opiekunów (*zob. działanie MSP ⇒ 2.1*).
- ✓ **Przeszkolenie i superwizja moderatorów** lub **pracowników środowiskowych** odpowiedzialnych za prowadzenie i wspieranie działań z zakresu wczesnego rozwoju dziecka (np. szkolenia wprowadzające, rozpowszechnianie informacji, budowanie potencjału opiekunów, nowe lub wcześniej istniejące formy wsparcia wczesnego rozwoju dziecka; *zob. ↗ rekomendowane tematy szkoleń z dziedziny MHPSS dla pracowników zapewniających wsparcie młodym opiekunom, opiekunom oczekującym narodzin dziecka i małym dzieciom, dostępne na platformie internetowej MHPSS MSP*).
- ✓ **Przeszkolenie personelu** odpowiednich sektorów **w zakresie uwzględniania i przekazywania kluczowych informacji na temat wspomagania wczesnego rozwoju dzieci** w ramach ich pracy (np. informowanie pracowników opieki zdrowotnej i pomocy społecznej o obecnych programach żywieniowych oraz programach ochrony zdrowia i opieki prenatalnej).
- ✓ Wspieranie nowych lub już istniejących **form opieki nad małymi dziećmi** poprzez ułatwianie nauki poprzez zabawę, stwarzanie opiekunom i małym dzieciom możliwości interakcji i zabawy oraz promowanie nieformalnych spotkań rodziców.
- ✓ **Zapewnienie przeszkolenia lub szkoleń umiejętności opiekunom** małych dzieci i osobom spodziewającym się dziecka, w tym opiekunom dzieci z niepełnosprawnościami i dzieci szczególnie narażonych na nadużycia (takich jak dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, dzieci z zaburzeniami psychicznymi, dzieci mające powiązania z siłami zbrojnymi i grupami zbrojnymi, dzieci, które doświadczyły przemocy seksualnej lub przemocy ze względu na płeć; *zob. priorytet ⇒ 34*), w celu poprawy ich wiedzy i umiejętności w zakresie wczesnego rozwoju dzieci (np. poprzez coaching, pokazy, ćwiczenia praktyczne, odgrywanie ról).
- ✓ **Rozpowszechnianie przekazów informacyjnych na temat wczesnego rozwoju dzieci za pomocą mediów dostosowanych do kontekstu** (z uwzględnieniem kultury, umiejętności czytania i pisanie oraz dostępu do technologii: np. poprzez plakaty, ulotki informacyjne, wiadomości radiowe, kampanie w mediach społecznościowych).
- ✓ Przeprowadzanie **wizyt domowych**, wspierających opiekunów w zakresie odżywiania, zdrowia psychicznego i fizycznego, higieny, interakcji między rodzicami a dziećmi oraz opieki odpowiedniej do potrzeb dziecka. Priorytetowe traktowanie opiekunów z zaburzeniami psychicznymi (takimi jak depresja poporodowa matki) oraz opiekunów dzieci z zaburzeniami rozwojowymi i zaburzeniami zdrowia psychicznego.
- ✓ Zapewnienie dostępu do **bezpiecznej i odpowiedniej przestrzeni** (np. przyjaznej dla niemowląt), w której w razie potrzeby można prowadzić zajęcia.
- ✓ Ułatwianie **nawiązywania kontaktów i przekierowań** do wszelkich potrzebnych świadczeń i form wsparcia (np. w zakresie zdrowia psychicznego, zdrowia, bezpieczeństwa, żywienia, edukacji, i innych świadczeń odpowiednich dla małych dzieci i ich opiekunów).
- ✓ **Zaangażowanie personelu, posiadającego wiedzę merytoryczną z zakresu wczesnego wspomagania rozwoju dziecka**, tak by zapewnić stały nadzór merytoryczny, superwizję i wsparcie dla moderatorów i pracowników terenowych.

Możliwe działania uzupełniające (w zależności od kontekstu i dostępnych zasobów)

- ✓ **Promowanie sieci wsparcia opiekunów dzieci** poprzez tworzenie lub wzmacnianie grup społecznościowych, grup wzajemnego wsparcia, grup zabawowych i grup samopomocy (*zob. działanie MSP → 3.4*).
- ✓ Uwzględnienie zagadnień i działań z zakresu wspomagania wczesnego rozwoju dziecka **w bezpiecznych przestrzeniach**, specjalnie przeznaczonych dla kobiet w ciąży, matek karmiących piersią i nastolatek.
- ✓ Zapewnienie opiekunom dzieci **zorganizowanego wsparcia grupowego** w ramach interwencji z zakresu MHPSS.
- ✓ Podjęcie kroków w celu wspierania trwałej **integracji działań i aspektów związanych z wczesnym rozwojem dziecka** z systemami opieki (np. systemami opieki zdrowotnej, opieki społecznej i edukacji).

Wytyczne, standardy i narzędzia



[Kliknij tutaj](#), aby uzyskać dostęp do odpowiednich wytycznych, standardów i narzędzi.



Priorytet 24: Włączanie zadań w zakresie wspomagania wczesnego rozwoju dzieci do programów żywieniowych



W sytuacjach braku bezpieczeństwa żywnościowego, w tym w sytuacjach kryzysowych i podczas klęsk głodu (IPC 4 i 5), opiekunowie małych dzieci sami mogą być narażeni na niedobory żywności i często doświadczają cierpień psychicznych, a tym samym tracą zdolność do zapewnienia dzieciom przyjaznego i emocjonalnie stymulującego środowiska rozwoju. Prawidłowy rozwój dziecka i jego mózgu zależy od dobrego odżywiania, a także od stymulacji i emocjonalnej reakcji opiekunów.

Połączenie programów wspomagania wczesnego rozwoju dzieci i programów żywieniowych może pozytywnie wzmacniać ich wpływ na rozwój dziecka, interakcje między matką a dzieckiem oraz zdrowie psychiczne opiekunów. Ich połączenie może zapewnić opiekunom wyższy poziom pewności siebie i zdolności reagowania na potrzeby dziecka, jednocześnie zwiększając ich zdolność do zapewnienia dziecku odpowiedniej opieki i karmienia. Przykłady takich programów obejmują:

- ▶ Włączenie kluczowych komunikatów dotyczących wczesnego rozwoju dzieci do działań związanych z karmieniem niemowląt i małych dzieci, takich jak doradztwo żywieniowe (np. podczas ważenia/oceny rozwoju dziecka i dystrybucji suplementów; zob. Sphere Management of malnutrition standard 2.2).
- ▶ Organizowanie systematycznych zajęć grupowych dla matek z niemowlętami i dziećmi (np. w placówkach prowadzących środowiskowe programy terapeutyczne i programy żywienia uzupełniającego).
- ▶ Tworzenie przestrzeni przyjaznych niemowlętom (np. w namiotach do karmienia niemowląt, ośrodkach karmienia terapeutycznego), które zapewniają niemowlętom i małym dzieciom bezpieczną przestrzeń do interakcji z opiekunami i ze sobą nawzajem, podczas gdy ich opiekunowie mogą uczyć się o wspomaganiu wczesnego rozwoju dzieci, obserwując innych i „ucząc się przez działanie”.



Zob. [odpowiednie zasoby](#) na platformie internetowej MHPSS MSP.



3.6

Prowadzenie zajęć grupowych wspomagających zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny dzieci

Zabawa i pozytywne interakcje społeczne mają decydujące znaczenie dla społecznego, emocjonalnego, fizycznego i poznawczego rozwoju dziecka.

Sytuacje kryzysowe znacząco **zaburzają** możliwości zdobywania takich doświadczeń i zakłócają codzienne rutynowe działania, które zapewniają poczucie bezpieczeństwa, normalności i przewidywalności.

Umożliwianie prowadzenia regularnych zajęć **rekreacyjnych i zorganizowanych zajęć grupowych**⁵⁰ w bezpiecznym otoczeniu⁵¹ może zapewnić poczucie **rutyny i stabilności** oraz stworzyć dzieciom możliwości **zabawy**, rozwijania **umiejętności społecznych i emocjonalnych** oraz wspierania **więzi społecznych**.⁵² Zajęcia grupowe dla dzieci są **zazwyczaj realizowane przez podmioty zajmujące się kwestiami związanymi z bezpieczeństwem dzieci i edukacją** oraz są włączone w szersze programy bezpieczeństwa i edukacji. Działania te często mają różnorodne cele, na przykład mogą być zaprojektowane przede wszystkim w celu poprawy zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego, poprawy bezpieczeństwa, lepszego uczenia się lub kombinacji tych celów. W kontekście MHPSS MSP „zajęcia grupowe na rzecz zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego dzieci” odnoszą się do tych działań, których jasno określonym celem jest poprawa stanu zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego i które mierzą odpowiednie związane z tym celem wskaźniki (niezależnie od tego czy działania te mają również inne cele).



Organizowanie zajęć dla dzieci **zapewnia jednocześnie wytchnienie opiekunom**, którzy mogą z trudem radzić sobie z presją sytuacji kryzysowej, a także stwarza możliwości **priorytetowego potraktowania osób z grup ryzyka i ułatwienia im dostępu do tych zajęć** (np. dzieci narażonych na ryzyko nadużyć związanych z bezpieczeństwem, dzieciom z zaburzeniami rozwojowymi lub zaburzeniami zdrowia psychicznego); *zob.* → [materiały na temat sposobów dotarcia do osób i grup podwyższonego ryzyka: „How can groups and persons at increased risk be prioritized and reached with MHPSS MSP activities and services?”](#). oraz ⁵³ [Zasoby dotyczące usług z zakresu MHPSS dla grup ryzyka, dostępne na platformie internetowej MHPSS MSP](#).

50 Zorganizowane (ustrukturalizowane) zajęcia grupowe (nazywane czasem programami „kierowanymi” lub „opartymi na podręcznikach”) obejmują serię moderowanych sesji wzmacniających dobrostan dziecka, zaplanowanych zgodnie z programem zajęć zawierającym wyraźnie określone cele dotyczące MHPSS (zob. wytyczne, standardy i narzędzia w Załączniku 1)

51 Wydana w 2012 r. wersja „Minimalnych standardów bezpieczeństwa dzieci w trakcie działań humanitarnych” (CPMS) zawierała „Standard 17: Child Friendly Spaces”. W [wydaniu z 2019 r.](#) zastąpił go szerszy „Standard 15: Group activities for child well-being”. Odzwierciedla to fakt, że choć zajęcia czasami odbywają się w stałych przestrzeniach, to zajęcia grupowe mogą mieć także charakter mobilny i odbywać się w różnych, rotacyjnie dostępnych lokalizacjach. W przeglądach dowodów naukowych dotyczących przestrzeni przyjaznych dzieciom zauważono, że samo stworzenie bezpiecznej przestrzeni może mieć ograniczony wpływ, podczas gdy charakter i intensywność zadań realizowanych przez prowadzących zajęcia oraz relacje nawiązywane między moderatorami a dziećmi wydają się mieć kluczowe znaczenie z punktu widzenia skuteczności.

52 Wpływ na dobrostan psychiczny – zarówno bezpośredni jak i pośredni – mają również inne zajęcia grupowe, takie jak programy szkoleń zawodowych i programy uświadamiające na temat przemocy ze względu na płeć. Podobnie programy koncentrujące się na tzw. „umiejętnościach życiowych” mogą obejmować różne kwestie istotne dla zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego, od krytycznego myślenia, umiejętności komunikacyjnych i umiejętnego radzenia sobie z problemami, po zdrowie reprodukcyjne, zapobieganie przemocy ze względu na płeć i edukację na temat zagrożeń stwarzanych przez miny. Programy te różnią się znacznie między sobą pod względem stopnia, w jakim wyraźnie odnoszą się do kwestii zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego, uwzględniają cele skoncentrowane na programie MHPSS i mierzą wyniki tego programu.

DZIAŁANIE

Prowadzenie zajęć grupowych wspomagających zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny dzieci



Podstawowe działania

- ✓ **Opracowanie/wyбір oraz** ⇒ **adaptacja** ustrukturyzowanych zajęć i treści programowych określonych na podstawie analiz potrzeb i zasobów oraz priorytetów społeczności lokalnej, ustalonych w toku dyskusji z udziałem społeczności (zob. [działania dotyczące zaangażowania społeczności; działanie MSP ⇒ 2.1](#)). Zapewnienie, że treść programu jest odpowiednia dla społeczności dotkniętej kryzysem, z uwzględnieniem wieku, płci, niepełnosprawności i innych form różnorodności.
- ✓ Opracowanie/wyбір, ⇒ **adaptacja** i przetłumaczenie **programów szkoleń oraz materiałów informacyjnych, komunikacyjnych i edukacyjnych (ICE)** dotyczących wybranych działań.
- ✓ Włączenie **sesji dla opiekunów** do programu zorganizowanych zajęć grupowych w celu wymiany informacji na temat tego, jak sytuacje kryzysowe wpływają na dzieci, oraz na temat wspierających praktyk opiekuńczych (zob. [działanie MSP ⇒ 3.7](#)).
- ✓ **Szkolenie moderatorów** w zakresie prowadzenia wybranych zorganizowanych zajęć grupowych, w tym w zakresie umiejętności prowadzenia zajęć grupowych dla dzieci w różnym wieku (zob. [zalecane tematy szkoleń MHPSS dla moderatorów zajęć grupowych zapewniających dobrostan dzieci, dostępne na platformie internetowej MHPSS MSP](#)).
- ✓ Zapewnienie **zorganizowanych zajęć grupowych** dla dzieci i sesji dla opiekunów.
- ✓ Realizacja prowadzonych pod nadzorem **zajęć rekreacyjnych (takich jak swobodna zabawa, sport, zajęcia kreatywne)**, mających na celu poprawę dobrostanu psychospołecznego (np. poprzez wydarzenia, warsztaty, festiwale lub kampanie).
- ✓ Ułatwienie dostępu do **bezpiecznych przestrzeni** na potrzeby zorganizowanych zajęć grupowych i rekreacyjnych.
- ✓ **Przekazywanie informacji społecznościom i rodzinom dotkniętym kryzysem** o tym, dlaczego oferowane są zorganizowane zajęcia grupowe i jak uzyskać do nich dostęp (np. na przykład na temat wpływu kryzysu na dobrostan i rozwój oraz celów i oczekiwanych rezultatów oferowanych zajęć).
- ✓ Ułatwianie **nawiązywania kontaktów i przekierowań** do wszelkich świadczeń i form wsparcia potrzebnych dzieciom i ich opiekunom (np. do świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego, zdrowia ogólnego, bezpieczeństwa i edukacji).
- ✓ Angażowanie **personelu posiadającego wiedzę merytoryczną, z zakresu MHPSS** w celu superwizji moderatorów i nadzorowania zajęć.

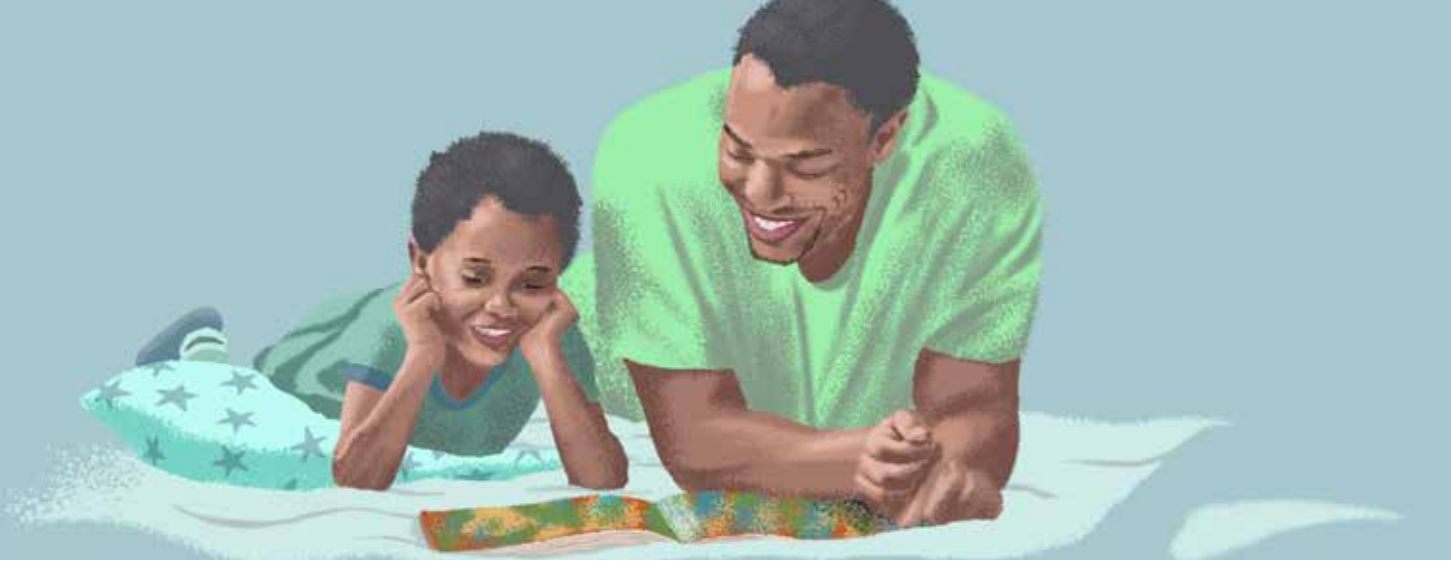
Możliwe działania uzupełniające (w zależności od kontekstu i dostępnych zasobów)

- ✓ **Szkolenie nauczycieli, pracowników opieki nad dziećmi i innych członków społeczności, takich jak liderzy młodzieżowi**, w zakresie programów zorganizowanych zajęć grupowych, tak by programy mogły być kontynuowane w dłuższej perspektywie.

Wytyczne, standardy i narzędzia



[Kliknij tutaj](#), aby uzyskać dostęp do odpowiednich wytycznych, standardów i narzędzi.



3.7

Wspieranie zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego opiekunów oraz wzmacnianie ich zdolności udzielania wsparcia dzieciom

Dzieci, które dorastają w **opiekuńczym, bezpiecznym, pełnym miłości, odpowiadającym na potrzeby dziecka środowisku**, są zazwyczaj bardziej stabilne emocjonalnie, mają lepsze kompetencje społeczne i lepiej radzą sobie z przeciwnościami losu.

Sytuacje kryzysowe mogą poważnie zakłócić **zdolność⁵³ opiekunów** do zapewnienia dzieciom troskliwej opieki⁵⁴ i podważyć ich **poczucie dobrostanu**, w wyniku wprowadzenia w ich życie czynników ryzyka takich jak brak bezpieczeństwa ekonomicznego, wstrząsy społeczne i skrajny stres.

Zintegrowane działania mogą **wesprzeć opiekunów** w dbałości o własne potrzeby w zakresie **zdrowia psychicznego** i fizycznego oraz promować pozytywne umiejętności opiekuńcze.

Działania z zakresu MHPSS dla opiekunów powinny opierać się na istniejących **pozytywnych relacjach, pełnionych rolach i tradycjach rodzinnych**. Chociaż to kobiety i dziewczęta stanowią większość opiekunów, ważne jest również uwzględnienie opiekunów płci męskiej i uznanie roli, jaką w zapewnianiu opieki często odgrywa rodzeństwo i dziadkowie.



Działania MHPSS dla opiekunów mogą być również pomocne we wzmacnianiu **sieci wsparcia społecznego** i powinny priorytetowo traktować dostęp i włączenie **opiekunów z grup ryzyka** (zob. ➔ [materiały na temat sposobów dotarcia do osób i grup podwyższonego ryzyka: "How can groups and persons at increased risk be prioritized and reached with MHPSS MSP activities and services?"](#) oraz [Zasoby dotyczące usług z zakresu MHPSS dla grup ryzyka, dostępne na platformie internetowej MHPSS MSP](#)).

53 W niniejszej części termin „opiekunowie” odnosi się do osób pełniących obowiązki rodzicielskie, niezależnie od tego, czy są biologicznymi rodzicami lub prawnymi opiekunami dzieci znajdujących się pod ich opieką, czy też nie. Szczególną uwagę należy zwrócić na wsparcie opiekunów, którzy sami są dziećmi.

54 Troskliwa opieka polega na odpowiadającej potrzebom dziecka, czulej i wspierającej emocjonalnie opiece, która chroni dzieci przed zagrożeniami, zapewnia możliwości uczenia się i zaspokaja potrzeby dziecka w zakresie zdrowia, bezpieczeństwa i odżywiania.

DZIAŁANIE

Wspieranie zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego opiekunów oraz wzmacnianie ich zdolności udzielania wsparcia dzieciom



Podstawowe działania

- ✓ Określenie możliwości realizacji **zintegrowanych działań skierowanych do opiekunów** (np. w zakresie programów zdrowotnych, edukacyjnych, żywieniowych lub dotyczących bezpieczeństwa dzieci).
- ✓ Analiza **potrzeb i priorytetów** opiekunów, które stanowią będą podstawą do opracowania materiałów i zaplanowania zadań.
- ✓ **Opracowanie/wyбір, ↗ adaptacja i przetłumaczenie materiałów wprowadzających i szkoleniowych oraz materiałów informacyjnych, komunikacyjnych i edukacyjnych**, dotyczących samoopieki opiekunów (np. radzenia sobie ze stresem i problemami), pozytywnych zachowań opiekuńczych, rozwoju dziecka i wspierania dzieci doświadczających cierpienia psychicznego (zob. ↗ [zalecane tematy szkoleń na temat budowania umiejętności opiekunów w zakresie rozwoju dziecka, pozytywnych zachowań opiekuńczych oraz wsparcia dla dzieci cierpiących psychicznie, dostępne na platformie internetowej MHPSS MSP](#)).
- ✓ **Szkolenie moderatorów** w zakresie przeszkolenia dla opiekunów, budowania ich potencjału i wspierania ich w dalszych działaniach (zob. ↗ [zalecane tematy szkoleń dotyczących MHPSS dla pracowników realizujących zadania budujące potencjał MHPSS i wspierające dobre samopoczucie opiekunów i nauczycieli, dostępne na platformie internetowej MHPSS MSP](#)).
- ✓ Zapewnienie opiekunom **wstępnych wskazówek lub szkoleń dotyczących umiejętności** w zakresie pozytywnych zachowań opiekuńczych, rozwoju dziecka, wspierania dzieci cierpiących psychicznie oraz samoopieki. Uwzględnienie opiekunów dzieci z niepełnosprawnościami i dzieci szczególnie narażonych na ryzyko nadużyć związanych z bezpieczeństwem (np. dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, dzieci związane z siłami zbrojnymi i grupami zbrojnymi, dzieci, które doświadczyły przemocy seksualnej lub przemocy ze względu na płeć); zob. [priorytety](#) ↗ 25 oraz 34).
- ✓ Ułatwienie dostępu do **bezpiecznej przestrzeni**, gdzie w razie potrzeby można prowadzić zajęcia.
- ✓ W razie potrzeby **angażowanie personelu posiadającego wiedzę merytoryczną z zakresu MHPSS** w celu zapewnienia moderatorom stałego nadzoru merytorycznego (np. by upewnić się, że ich działania sprzyjają dobrostanowi i nie powodują szkód).
- ✓ Ułatwienie opiekunom i innym członkom ich rodzin **przekierowania** do wszelkich potrzebnych świadczeń i form wsparcia (np. pomocy społecznej, świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego, zdrowia, bezpieczeństwa i edukacji).

Możliwe działania uzupełniające (w zależności od kontekstu i dostępnych zasobów)

- ✓ **Promowanie sieci wsparcia dla opiekunów** poprzez tworzenie lub wzmacnianie grup społecznościowych, grup wzajemnego wsparcia, grup zabawowych i grup samopomocy (zob. [działanie MSP](#) ↗ 3.4).
- ✓ Zapewnienie opiekunom **zorganizowanego wsparcia grupowego w ramach interwencji z zakresu MHPSS**.

Wytyczne, standardy i narzędzia



[Kliknij tutaj](#), aby uzyskać dostęp do odpowiednich wytycznych, standardów i narzędzi.



Priorytet 25: Udzielanie wsparcia opiekunom dziecka w sytuacji, gdy zostało ono wykorzystane seksualnie



W sytuacji, gdy dziecko zostało wykorzystane seksualnie, jego niebędący sprawcami opiekunowie mogą odczuwać złość, niedowierzenie, zmartwienie, doświadczać poczucia winy, wstydu, smutku i strachu. Emocje te mogą zakłócać ich zdolność do zapewnienia dziecku wsparcia, opieki i uwagi, jakich ono potrzebuje.

Opiekunom niebędącym sprawcami należy zaoferować wsparcie emocjonalne, podstawową edukację na temat wykorzystywania seksualnego oraz informacje o tym, jak wspierać dziecko w radzeniu sobie z emocjonalnymi, społecznymi i fizycznymi konsekwencjami takiego wykorzystania. Informacje dotyczące tego, jak zapewnić wsparcie tego rodzaju zamieszczone są w materiałach [UNICEF and IRC \(2012\)](#). ↗ [Caring for Child Survivors of Sexual Abuse Guidelines and Training Package](#).



3.8

Wspieranie zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego pracowników oświaty oraz wzmacnianie ich zdolności udzielania wsparcia dzieciom

Integracja programu MHPSS z sektorem edukacji może przyczyniać się do efektywności uczenia się, pomóc chronić dzieci przed negatywnymi skutkami kryzysu poprzez tworzenie stabilnych, **rutynowych zachowań**, rozbudzanie **nadziei**, zmniejszanie **stresu**, zachęcanie do **wyrażania siebie** oraz promowanie **zachowań opartych na współpracy**.

Nauczycieli należy szkolić i wspierać w poszerzaniu ich **wiedzy na temat zdrowia psychicznego**, aby mogli wzmocnić własne zasoby i kompetencje oraz byli w stanie lepiej wspierać zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny dzieci. Pozostali pracownicy sektora edukacji powinni być odpowiednio przygotowani do wspierania nauczycieli w pełnieniu ich ról.

Zawód nauczyciela może być jednym z najbardziej stresujących, a nauczyciele mają wpływ nie tylko na **proces uczenia się**, ale także na **rozwój społeczny, emocjonalny i poznawczy swoich uczniów**. Nauczyciele odgrywają również ważną rolę we **wspieraniu dzieci z grup ryzyka** (np. mających potrzeby w zakresie MHPSS, zaburzenia rozwojowe lub narażonych na zagrożenia związane z bezpieczeństwem).

Zdrowie psychiczne i **dobrostan psychospołeczny nauczycieli** mają szczególne znaczenie w sytuacjach kryzysowych, ponieważ wpływają na ich nauczanie i zdolność do wspierania zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego uczniów.

DZIAŁANIE

Wspieranie zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego pracowników oświaty oraz wzmacnianie ich zdolności udzielania wsparcia dzieciom



Podstawowe działania

- ✓ **Analiza potrzeb i możliwości** wspierania zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego dzieci w przestrzeniach edukacyjnych oraz zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego nauczycieli i innych pracowników sektora edukacji⁵⁵ (np. poprzez konsultacje ze społecznościami lokalnymi, opiekunami, nauczycielami i innymi pracownikami sektora edukacji oraz z władzami oświatowymi, takimi jak urzędnicy ministerstwa edukacji).
- ✓ Opracowanie/wybór, ⇒ **adaptacja** i przetłumaczenie materiałów **wprowadzających i szkoleniowych oraz materiałów informacyjnych, komunikacyjnych i edukacyjnych** służących **wspieraniu dobrostanu psychicznego nauczycieli** i innych pracowników sektora edukacji (np. spotkania kontrolne pozwalające ocenić stan emocjonalny nauczycieli i potrzebę dodatkowego wsparcia; sieci/grupy wzajemnego wsparcia; warsztaty dotyczące uczenia się kompetencji społeczno-emocjonalnych (SEL)⁵⁶, podstawowe informacje, dotyczące technik radzenia sobie ze stresem i przeciwnościami), na podstawie potrzeb i priorytetów określonych w analizach potrzeb i dyskusjach z udziałem społeczności (*zob. działania dotyczące zaangażowania społeczności, ⇒ działanie MSP 2.1*).
- ✓ Opracowanie/wybór, ⇒ **adaptacja** i przetłumaczenie **materiałów wprowadzających, szkoleniowych oraz materiałów informacyjnych, komunikacyjnych i edukacyjnych** pomocnych w budowaniu zdolności nauczycieli i innych pracowników sektora edukacji **do wspierania zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego dzieci**, w tym dzieci z niepełnosprawnościami i dzieci narażonych na zagrożenia związane z bezpieczeństwem (np. dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, dzieci związane z siłami zbrojnymi i grupami zbrojnymi, dzieci, które doświadczyły przemocy seksualnej; *zob. priorytet 34 oraz zalecane tematy szkoleń z zakresu MHPSS dla nauczycieli i pozostałych pracowników sektora edukacji, dostępne na platformie internetowej MHPSS MSP*).
- ✓ **Szkolenie i nadzorowanie moderatorów** mających wspierać dobrostan nauczycieli i innych pracowników sektora edukacji oraz prowadzić spotkania wprowadzające, budować potencjał i kontynuować wsparcie w odniesieniu do promocji zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego dzieci (*zob. zalecane tematy szkoleń MHPSS dla pracowników, realizujących zadania budujące potencjał i wspierające dobrostan opiekunów i nauczycieli, dostępne na platformie internetowej MHPSS MSP*).
- ✓ Zapewnienie **ciągłego wsparcia** nauczycielom i innym pracownikom sektora edukacji w celu wspierania ich własnego zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego oraz ciągłego budowania potencjału w celu zwiększenia ich zdolności do wspierania dzieci (np. poprzez szkolenia w miejscu pracy, mentoring i metody wzajemnego uczenia się).
- ✓ Prowadzenie **sesji wprowadzających lub szkoleń** dla nauczycieli i innych pracowników sektora edukacji, w celu promowania tematyki **zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego dzieci**.
- ✓ Prowadzenie **sesji wprowadzających dla nauczycieli i innych pracowników sektora edukacji** (w tym dla dyrektorów, kierownictwa szkół, kuratorów oświaty i innych urzędników oświatowych) na temat zasadności włączenia zagadnień z zakresu MHPSS do programów edukacji w sytuacjach kryzysowych oraz roli nauczycieli w tym kontekście.
- ✓ Ułatwienie dostępu do **bezpiecznej przestrzeni**, gdzie w razie potrzeby można prowadzić zajęcia.
- ✓ Ułatwienie **przekierowań** z placówek edukacyjnych do wszelkich niezbędnych świadczeń i form wsparcia (np. świadczeń MHPSS, opieki zdrowotnej, świadczeń w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa).
- ✓ Angażowanie **personelu posiadającego wiedzę merytoryczną z zakresu MHPSS** w celu ciągłej superwizji moderatorów i nadzorowania zajęć.

55 Termin "nauczyciele i inny pracownicy sektora edukacji" obejmuje nauczycieli prowadzących zajęcia w klasach szkolnych i ich asystentów, nauczycieli wczesnoszkolnych lub przedszkolnych, wychowawców osób z niepełnosprawnościami, specjalistów przedmiotowych i nauczycieli zawodu, moderatorów i animatorów działających w przestrzeniach przyjaznych dzieciom, wolontariuszy, osoby prowadzące zajęcia z religii, instruktorów nauczających tzw. „umiejętności życiowych”, a także dyrektorów i kierownictwo szkół i placówek oświatowych, kuratorów oraz innych urzędników zajmujących się edukacją. INEE (2010). *INEE Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery*.

56 Uczenie się kompetencji społecznych i emocjonalnych (SEL) to proces nabywania podstawowych kompetencji, pozwalających rozpoznawać emocje i radzić sobie z nimi, wyznaczać sobie cele i osiągać je, rozumieć punkt widzenia innych osób, nawiązywać i utrzymywać pozytywne relacje, podejmować odpowiedzialne decyzje i konstruktywnie rozwiązywać konfliktowe sytuacje interpersonalne. Cechy, których rozwój jest celem SEL, obejmują samoświadomość, umiejętności emocjonalne, elastyczność poznawczą, lepszą pamięć, odporność, wytrwałość, motywację, empatię, umiejętności społeczne i związane z relacjami interpersonalnymi, skuteczną komunikację, umiejętności słuchania, poczucie własnej wartości, pewność siebie, szacunek i samokontrolę. Nabywanie kompetencji społeczno-emocjonalnych (SEL) jest ważnym elementem MHPSS, który powinien być stale uwzględniany przez nauczycieli/wychowawców, zwłaszcza w sytuacjach kryzysowych, ponieważ przyczynia się on do lepszego uczenia się oraz poprawy zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego dzieci. INEE (2016). *Background Paper on Psychosocial Support and Social & Emotional Learning for Children & Youth*.

Możliwe działania uzupełniające (w zależności od kontekstu i dostępnych zasobów)

- ✓ Zapewnienie możliwości **uczenia się kompetencji społeczno-emocjonalnych nauczycielom** i pozostałym pracownikom sektora edukacji, tak by mogli oni pozytywnie oddziaływać na dzieci i stanowić dla nich wzór do naśladowania.
- ✓ Zapewnienie dzieciom **możliwości nabywania kompetencji społeczno-emocjonalnych** w ramach formalnych i nieformalnych programów edukacji szkolnej.⁵⁷
- ✓ Podjęcie działań, mających na celu propagowanie **włączania elementów z zakresu MHPSS**, w tym SEL, do **szkoleń przed podjęciem pracy i szkoleń prowadzonych w trakcie pracy**.
- ✓ Propagowanie **rewizji krajowych ram kompetencji nauczycieli**, aby promować włączenie w te ramy elementów z zakresu MHPSS, w tym SEL.
- ✓ Tworzenie lub wspieranie struktur i praktyk, które promują, dotyczącą dobrostanu dzieci, **komunikację między nauczycielami a rodzicami** (np. wspieranie procesów współpracy między nauczycielami a rodzicami poprzez organizowanie w regularnych odstępach czasu zaplanowanych wcześniej spotkań nauczycieli z rodzicami oraz organizowanie sesji uświadamiających i rozwijających umiejętności, zarówno dla opiekunów, jak i dla nauczycieli).
- ✓ Wspieranie lub reaktywacja **zajęć zbiorowych w przestrzeniach edukacyjnych**, aby zmaksymalizować wymianę informacji i współpracę między pracownikami sektora edukacji, opiekunami i społecznością lokalną (np. poprzez stowarzyszenia rodziców i nauczycieli, grupy matek, społeczne komitety edukacyjne; poprzez stwarzanie starszym członkom społeczności możliwości przekazywania młodszemu pokoleniu wiedzy o kulturze i tradycji; poprzez organizowanie wydarzeń edukacyjnych i rekreacyjnych, prowadzonych wspólnie przez pracowników sektora edukacji, uczniów, opiekunów i grupy społeczne; *zob. działanie MSP → 3.4*).
- ✓ Budowanie **potencjału kadry kierowniczej szkół**, tak by lepiej wspierała własne zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny oraz zdrowie i dobrostan innych pracowników sektora edukacji.
- ✓ Propagowanie i popieranie **zasad polityki i działań w zakresie rozwoju zawodowego**, promujących zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny pracowników sektora edukacji.

Wytyczne, standardy i narzędzia



[Kliknij tutaj](#), aby uzyskać dostęp do odpowiednich wytycznych, standardów i narzędzi.



Priorytet 26: Osoby kontaktowe ds. MHPSS w przestrzeniach edukacyjnych



W przestrzeniach edukacyjnych należy wyznaczyć osobę pełniącą rolę punktu kontaktowego ds. MHPSS, znającą dostępne usługi MHPSS i obowiązujące mechanizmy przekierowywania. Może to być pedagog szkolny, jeśli jest dostępny w danej placówce.

Alternatywnie, można przeszkolić osobę o dużym potencjale w tym zakresie (np. nauczyciela lub dyrektora szkoły) i wspierać ją w pełnieniu roli punktu kontaktowego ds. MHPSS, rozpoznającego potrzeby i odpowiednio przekierowującego do innych usług osoby wymagające pomocy. Podjęcie się pełnienia tej roli może wymagać przeglądu i dostosowania dotychczasowego obciążenia pracą i obowiązków danej osoby.



Priorytet 27: Wspieranie zatrudniania nauczycielek i przeciwdziałanie ich odchodzeniu z pracy



W wielu krajach dotkniętych kryzysem brakuje nauczycielek. Wskutek tego dziewczęta są pozbawione pozytywnych kobiecych wzorców do naśladowania i nauczycielek rozumiejących ich potrzeby. Dodatkowo ogranicza to dziewczętom możliwości edukacji. Ważne jest, aby w przestrzeni edukacyjnej zapewnić obecność kobiet (nauczycielek i innego żeńskiego personelu), które mogą pełnić rolę **menterek, wzorców do naśladowania lub osób wspierających dziewczęta**.

Jeśli nie ma nauczycielek lub kandydatek na nauczycielki do przeszkolenia, należy rozważyć zwrócenie się do kobiet z lokalnej społeczności, aby podjęły pracę jako **asystentki nauczyciela**. Niedoświadczone lub niewykwalifikowane **wolontariuszki** mogą skutecznie nauczać po uprzednim odpowiednim przeszkoleniu. Gdy tylko jest to możliwe, należy zapewnić wolontariuszkom ciągłe szkolenia i możliwości uzupełniania wykształcenia oraz wspierać je w procesie przechodzenia do roli samodzielnej nauczycielki.

⁵⁷ Zob. WHO (2020). [Helping Adolescents Thrive: Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents](#).



3.9 Świadczenie usług z zakresu MHPSS w miejscach bezpiecznych dla kobiet i dziewcząt

Przestrzenie bezpieczne dla kobiet i dziewcząt (WGSS)⁵⁸ w sytuacjach kryzysowych to miejsca, w których realizowane są zadania wspierające **wszystkie kobiety i dorastające dziewczęta, w tym te, które doświadczyły przemocy ze względu na płeć.**^{59,60}

Cele WGSS to:

- ▶ **Ułatwienie dostępu** do wiedzy, umiejętności i szeregu odpowiednich świadczeń wszystkim kobietom i dorastającym dziewczętom.
- ▶ Wspieranie **zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego** kobiet i dorastających dziewcząt oraz tworzenie **sieci społecznych**.
- ▶ Zapewnienie miejsca, w którym kobiety i dorastające dziewczęta mogą się organizować i uzyskiwać **dostęp do informacji** i zasobów, aby **zmniejszyć ryzyko przemocy**.
- ▶ Służenie jako kluczowy **punkt dostępu** do specjalistycznych świadczeń dla osób, które doświadczyły przemocy ze względu na płeć, oraz
- ▶ Zapewnienie miejsca, w którym kobiety i dorastające dziewczęta są **bezpieczne** i gdzie zachęca się je do wyrażania własnego zdania i wspólnego **występowania na rzecz** ich praw i potrzeb.



Przestrzenie bezpieczne dla kobiet i dziewcząt mogą być również miejscem zapewniania świadczeń opieki koordynowanej („case management”) i obejmować świadczenia z zakresu **MHPSS, dostosowane do potrzeb ofiar przemocy ze względu na płeć** (świadczenia te mogą być realizowane przez podmiot prowadzący placówkę, o ile zapewnione są wymagane szkolenia, kompetencje i nadzór merytoryczny, bądź też mogą być realizowane we współpracy z innymi świadczeniodawcami).

DZIAŁANIE

58 „Bezpieczne przestrzenie” mogą w różnych krajach i miejscach wdrażania nosić różne nazwy (np. bezpieczne przestrzenie, ośrodki dla kobiet, schroniska dla kobiet, bezpieczne przestrzenie dla kobiet i dziewcząt, przestrzenie przyjazne kobietom, bezpieczne przestrzenie dla dorastających dziewcząt), stosownie do potrzeb danej społeczności.

59 GBV AoR, Global Protection Cluster (2019). *The inter-agency minimum standards for Gender-Based Violence in Emergency Programming*. Zob. Standard 8: Przestrzenie bezpieczne dla kobiet i dziewcząt.

60 Przemoc ze względu na płeć (GBV) to ogólny termin określający wszelkie szkodliwe działania, które są popełniane wbrew woli danej osoby i które opierają się na różnicach przypisywanych społecznie każdej z płci, określających role kobiet i mężczyzn w społeczeństwie. Termin ten obejmuje czyny, które wyrażają fizyczną, seksualną lub psychiczną krzywdę lub powodują cierpienie, groźby takich czynów, przymus i inne ograniczenia wolności (np. przemoc domowa – przemoc ekonomiczna, psychiczna, fizyczna i seksualna, molestowanie seksualne, wykorzystywanie i znęcanie się, handel ludźmi, okaleczanie żeńskich narządów płciowych, małżeństwa dzieci, zabójstwa kobiet, a także przemoc online lub cyfrowa – cyberprzemoc, seksting bez zgody adresata, doxing – tj. publikowanie prywatnych danych osobowych lub ujawnianie w Internecie tożsamości lub publikowanie prywatnych danych osobowych innej osoby bez jej zgody). Czyny te mogą być popełniane publicznie lub prywatnie. Termin „przemoc ze względu na płeć” jest najczęściej używany w celu podkreślenia, w jaki sposób systemowa nierówność między mężczyznami a kobietami działa jako jednocząca i podstawowa cecha większości form przemocy wobec kobiet i dziewcząt. Termin ten obejmuje również przemoc seksualną popełnioną w wyraźnym celu wzmocnienia nierówności norm męskości i kobiecości dotyczących zachowań seksualnych. (zob. Global Protection Cluster (2021) *Gender-Based Violence and Child Protection Field Cooperation Framework* (s. 6); UN Women, bd. *Frequently asked questions: Types of violence against women and girls*).



Podstawowe działania

- ✓ Wprowadzenie lub wzmocnienie działań z zakresu MHPSS w już istniejących **przestrzeniach bezpiecznych** dla kobiet i dziewcząt.
- ✓ Określenie i promowanie **strategii wsparcia i samopomocy realizowanych na poziomie społeczności lokalnej**, w tym poprzez współpracę z kobietami i dziewczętami w celu wzmocnienia sieci wsparcia i organizacji oraz prowadzenia grup wsparcia, wydarzeń towarzyszących integrujących kobiety i dziewczęta oraz zajęć rekreacyjnych (*zob. działanie MSP → 3.4*).
- ✓ **Opracowanie/wyбір, → adaptacja i przetłumaczenie scenariuszy zorganizowanych zajęć** dla kobiet i dziewcząt, które promują ich zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny, w oparciu o potrzeby zidentyfikowane na podstawie odpowiednich analiz z udziałem kobiet i dziewcząt oraz dyskusji z nimi (*zob. działanie MSP → 2.1*).
- ✓ **Szkolenie i wspieranie moderatorów** w zakresie prowadzenia wybranych zorganizowanych zajęć grupowych.
- ✓ Przeszkolenie całego personelu placówek, zapewniających przestrzeń bezpieczną dla kobiet i dziewcząt (np. osób zajmujących się przemocą ze względu na płeć, zespołów środowiskowych) **w zakresie podstawowego wsparcia psychospołecznego, wspierania ofiar i odpowiedniego postępowania w przypadku ujawnienia przypadku takiej przemocy**, w tym rozpoznawania oznak, że kobiety i dziewczęta mogą potrzebować dodatkowego wsparcia (np. koordynacja opieki nad ofiarami przemocy ze względu na płeć, świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego (*zob. → zalecane tematy szkoleń dotyczących podstawowych umiejętności w zakresie udzielania wsparcia psychospołecznego dla pracowników pierwszej linii i liderów społeczności, dostępne na platformie internetowej MHPSS MSP*)).
- ✓ Zapewnienie **indywidualnych lub grupowych działań z zakresu MHPSS**⁶¹ (np. SEL, grupy wsparcia i zajęcia rekreacyjne), które promują zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny kobiet i dziewcząt (np. wzmocniają wsparcie społeczne, samopomoc i umiejętność radzenia sobie z trudnymi sytuacjami).⁶²
- ✓ Regularne kontakty z kobietami, dziewczętami, mężczyznami i chłopcami z dotkniętej sytuacją kryzysową społeczności w celu wyjaśnienia, jak funkcjonuje bezpieczna przestrzeń dla kobiet i dziewcząt, umożliwienia akceptacji tego typu działań przez członków społeczności i usunięcia barier utrudniających kobietom i dziewczętom uczestnictwo w zajęciach.
- ✓ Udzielanie **informacji** na temat dostępnych świadczeń i form pomocy oraz ułatwianie **nawiązywania kontaktów i przekierowywania** do potrzebnych świadczeń, np. dotyczących przemocy ze względu na płeć czy związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa dzieciom, np. w formie opieki koordynowanej (*zob. działanie MSP → 3.13*), opieka psychiatryczna oraz wszelkie inne potrzebne świadczenia i wsparcie (np. z zakresu MHPSS, pomocy prawnej, opieki zdrowotnej, edukacji, wczesnego rozwoju dziecka, żywienia, czy wsparcia bytowego).
- ✓ Angażowanie **personelu posiadającego wiedzę merytoryczną z zakresu MHPSS i GBV**, tak by zapewnić ciągłe wsparcie merytoryczne i nadzorowanie działań leżących w obszarach ich kompetencji. Wsparcie merytoryczne powinno stanowić uzupełnienie nadzoru merytorycznego w danym sektorze, wymaganego jeśli osoby objęte opieką są przekierowywane do form opieki koordynowanej specyficznej dla danego przypadku (np. ekspert ds. przemocy ze względu na płeć, nadzorujący opiekę dotyczącą przypadków z tego zakresu).
- ✓ W sytuacjach, gdy personel zajmujący się przypadkami przemocy ze względu na płeć **prowadzi interwencje psychologiczne**, należy zadbać, aby został on przeszkolony w zakresie metod z zakresu MHPSS, opartych na dowodach naukowych i podlegał odpowiedniej superwizji (*zob. działanie MSP → 3.12*).

Możliwe działania uzupełniające (w zależności od kontekstu i dostępnych zasobów)

- ✓ Zapewnienie kobietom i dziewczętom **dodatkowych** zorganizowanych możliwości zdobywania umiejętności i wiedzy w celu poprawy ich zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego.

Wytyczne, standardy i narzędzia



[Kliknij tutaj](#), aby uzyskać dostęp do odpowiednich wytycznych, standardów i narzędzi.

61 Należy pamiętać, że nie zaleca się grupowych interwencji psychologicznych adresowanych wyłącznie do osób, które doświadczyły przemocy ze względu na płeć. Ważne jest, aby osoby po doświadczeniu takiej przemocy były bezpiecznie włączane do różnych interwencji grupowych. Obejmuje to: zapraszanie osób, które doświadczyły przemocy ze względu na płeć, do przyłączenia się do grup wsparcia (np. skoncentrowanych na osiągnięciu wspólnego celu lub nauce nowych umiejętności) bez narażania poufności; wyrażenie przez wszystkich uczestników grupy zgody na zachowanie poufności, zarówno ofiarom przemocy ze względu na płeć, jak i innym członkom grupy, jeżeli ofiary będą chciały podzielić się swoimi doświadczeniami, przygotowanie moderatorów grup do pomocy tak by zapewnić, że uwzględnione zostaną negatywne emocje, zarówno te związane z dzieleniem się doświadczeniami jak i te związane z wysłuchaniem tych historii (zob. s. 42, UNFPA (2019). [The inter-agency minimum standards for Gender-Based Violence in Emergency Programming](#)).

62 Te działania z zakresu MHPSS mogą być również odpowiednie dla innych ofiar przemocy ze względu na płeć lub orientację seksualną, takich jak osoby LGBTQI+. Ważne jest, aby pamiętać, że takie działania mogą wymagać zapewnienia innej przestrzeni. Na przykład udzielanie wsparcia innym ofiarom przemocy na tle seksualnym w przestrzeniach przeznaczonych dla kobiet i dziewcząt może sprawić, że przestrzeń te odbierane będą jako mniej bezpieczne i mniej akceptowane. Opieka i świadczenia z zakresu MHPSS udzielane w przypadku ofiar przemocy na tle seksualnym, będących osobami płci męskiej nie powinny być świadczone w bezpiecznych przestrzeniach przeznaczonych dla kobiet i dziewcząt. Jedynym wyjątkiem od tej zasady jest sytuacja, w której bardzo młodzi chłopcy będący ofiarami przemocy seksualnej (np. niemowlęta lub chłopcy w wieku przedszkolnym) mogą otrzymać wsparcie w takich placówkach, zwłaszcza jeśli ich matki są ofiarami, które również korzystają z oferowanych tam usług. Przy podejmowaniu decyzji o świadczeniu usług dla chłopców w przestrzeniach bezpiecznych dla kobiet i dziewcząt kluczowe znaczenie mają konsultacje z kobietami z danej społeczności (patrz GBV AoR (bd.) [Guidance to Gender-Based Violence Coordinators Addressing the Needs of Male Survivors of Sexual Violence in GBV Coordination](#), s.9).






Przemoc ze względu na płeć (GBV) to ogólny termin, określający wszelkie szkodliwe działania, które są popełniane wbrew woli danej osoby i które opierają się na różnicach przypisywanych społecznie każdej z płci, określających role kobiet i mężczyzn w społeczeństwie. Termin ten obejmuje czyny, które wyrządzają krzywdę fizyczną, seksualną lub powodują cierpienie, groźby takich czynów, przymus i inne ograniczenia wolności. Czyny te mogą być popełniane publicznie lub prywatnie.⁶³ Przemoc ze względu na płeć jest przejawem nierówności pomiędzy kobietami a mężczyznami. Dyskryminacja kobiet i dziewcząt oraz przemoc wobec nich mają głęboki wpływ na ich zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny.


W sytuacjach kryzysowych wzrasta wskaźnik przypadków przemocy ze względu na płeć. Przemoc w związku intymnym, w tym wobec dorastających dziewcząt, jest w sytuacjach kryzysów humanitarnych jedną z najczęstszych form przemocy na tle seksualnym. Grupy kobiet i dziewcząt, które mogą być bardziej narażone na przemoc na tle seksualnym, obejmują kobiety i dziewczęta z niepełnosprawnościami, pochodzące z mniejszości etnicznych i religijnych, starsze kobiety, dorastające dziewczęta, kobiety i dziewczęta zakażone wirusem HIV i chore na AIDS, kobiety i dziewczęta wykorzystywane seksualnie w celach komercyjnych oraz lesbijki, kobiety biseksualne i transpłciowe.⁶⁴

Podstawą wszystkich działań z zakresu MHPSS, dotyczących przemocy ze względu na płeć powinno być **podejście oparte na poszanowaniu praw, wsparciu społeczności i koncentracji na osobie, która przeżyła takie doświadczenie**, z zachowaniem zasad bezpieczeństwa, poufności, szacunku i niedyskryminacji.





W przypadku dzieci po doświadczeniu przemocy ze względu na płeć i przemocy seksualnej najważniejsze powinno być jak najlepsze zabezpieczenie interesów dziecka (*zob. priorytet*  [34](#)).

Nie wiadomo komu osoby po doświadczeniu przemocy ze względu na płeć mogą ujawnić to zdarzenie, dlatego wszystkie podmioty powinny znać zasady postępowania w przypadku ujawnienia im takich informacji⁶⁵ oraz wiedzieć jak i gdzie bezpiecznie przekierować osobę po takim doświadczeniu (dotyczy to np. podstawowej opieki zdrowotnej, służb dbających o bezpieczeństwo dzieci, sektora edukacji). Fundamentalne znaczenie ma opracowanie ścieżek przekierowań między odpowiednimi podmiotami, w tym przeszkolonymi i podlegającymi nadzorstwu świadczeniodawcami opieki psychiatrycznej, specjalistami ds. przemocy ze względu na płeć i podmiotami zajmującymi się bezpieczeństwem dzieci. Tam, gdzie dostępne są usługi opieki koordynowanej dla osób po doświadczeniu przemocy ze względu na płeć, osobom tym należy zaoferować taką opiekę, aby zapewnić im skoordynowane, holistyczne i skoncentrowane na osobie poszkodowanej świadczenia (*zob. działanie MSP*  [3.13](#)). W przypadku gdy usługi koordynacji opieki nad osobami, które doświadczyły przemocy ze względu na płeć nie są dostępne, podmioty działające na pierwszej linii należy przeszkolić na tematy zawarte w przewodniku  [GBV Pocket Guide: How to support a survivor of gender-based violence when a GBV actor is not available in your area](#).

Uwaga: Mężczyźni i chłopcy, którzy doświadczają przemocy, nie są zazwyczaj uważani za ofiary przemocy ze względu na płeć, ponieważ przemoc, której doświadczają, nie opiera się na systemowej nierówności płci, jak to często ma miejsce w przypadku kobiet i dziewcząt. Jednak ofiarą przemocy seksualnej może być każdy (*zob. priorytet*  [25](#)).



Osoby płci męskiej, które padły ofiarą przemocy seksualnej, są często pomijane w sytuacjach kryzysowych. Chociaż programowanie dotyczące przemocy na tle seksualnym koncentruje się przede wszystkim na przemoc wobec kobiet i dziewcząt, podmioty uczestniczące w programach dotyczących tego zjawiska powinny rozumieć, że może być konieczne zapewnienie dodatkowych usług w celu uwzględnienia potrzeb ofiar przemocy płci męskiej, w tym mężczyzn i chłopców z niepełnosprawnościami, osób o odmiennej orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej, a także młodych i dorastających chłopców, zwłaszcza tych pozbawionych opieki, odseparowanych od bliskich, traktowanych jako siła robocza lub przebywających w miejscach odosobnienia. Ważne jest, aby podmioty zajmujące się przemocą ze względu na płeć koordynowały swoje działania z podmiotami zajmującymi się ochroną zdrowia, bezpieczeństwem (w tym bezpieczeństwem dzieci), osobami LGBTIQ+ i osobami z niepełnosprawnościami, tak by zapewnić swoim podopiecznym dostęp do wsparcia ratującego życie.

Większość usług opracowanych z myślą o kobietach i dziewczętach nie będzie odpowiednia dla mężczyzn (np. przestrzenie bezpieczne dla kobiet i dziewcząt), a zapewnienie wsparcia mężczyznom w ramach takich usług może sprawić, że będą one postrzegane przez kobiety i dziewczęta jako mniej bezpieczne i mniej akceptowalne. Osoby płci męskiej, które doświadczyły przemocy seksualnej, potrzebują różnorodnych punktów dostępu do świadczeń i personelu o specjalistycznych umiejętnościach. W każdej sytuacji ważne jest, aby zrozumieć, w jaki sposób i w jakich sytuacjach mężczyźni i chłopcy zazwyczaj ujawniają swoje doświadczenia związane z przemocą seksualną, w jaki sposób szukają pomocy i jakie są ich preferencje dotyczące świadczeń. Punkty pierwszego kontaktu dla mężczyzn i chłopców obejmują placówki udzielające świadczeń z zakresu MHPSS, zapewnienia bezpieczeństwa, placówki opieki zdrowotnej, środowiskowe ośrodki wsparcia, ośrodki wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami, placówki otwarte dla organizacji LGBTIQ+ lub przez nie prowadzone, a w przypadku młodych i dorastających chłopców – służby odpowiedzialne za bezpieczeństwo dzieci i młodzieży^{66,67} (*zob. priorytet*  [34](#) oraz  [zasoby dotyczące usług z zakresu MHPSS dla grup ryzyka, dostępne na platformie internetowej MHPSS MSP](#)).

63 IASC (2018). [Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action](#).

64 UNFPA (2019). [The Inter-Agency Minimum Standards for GBV in Emergencies Programming](#), s.15.

65 Zob. na przykład [film na temat postępowania w przypadku ujawnienia przemocy na tle seksualnym udostępniony przez klaster ds. schronienia](#).

66 UNFPA (2019). [The Inter-Agency Minimum Standards for GBV in Emergencies Programming](#).

67 GBV AoR (bd.) [Guidance to Gender-Based Violence Coordinators Addressing the Needs of Male Survivors of Sexual Violence in GBV Coordination](#).



Zapewnienie ukierunkowanego wsparcia osobom dotkniętym cierpieniem psychicznym lub doświadczającym zaburzeń zdrowia psychicznego

3.10

Zapewnienie opieki w zakresie zdrowia psychicznego w ramach ogólnodostępnych świadczeń zdrowotnych

Podczas kryzysów humanitarnych **placówki ochrony zdrowia mogą ulec zniszczeniu**, dostępność personelu medycznego może być ograniczona, a potrzeby zdrowotne ludności dotkniętej sytuacją kryzysową, w tym zapotrzebowanie na usługi w zakresie zdrowia psychicznego, są wysokie. Co więcej, zazwyczaj już na wstępie **brakuje wykwalifikowanych, wyspecjalizowanych pracowników zajmujących się zdrowiem psychicznym**.

Zapewnienie klinicznej opieki w zakresie zdrowia psychicznego (w tym interwencji psychologicznych i farmakologicznych oraz rehabilitacji wspierającej) w ramach ogólnych świadczeń zdrowotnych (w tym podstawowej opieki zdrowotnej) może zapewnić, że taka opieka będzie **szerszej dostępna**, akceptowalna, **osiągalna**, **efektywna kosztowo** i **niestygmatyzująca**.

Personel medyczny pracujący w niewyspecjalizowanych placówkach opieki zdrowotnej powinien zostać przeszkolony i podlegać superwizji w zakresie stosowania protokołów opartych na dowodach naukowych, takich jak [WHO-UNHCR mhGAP Humanitarian Intervention Guide \(mhGAP-HIG\)](#) lub [WHO mhGAP Intervention Guide \(mhGAP-IG\)](#).

Personel medyczny podstawowej opieki zdrowotnej obejmuje **lekarzy rodzinnych**, personel pielęgniarski i licencjonowanych pracowników opieki zdrowotnej po przeszkoleniu medycznym, a także **lekarzy** ze specjalizacją w dziedzinach innych niż psychiatria, neurologia czy medycyna uzależnień.



Kobiety poszukujące pomocy medycznej w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego mogą mieć dodatkowe specyficzne potrzeby w zakresie MHPSS (np. depresja przedporodowa i poporodowa). **Zdrowie psychiczne matek** jest szczególnie ważne ze względu na jego wpływ na opiekę nad dziećmi i ich rozwój (opieka przedporodowa, niemowlęta i małe dzieci).

DZIAŁANIE

Zapewnienie opieki w zakresie zdrowia psychicznego w ramach ogólnodostępnych świadczeń zdrowotnych



Podstawowe działania

- ✓ Powołanie **zespołu operacyjnego**, odpowiedzialnego za nadzorowanie integracji opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, neurologicznymi i uzależnieniami (PNS) z ogólną opieką zdrowotną, podnoszenie świadomości na temat potrzeby opieki nad zdrowiem psychicznym wśród kluczowych interesariuszy i uczestniczenie w mechanizmach koordynacji (zob. [działanie MSP](#) ⇒ 1.1).
- ✓ Podjęcie decyzji, **które z punktów udzielających świadczeń zdrowotnych** (np. podstawowa opieka zdrowotna, opieka z zakresu zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego, rodzaje placówek zdrowotnych) i którzy świadczeniodawcy zostaną zaangażowani w zapewnienie opieki w zakresie zdrowia psychicznego.
- ✓ Opracowanie/wyбір, ⇒ [adaptacja](#) i przetłumaczenie w razie potrzeby **podręczników i materiałów szkoleniowych**.
- ✓ **Przeszkolenie pracowników ochrony zdrowia** (co najmniej jednej osoby na placówkę) i **pracowników środowiskowej opieki zdrowotnej** w zakresie protokołów opartych na dowodach naukowych (np. w zakresie oceny i leczenia szeregu schorzeń u dorosłych i dzieci: mogą one obejmować ostry stres, reakcje żałoby, depresję, zespół stresu pourazowego (PTSD), samobójstwa, schorzenia psychosomatyczne, psychozy, szkodliwe używanie alkoholu i narkotyków, niepełnosprawność intelektualną i epilepsję).
- ✓ **Zaangażowanie świadczeniodawców** w reorganizację harmonogramów pracy w placówkach medycznych w celu zapewnienia dedykowanego czasu na konsultacje w zakresie zdrowia psychicznego (np. jedno popołudnie w tygodniu i dłuższe konsultacje po umówieniu się na wizytę).
- ✓ Przeszkolenie wszystkich pracowników ochrony zdrowia i środowiskowych pracowników opieki zdrowotnej w zakresie **podstawowych umiejętności udzielania wsparcia psychospołecznego** (z uwzględnieniem osób, które nie zostały przeszkolone w zakresie oceny i leczenia zaburzeń psychicznych, neurologicznych i związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, zob. [działanie MSP](#) ⇒ 3.2).
- ✓ Przeszkolenie klinicznego i nieklinicznego personelu medycznego w zakresie odpowiedniego reagowania na przypadki **ujawniania przemocy seksualnej** lub przemocy ze względu na płeć oraz bezpiecznego kierowania osób, które jej doświadczyły do podmiotów świadczących opiekę z wykorzystaniem na pierwszej linii wsparcia podejścia LIVES.
- ✓ Zorganizowanie **przestrzeni zapewniającej prywatność** w celu dbałości o poufność podczas udzielania świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego (np. wydzielenie prywatnej przestrzeni na konsultacje).
- ✓ Zaangażowanie **wykwalfikowanego specjalisty ds. zdrowia psychicznego** w celu zapewnienia ciągłej superwizji, szkoleń odświeżających wiedzę i kontynuacji monitorowania pracy przeszkolonego personelu.
- ✓ Identyfikacja **osób z zaburzeniami psychicznymi, neurologicznymi i spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych**, ich leczenie i opieka nad tymi osobami w ramach ogólnego systemu opieki zdrowotnej. Zapewnienie w razie potrzeby tłumaczy, którzy zostali przeszkoleni w zakresie swojej roli, z uwzględnieniem zagadnień z dziedziny MHPSS.
- ✓ Wspieranie ustanowienia odpowiedniego systemu archiwizacji (np. umożliwiającego podejmowanie kontynuacji działań) oraz włączenie kategorii zdrowia psychicznego do **systemu zarządzania danymi dotyczącymi zdrowia (HMIS)** (zob. [Załącznik 2 do standardów Sphere](#) ↗ zawierający przykładowy formularz HMIS oraz ↗ [definicje przypadków UNHCR](#)) i regularne przekazywanie tych informacji odpowiednim klastrom (np. Zdrowie, Bezpieczeństwo, Edukacja).
- ✓ Zorganizowanie nieprzerwanego **zaopatrzenia w podstawowe leki psychotropowe**, w tym co najmniej w jeden lek z każdej kategorii terapeutycznej (leki przeciwpsychotyczne, przeciwdepresyjne, przeciwłukowe, przeciwpadaczkowe i leki przeciwdziałające skutkom ubocznym leków przeciwpsychotycznych, zob. ↗ [Międzyagencyjny zestaw ratunkowy dla sytuacji kryzysowych](#)).
- ✓ Wzmocnienie lub ustanowienie **powiązań i mechanizmów przekierowywania** do i od: specjalistów ds. zdrowia psychicznego, świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej, podmiotów zajmujących się zapewnieniem bezpieczeństwa (np. opieką koordynowaną w przypadku przemocy ze względu na płeć), podmiotów zajmujących się edukacją, bezpieczeństwem żywnościowym i zapewniających wsparcie bytowe, wsparcie środowiskowe i inne usługi (np. żywieniowe), a także (w stosownych przypadkach) do tradycyjnych uzdowicieli i przywódców religijnych.
- ✓ Organizowanie **środowiskowych inicjatyw terenowych**, poświęconych zdrowiu psychicznemu w celu rozpowszechniania najważniejszych informacji promujących zdrowie psychiczne (zob. [działanie MSP](#) ⇒ 3.3) oraz **identyfikacji osób z możliwymi zaburzeniami psychicznymi, neurologicznymi i wynikającymi z użycia substancji psychoaktywnych** oraz kontaktowania ich z odpowiednimi świadczeniami (np. udzielanymi przez przeszkolonych środowiskowych pracowników opieki zdrowotnej). Zaangażowanie członków społeczności w identyfikację osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, które mogą doznawać fizycznego ograniczenia swobody ruchu, których istnienie może być ukrywane lub które z różnych powodów, mogą nie mieć dostępu do opieki.
- ✓ Przeciwdziałanie, w ramach działań humanitarnych, **dyskryminacji i zaniedbywaniu** osób z ciężkimi i przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi. Na przykład **propagowanie** działań na rzecz dostępu dzieci, dorosłych i osób starszych z zaburzeniami psychicznymi, neurologicznymi i wynikającymi z używania substancji psychoaktywnych do podstawowych świadczeń (odżywianie, schronienie), możliwości nauki, wsparcia bytowego i zajęć rekreacyjnych oraz, w razie potrzeby, **ułatwianie przekierowywania** do odpowiednich świadczeń i form wsparcia. Zajęcie się kwestią stosowania przymusu fizycznego i ograniczania swobody ruchu (co jest często stosowane z powodu braku możliwości uzyskania alternatywnego wsparcia lub leczenia farmakologicznego).

Możliwe działania uzupełniające (w zależności od kontekstu i dostępnych zasobów)

- ✓ Inicjowanie, wspieranie lub angażowanie się w **strategiczne, długoterminowe procesy planowania**, mające na celu integrację zdrowia psychicznego z ogólną opieką zdrowotną (np. w ramach technicznych grup roboczych ds. MHPSS, współpracujących z darczyńcami pomocy humanitarnej i rozwojowej oraz podmiotami rządowymi, takimi jak krajowe grupy sterujące lub komisje ds. zdrowia psychicznego, a także podczas strategicznych przeglądów zasad polityki, wytycznych lub planów na szczeblu krajowym).
- ✓ Organizowanie i prowadzenie **grup wzajemnego wsparcia** dla osób korzystających ze świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego i członków ich rodzin lub opiekunów, z uwzględnieniem osób z zaburzeniami psychospołecznymi i niepełnosprawnością intelektualną lub upośledzeniem funkcji poznawczych.
- ✓ Budowanie potencjału i wspieranie **członków rodzin lub opiekunów** osób cierpiących na zaburzenia zdrowia psychicznego, doświadczających niepełnosprawności psychospołecznej i intelektualnej lub upośledzenia funkcji poznawczych (np. w zakresie wzmocnienia umiejętności radzenia sobie z problemami, zdolności do samoopieki).
- ✓ Angażowanie członków społeczności, w tym osób, które doświadczyły zaburzeń zdrowia psychicznego, w działania na większą skalę, które **poruszają kwestie stygmatyzacji i negatywnego postrzegania osób cierpiących na zaburzenia psychiczne** (np. poprzez dyskusje i wydarzenia środowiskowe organizowane przez społeczność czy wydarzenia w ramach Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego).
- ✓ Włączenie **specjalisty w dziedzinie zdrowia psychicznego** (np. psychiatry, pielęgniarki psychiatrycznej, osoby po przeszkoleniu medycznym w dziedzinie psychiatrii, psychologa) w skład zespołów pracujących w placówkach opieki zdrowotnej, do których kierowane są osoby potrzebujące opieki w tym zakresie (np. jednej osoby na obszar geograficzny lub region), który może zapewnić specjalistyczną opiekę w zakresie zdrowia psychicznego oraz zaangażować się w szkolenie personelu medycznego ogólnej opieki zdrowotnej, wsparcie tego personelu i zapewnienie superwizji.
- ✓ Zatrudnianie, szkolenie i prowadzenie superwizji personelu w celu świadczenia bardziej kompleksowych usług, takich jak **koordynacja opieki psychiatrycznej** (np. działania na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi; wspieranie koordynacji i dostępu do informacji o świadczeniach; ułatwianie dostępu do różnych świadczeń i form wsparcia; pomoc w rozwiązywaniu pilnych problemów praktycznych, np. związanych z mieszkaniem, bezpieczeństwem, potrzebami medycznymi) oraz zapewnianie wsparcia opartego na mocnych stronach i ukierunkowanego na powrót do zdrowia, *zob. także działanie MSP → 3.13*).
- ✓ Regularne uzyskiwanie **informacji zwrotnych na temat dostępnej opieki** od osób korzystających ze świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego (np. jej dostępności i postrzeganej jakości).
- ✓ Budowanie **długoterminowego potencjału** w zakresie świadczenia klinicznej opieki nad zdrowiem psychicznym za pośrednictwem instytucji akademickich i innych instytucji szkoleniowych (np. włączenie tych zagadnień do programów studiów dyplomowych i magisterskich dla pracowników służby zdrowia i programów ustawicznego kształcenia zawodowego).
- ✓ **Włączenie opieki nad zdrowiem psychicznym do programów i świadczeń dotyczących określonych chorób oraz określonych populacji**, takich jak programy dotyczące zdrowia matek, zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, zdrowia dzieci i młodzieży oraz programy i świadczenia dotyczące zdrowia i dobrostanu rodziny.

Wytyczne, standardy i narzędzia



[Kliknij tutaj](#), aby uzyskać dostęp do odpowiednich wytycznych, standardów i narzędzi.



3.11

Zapewnienie usług z zakresu MHPSS w ramach opieki klinicznej nad osobami, które doświadczyły przemocy na tle seksualnym i przemocy w związku intymnym

Przemoc seksualna i przemoc w związku intymnym to problemy⁶⁸ globalne, występujące w każdym społeczeństwie. W warunkach kryzysów humanitarnych **wskaźniki** przemocy seksualnej i przemocy w związku intymnym są **szczególnie wysokie** z powodu załamania się społecznych mechanizmów zapewnienia bezpieczeństwa. Pewne grupy osób mogą być szczególnie zagrożone ze względu na ich szczególną sytuację (np. dzieci, kobiety, uchodźcy wewnętrzni, migranci, mniejszości etniczne, osoby pozbawione wolności, osoby z niepełnosprawnościami i osoby LGBTQ+).

Przemoc seksualna i przemoc w związku intymnym to zazwyczaj zdarzenia związane z poważnym cierpieniem psychicznym, które mogą mieć poważne krótko- i długoterminowe **konsekwencje fizyczne, psychologiczne, osobiste i społeczne** dla osób, które ich doświadczyły. Ofiary takiej przemocy mogą doznać obrażeń, zająć w niezamierzoną ciążę, doświadczyć powikłań ciążowych, zakażeń przenoszonych drogą płciową (w tym HIV) i innych problemów zdrowotnych. Wpływ na **zdrowie psychiczne tych osób** może obejmować ostre reakcje na stres, depresję, zespół stresu pourazowego, stany lękowe, zaburzenia snu, nadużywanie substancji psychoaktywnych, samookaleczenia i zachowania samobójcze. Osoby, które doświadczyły takiej przemocy, mogą również spotkać się z **napiętnowaniem i odrzuceniem** ze strony swoich rodzin i społeczności.



Świadczeniodawcy opieki zdrowotnej, oferujący świadczenia z zakresu **zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego** (np. kliniki, przychodnie lub szpitale oferujące opiekę przedporodową lub prenatalną, podstawową opiekę okołoporodową, opiekę po aborcji, leczenie chorób przenoszonych drogą płciową itp.) a także podmioty świadczące opiekę zdrowotną nad matkami i ogólną opiekę zdrowotną, **są często pierwszymi punktami kontaktowymi** dla ofiar szukających pomocy. Z tego powodu ważne jest, aby mogli oni zaoferować odpowiednie **wsparcie na pierwszej linii**, w tym w zakresie **MHPSS**, oraz przekierowanie do innych świadczeń, w tym do świadczeniodawców bardziej wyspecjalizowanych w zakresie zdrowia psychicznego, w zależności od potrzeb.⁶⁹

68 Przemoc w związku intymnym może mieć charakter fizyczny, seksualny lub emocjonalny bądź psychologiczny. W przypadku przemocy w związku intymnym jej wpływ na zdrowie psychiczne może być bardziej progresywny, ponieważ przemoc ta może występować wielokrotnie i przez długi czas, czasami eskalując i potencjalnie obejmując wysoki poziom przemocy emocjonalnej.

69 GBV AoR, Global Protection Cluster (2019). *The inter-agency minimum standards for Gender-Based Violence in Emergency Programming*. Zob. Standard 4: Health care for GBV survivors.

DZIAŁANIE

Zapewnienie świadczeń z zakresu MHPSS w ramach opieki klinicznej nad osobami, które doświadczyły przemocy na tle seksualnym i przemocy w związku intymnym



Podstawowe działania

- ✓ **Identyfikacja placówek opieki zdrowotnej**, w których można zapewnić lub wzmocnić działania z zakresu MHPSS w ramach opieki klinicznej nad ofiarami przemocy seksualnej i przemocy w związku intymnym.
- ✓ **Opracowanie/wyбір, ⇒ adaptacja i** przetłumaczenie w razie potrzeby materiałów szkoleniowych dotyczących MHPSS, na podstawie potrzeb i priorytetów określonych w drodze analiz i poprzez dyskusje z udziałem społeczności (np. dostosowanie do kontekstu, zrozumienie przepisów prawa i zasad polityki, świadomość dostępnych zasobów i świadczeń).
- ✓ **Szkolenie pracowników sektora opieki zdrowotnej** (np. lekarzy, personelu pielęgniarskiego, położnych, asystentów medycznych i innych osób udzielających świadczeń w dziedzinie zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego) w zakresie **aspektów MHPSS, charakterystycznych dla przemocy seksualnej i przemocy w związku intymnym**, np. zapewnianie ofiarom wsparcia na pierwszej linii zgodnie z procedurą LIVES⁷⁰, obejmujące podstawowe wsparcie psychospołeczne; informacje o wpływie przemocy seksualnej i przemocy w związku intymnym na zdrowie psychiczne; opiekę uwzględniającą aspekt płci; informacje o tym, jak zadawać pytania w przypadku podejrzenia przemocy, postępowanie w przypadku ujawnienia informacji o przemocy, ocenę stanu zdrowia psychicznego i postępowanie odpowiednie do sytuacji; zapewnianie regularnych działań następczych; monitorowanie potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego; oraz ułatwianie **kontaktu i przekierowań** do dodatkowych świadczeń, takich jak specjalistyczne świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego i koordynacja opieki nad danym przypadkiem, a także inne rodzaje wsparcia (np. pomoc prawna, w zakresie bezpieczeństwa żywnościowego czy wsparcia bytowego).
- ✓ Włączenie kwestii związanych z MHPSS do **procedur postępowania na poziomie placówki oraz narzędzi wspomagających pracę** (takich jak medyczne algorytmy opieki zdrowotnej, listy kontrolne leczenia, wytyczne dotyczące analizy potrzeb, procedury dostosowane do lokalnych warunków, formularze wywiadu i badań lekarskich, formularze i procedury przekierowań).
- ✓ Wzmocnienie potencjału **środowiskowych świadczeniodawców usług zdrowotnych**, tradycyjnych opiekunek porodowych i innych, działających w społeczności podmiotów opieki zdrowotnej, będących ważnymi punktami kontaktowymi dla osób po doświadczeniu przemocy, udzielających im wsparcia na pierwszej linii i przekierowujących je do odpowiednich specjalistów (np. poprzez szkolenia w zakresie wsparcia na poziomie pierwszego kontaktu, postępowania w przypadku ujawnienia informacji o przemocy oraz ułatwiania kontaktów i przekierowań).
- ✓ Zaangażowanie **pracowników posiadających wiedzę merytoryczną z zakresu MHPSS i GBV** w prowadzenie szkoleń, bieżące wsparcie i superwizję.
- ✓ Koordynacja z innymi świadczeniodawcami oraz **opracowanie, wzmocnienie lub utrzymanie systemów i ścieżek przekierowań** (np. do świadczeń dla osób, które doświadczyły przemocy ze względu na płeć, do dodatkowej lub specjalistycznej opieki w zakresie zdrowia psychicznego, do edukacji, do wsparcia bytowego i środowiskowego) z uwzględnieniem procedur zapewniających poufność i prywatność.
- ✓ Jeżeli pracownicy opieki zdrowotnej lub osoby świadczące usługi z zakresu zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego bądź pomocy dla osób, które doświadczyły przemocy ze względu na płeć, **prowadzą interwencje psychologiczne**, należy zadbać o to, by stosowali oni podejście oparte na dowodach naukowych i podlegali odpowiedniej superwizji (*zob. działanie MSP ⇒ 3.12*).

Możliwe działania uzupełniające (w zależności od kontekstu i dostępnych zasobów)

- ✓ Budowanie **długoterminowego potencjału** w zakresie zapewnienia opieki klinicznej osobom, które doświadczyły przemocy seksualnej lub przemocy ze względu na płeć, poprzez działania instytucji akademickich i innych instytucji szkoleniowych (np. włączenie tych zagadnień do programów studiów dyplomowych i magisterskich dla pracowników służby zdrowia, ustawiczne kształcenie zawodowe).

Wytyczne, standardy i narzędzia



[Kliknij tutaj](#), aby uzyskać dostęp do odpowiednich wytycznych, standardów i narzędzi.

70 WHO (2014). *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook*.



Priorytet 30: Zapewnienie usług MHPSS za pośrednictwem opieki zdrowotnej osobom, które doświadczyły przemocy ze względu na płeć i przemocy w związkach intymnych



Świadczeniodawcy usług zdrowotnych powinni brać pod uwagę, że osoby przejawiające oznaki cierpienia psychicznego lub zaburzeń psychicznych mogą być ofiarami przemocy seksualnej lub przemocy w związku intymnym. Osoby te mogą niechętnie lub z lękiem mówić o tych doświadczeniach i mogą być narażone na stygmatyzację i odrzucenie ze strony rodziny i społeczności. Osoby po takich doświadczeniach często doświadczają typowych reakcji psychologicznych, takich jak strach, niepokój, smutek, złość, poczucie winy, wstyd, obwinianie siebie, dysocjacja (np. uczucie oderwania od rzeczywistości, oszołomienia lub odrętwienia), koszmary sennie lub problemy ze snem, a także izolacja społeczna i wycofanie. Reakcje te są normalne i zwykle w miarę upływu czasu następuje poprawa, szczególnie jeśli osoba poszkodowana czuje się bezpiecznie i ma wsparcie emocjonalne, którego potrzebuje. Jednak niektóre osoby doświadczają długotrwałego cierpienia psychicznego, szczególnie jeśli są ciągle narażone na przemoc, co często ma miejsce w przypadku przemocy ze strony partnera w związku intymnym. Ponadto niektóre grupy mogą napotykać dodatkowe bariery w dostępie do wsparcia (np. osoby LGBTIQ+).

Zapewnienie **pierwszej linii wsparcia (np. LIVES), które obejmuje podstawowe wsparcie psychospołeczne**, to pierwszy krok, do którego powinien być przygotowany cały personel medyczny, udzielający wsparcia ofiarom przemocy seksualnej i ofiarom przemocy w związku intymnym. W sytuacji kryzysowej, gdy pracownik opieki zdrowotnej może spotkać się z osobą poszkodowaną tylko raz, wsparcie na poziomie pierwszego kontaktu może być jedyną pomocą, jakiej można udzielić. Personel opieki zdrowotnej powinien wiedzieć, w jaki sposób zapewnić wsparcie skoncentrowane na osobie po doświadczeniu przemocy i odpowiednio ją przekierować do potrzebnych świadczeń specjalistycznych (zob. [↔ "General principles and considerations on informed consent/assent, safe information-sharing practices, confidentiality and mandatory reporting"](#) oraz [priorytet 28](#)). Ważne jest także wspieranie świadczeniodawców w analizowaniu ich własnych przekonań na temat ról płciowych (np. szkodliwe przekonania na temat praw, ról i władzy kobiet i mężczyzn w społeczeństwie, lub na temat osób o odmiennej orientacji seksualnej i ekspresji płciowej) oraz w radzeniu sobie z wszelkimi dyskryminacyjnymi postawami, które w ich pracy mogą przyczyniać się do szkód lub nawet je powodować (np. ponowna wiktyimizacja, nasilone cierpienie psychiczne).⁷¹ Podstawą do pracy z osobami po doświadczeniu przemocy ze względu na płeć są zasady przewodnie dotyczące GBV i skala postaw, skoncentrowanych na osobie poszkodowanej.⁷²

U niektórych osób, które doświadczyły przemocy seksualnej lub przemocy ze strony partnera w związku intymnym mogą rozwinąć się **zaburzenia zdrowia psychicznego** takie jak depresja, myśli samobójcze, samookaleczenia lub PTSD, a także mogą one doświadczać medycznie niewyjaśnionych dolegliwości somatycznych czy utrzymujących się problemów ze snem. Pracownicy opieki zdrowotnej (np. lekarze, personel pielęgniarstwa, położne, asystenci medyczni i inne osoby świadczące usługi z zakresu zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego) powinni posiadać umiejętność **identyfikacji, oceny i prowadzenia leczenia** takich przypadków, z wykorzystaniem opartych na dowodach naukowych wytycznych klinicznych, takich jak mhGAP-HIG (zob. [działanie MSP ↔ 3.10](#)).

Dalsze konkretne działania można znaleźć w punkcie [działanie MSP ↔ 3.11](#). Zob. także [priorytet 28](#) oraz [priorytet 29](#).

71 Ponowna wiktyimizacja osób, które doświadczyły przemocy seksualnej, może mieć miejsce na poziomie świadczeniodawcy (np. poprzez reakcje na ujawnienie faktu przemocy, które obwiniają lub osądzają ofiarę), na poziomie zespołu (np. kiedy osoby poszkodowane zmuszone są do ponownego opowiadania swojej historii wielu członkom zespołu) oraz na poziomie systemu (np. systemy triage, w których osoby poszkodowane pytane są przy innych osobach o powody, dla których szukają opieki, praktyki ograniczania swobody ruchów na oddziałach szpitalnych). Usługi w zakresie zdrowia psychicznego, które opierają się na nierównowadze sił oraz warunkach przymusu i kontroli, mogą skutkować dynamiką przypominającą relacje oparte na przemocy i powodować zwiększone cierpienie psychiczne u osób poszkodowanych. Przykładem może być stosowanie w leczeniu środków przymusu, takich jak odosobnienie, krepowanie i przymusowe podawanie leków w placówkach szpitalnych. Oram et al. (2022). [The Lancet Psychiatry Commission on intimate partner violence and mental health: advancing mental health services, research, and policy](#).

72 Należy zapoznać się ze skalą postaw skoncentrowanych na osobie po doświadczeniu przemocy (the Survivor-Centred Attitude Scale) w: [Interagency GBV Case Management Guidelines](#), s.193.




3.12

Rozpoczęcie lub intensyfikacja działań w zakresie interwencji psychologicznych

Długotrwałe **cierpienie psychiczne** i **zaburzenia zdrowia psychicznego** (takie jak depresja, lęk i zespół stresu pourazowego) są powszechne w warunkach kryzysów humanitarnych. Zaburzenia zdrowia psychicznego upośledzają codzienne funkcjonowanie i możliwości skorzystania z potrzebnych świadczeń i form wsparcia.

Osoby bez uprawnień zawodowych lub kwalifikacji w dziedzinie zdrowia psychicznego (czasami nazywane **paraprofesjonalistami** lub **personelem niewyspecjalizowanym**) mogą prowadzić skalowalne interwencje psychologiczne⁷³ w celu rozwiązywania tych problemów pod warunkiem, że są **dobrze wyszkolone, podlegają superwizji i otrzymują wsparcie**.

Przykładowo personel w **sektorach zdrowia, opieki społecznej, żywienia i innych** może zostać przeszkolony w zakresie prowadzenia ustrukturyzowanych, skalowalnych i opartych na dowodach naukowych interwencji psychologicznych (*zob. piorytet*  [31](#)).



Rozwój personelu i wzmocnienie systemów oferowania interwencji psychologicznych to proces długoterminowy, ale powinien on zostać zainicjowany już na początku wdrażania pakietu MHPSS MSP.

⁷³ Skalowalne interwencje psychologiczne charakteryzują się zwykle ograniczonym poleganiem na specjalistach (np. niewyspecjalizowany personel może być przeszkolony i podlegać superwizji), obejmują interwencje, które odnoszą się do wielu problemów, mogą nie wymagać oceny diagnostycznej i koncentrować się na umiejętnościach samodzielnego radzenia sobie z problemami.

DZIAŁANIE

Rozpoczęcie lub intensyfikacja działań w zakresie interwencji psychologicznych



Podstawowe działania

- ✓ Podjęcie decyzji, która **platforma lub placówka** (np. podstawowa opieka zdrowotna, usługi dotyczące zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, ośrodki rehabilitacyjne, placówki ortopedyczne, placówka lub przestrzeń zapewniająca bezpieczeństwo, placówki świadczące usługi edukacyjne lub żywieniowe) i które podmioty będą zaangażowane w prowadzenie interwencji psychologicznych.
- ✓ Ułatwienie dostępu do **przestrzeni odpowiedniej dla celów prowadzenia interwencji psychologicznych** (np. zapewniającej poufność i bezpieczną przestrzeń dla dzieci towarzyszących osobie potrzebującej pomocy).
- ✓ W razie potrzeby opracowanie/wybór, → **adaptacja** i przetłumaczenie **podręczników i materiałów do prowadzenia interwencji psychologicznych**, opartych na dowodach naukowych.
- ✓ Analiza **potrzeb i możliwości szkoleniowych**, w tym w zakresie wspierania postaw i przekonań potencjalnych uczestników szkoleń.
- ✓ Zapewnienie **opartych na kompetencjach szkoleń** i superwizji w zakresie interwencji psychologicznych.
- ✓ Prowadzenie **interwencji psychologicznych** w wybranym otoczeniu.
- ✓ **Ułatwianie przekierowywania** do innych świadczeń w zależności od potrzeb (np. do bardziej wyspecjalizowanych podmiotów, zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego, świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej, podmiotów zajmujących się zapewnianiem bezpieczeństwa i edukacją, a także świadczeń obejmujących wsparcie bytowe i wsparcie na poziomie społeczności lokalnej).
- ✓ **Zaangażowanie wykwalifikowanego personelu MHPSS** w celu zapewnienia ciągłych działań monitorujących, superwizji i wsparcia dla przeszkolonych pracowników.

Możliwe działania uzupełniające (w zależności od kontekstu i dostępnych zasobów)

- ✓ Zwiększenie **dostępności kompetentnego, podlegającego superwizji personelu**, który może prowadzić interwencje psychologiczne w dodatkowych miejscach i na innych obszarach geograficznych.
- ✓ Budowanie **długoterminowego potencjału** w zakresie prowadzenia interwencji psychologicznych z udziałem **instytucji akademickich** (np. poprzez programy nauczania studiów licencjackich i magisterskich, ustawiczne kształcenie zawodowe). Obejmuje to stworzenie map obecnych programów edukacyjnych i programów nauczania w zakresie psychoterapii, w tym prowadzonych przez krajowe stowarzyszenia akademickie i zawodowe oraz przez organy nadające uprawnienia (np. krajowe towarzystwa terapii poznawczej i behawioralnej).

Wytyczne, standardy i narzędzia



[Kliknij tutaj](#), aby uzyskać dostęp do odpowiednich wytycznych, standardów i narzędzi.



Priorytet 31: Interwencje psychologiczne oparte na dowodach naukowych i metody ich przeprowadzania, pozwalające radzić sobie z długotrwałym cierpieniem psychicznym i powszechnie występującymi zaburzeniami psychicznymi



Przykłady metod opartych na dowodach naukowych:*

- ▶ Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) w różnych formach, takich jak aktywacja behawioralna, terapia przetwarzania poznawczego, podejścia oparte na ekspozycji (np. terapia narracyjna) oraz podejścia terapii CBT trzeciej fali (np. terapia akceptacji i zaangażowania – ACT).
- ▶ Trening radzenia sobie ze stresem/szkolenie z technik relaksacyjnych.
- ▶ Poradnictwo w zakresie rozwiązywania problemów/terapia skoncentrowana na rozwiązaniach.
- ▶ Terapia interpersonalna/psychoterapia interpersonalna.
- ▶ Odwrażliwianie w formie stymulacji ruchu gałek ocznych (EMDR).



Sposoby realizacji:

- ▶ Interwencje indywidualne i grupowe.
- ▶ Podejścia oparte na kierowanej i niekierowanej samopomocy.
- ▶ Metody cyfrowe i bezpośrednie.



Przykłady podręczników interwencji psychologicznych opartych na dowodach naukowych, opracowanych na potrzeby pomocy humanitarnej, wymieniono w części zawierającej [właściwe wytyczne, standardy i narzędzia, dostępnej na platformie internetowej MHPSS MSP](#).

* **Należy pamiętać**, że nie jest to wyczerpujący wykaz interwencji psychologicznych, natomiast jest on oparty na liście interwencji zalecanych w wytycznych WHO: [mhGAP Intervention Guide and other WHO guidelines](#). W wytycznych krajowych można znaleźć informacje na temat innych metod terapii psychologicznej. Należy pamiętać, że istnieje stosunkowo niewiele publicznie dostępnych podręczników, opartych na dowodach naukowych, dotyczących interwencji psychologicznych i innych ukierunkowanych interwencji w zakresie MHPSS przeznaczonych dla dzieci, w tym dorastającej młodzieży, do zastosowania w warunkach pomocy humanitarnej.⁷⁴



Priorytet 32: Nie należy stosować metody debriefingu psychologicznego



W ramach wczesnej interwencji po doświadczeniu traumatycznego, przerażającego lub zagrażającego życiu zdarzenia, co obejmuje konflikt zbrojny lub klęskę żywiołową, nie należy oferować jednorazowego, jednosesyjnego debriefingu psychologicznego.⁷⁵ Dowody nie wskazują na skuteczność debriefingu psychologicznego i sugerują, że może on być szkodliwy dla niektórych osób.^{77,78} Osobom w stanie ciężkiego stresu i cierpienia psychicznego, które niedawno były narażone na traumatyczne zdarzenie, należy zaoferować podstawowe wsparcie psychospołeczne (np. PFA, [zob. działanie MSP 3.2](#) ⇒ [3.2](#)), a nie debriefing psychologiczny.⁷⁹

74 Global Protection Cluster (2020). [Guidance for MHPSS Aspects of Child Protection in the HNO/NRP 2021](#).

75 Debriefing psychologiczny jako interwencja składa się zazwyczaj tylko z jednej sesji i obejmuje pewną formę emocjonalnego przetworzenia i odreagowania poprzez zachęcanie osoby po traumatycznym zdarzeniu do przypomnienia go sobie i „przepracowania”, czemu towarzyszy normalizacja reakcji emocjonalnej na to zdarzenie.

76 Inter-Agency Standing Committee (2007). [IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings](#).

77 Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S. [Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder \(PTSD\)](#). Cochrane Database Syst Rev.

78 World Health Organization (2011). [Single-Session Psychological Debriefing: Not Recommended](#).

79 Inter-Agency Standing Committee (2007). [IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings](#).




3.13 Świadczenie usług z zakresu MHPSS w systemie opieki koordynowanej (Case Management)

Opieka koordynowana to sposób świadczenia usług osobom lub rodzinom, które wymagają zindywidualizowanego wsparcia ze względu na swoje potrzeby lub okoliczności życiowe. **W różnych obszarach stosuje się różne schematy opieki koordynowanej** (np. w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa, przemocy ze względu na płeć, ochrony dzieci, ochrony uchodźców, wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami i cierpiących na zaburzenia psychiczne, a także pomocy ofiarom min i niewybuchów).

Chociaż format, częstotliwość kontaktów i cele różnią się w zależności od obszaru pracy, wspólną cechą jest to, że pracownik opiekujący się danym przypadkiem indywidualnie współpracuje z każdą osobą lub rodziną, aby **ocenić ich sytuację, opracować i wdrożyć plan pomocy oraz regularnie sprawdzać postępy** w realizacji celów.

Koordinator opieki stanowi stabilne źródło wsparcia w okresie świadczenia pomocy, zapewniając **bezpośrednią opiekę** osobie lub rodzinie, **występując na ich rzecz i w ich imieniu** oraz **ułatwiając im dostęp do innych świadczeń** w razie potrzeby (np. schronienia, pomocy prawnej, opieki psychiatrycznej).

 Każda forma koordynacji opieki wymaga specjalistycznej wiedzy i nadzoru merytorycznego. Odpowiednie pakiety szkoleniowe, wytyczne i minimalne standardy są dostępne dla poszczególnych obszarów koordynacji opieki. Jednak, niezależnie od sektora, koordynacja opieki musi być prowadzona w sposób, który uwzględnia **potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego**, promuje **poczucie bezpieczeństwa** i **dobrostan psychiczny**, bazuje na **zdolnościach i mocnych stronach danej osoby** oraz promuje **wsparcie ze strony rodziny i społeczności**.⁸⁰ Przedstawione poniżej działania mają zastosowanie do wszystkich form koordynowania opieki i powinno się je stosować w połączeniu z wytycznymi sektorowymi (zob. [odpowiednie wytyczne, standardy i narzędzia, dostępne na platformie internetowej MHPSS MSP](#)).

⁸⁰ Według niektórych wytycznych podstawowa opieka w przypadkach dotyczących zapewnienia bezpieczeństwa dzieciom i opieka w zakresie przemocy ze względu na płeć to de facto usługi z obszaru MHPSS, zgodne z poziomem 3 Piramidy Interwencji MHPSS IASC, (tj. ukierunkowanym wsparciem niespecjalistycznym, zob. np. UNICEF, 2019). [Operational Guidelines for Community-based MHPSS](#); GBVIMS Steering Committee (2017). [Interagency GBV Case Management Guidelines](#).

DZIAŁANIE

Udzielanie świadczeń z zakresu MHPSS w trybie opieki koordynowanej
(Case Management)



Podstawowe działania

- ✓ ⇒ **Dostosowanie** programów szkoleniowych dla koordynatorów opieki, tak, by obejmowały najważniejsze tematy z zakresu MHPSS, odpowiadające możliwościom dostępnych pracowników (zob. [zalecane tematy szkoleń z dziedziny MHPSS dla pracowników wspierających dorosłych i dzieci](#), dostępne na platformie internetowej MHPSS MSP).
- ✓ **Szkolenie koordynatorów opieki** i superwizorów w zakresie odpowiednich tematów i umiejętności z zakresu MHPSS.
- ✓ ⇒ **Dostosowanie** narzędzi służących do koordynowania opieki w konkretnych przypadkach **oraz schematów i procedur przekierowywania** w celu uwzględnienia zagadnień z obszaru MHPSS (np. analiza i przegląd potrzeb w tym zakresie, uwzględnienie MHPSS w planowaniu opieki, kryteria przekierowywania do świadczeń z zakresu MHPSS, standardowe procedury operacyjne dotyczące postępowania w sytuacjach kryzysowych wymagających interwencji z zakresu MHPSS).
- ✓ **Praca z opiekunami, członkami rodziny i osobami bliskimi**, jeżeli jest to bezpieczne i właściwe, w celu budowania ich potencjału wspierania osoby potrzebującej opieki (np. poprzez odpowiednie praktyki opiekuńcze i edukację w zakresie rozwoju, zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego).
- ✓ Angażowanie **personelu posiadającego wiedzę merytoryczną w zakresie MHPSS w celu zapewnienia stałego nadzoru merytorycznego i superwizji** pracownikom udzielającym świadczeń z zakresu MHPSS, poprzez spotkania dotyczące planowania opieki i sesje indywidualne (np. w celu zapewnienia, że działania te wspierają dobrostan podopiecznych i nie powodują szkód). Wspomniane wsparcie merytoryczne powinno być uzupełnieniem sektorowego nadzoru merytorycznego wymaganego dla danej formy koordynacji opieki i być z nią skoordynowane (np. specjalista ds. przemocy ze względu na płeć nadzorujący opiekę nad sprawami związanymi z przemocą tego rodzaju).
- ✓ **Wyznaczenie bezpiecznych miejsc** do świadczenia opieki koordynowanej dla poszczególnych przypadków. W przypadku koordynacji opieki nad przypadkami przemocy ze względu na płeć należy rozważyć wykorzystanie bezpiecznych przestrzeni dla kobiet i dziewcząt oraz opcji mobilnych, aby zapewnić niepowodujące stygmatyzacji punkty dostępu do świadczeń. W przypadku osób LGBTQ+ należy rozszerzyć kontakty z lokalnymi organizacjami LGBTQ+, które mogą zapewnić bezpieczne i przyjazne środowisko.

Możliwe działania uzupełniające (w zależności od kontekstu i dostępnych zasobów)

- ✓ Szkolenie pracowników w zakresie **interwencji psychologicznych opartych na dowodach naukowych** i zapewnienie nadzoru merytorycznego (zob. [działanie MSP](#) ⇒ [3.12](#)).
- ✓ ⇒ **Dostosowanie narzędzi monitoringu i ewaluacji oraz planów opieki i terapii** tak, by obejmowały ocenę wpływu świadczeń na zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny podopiecznego (jeśli nie zostało to jeszcze uwzględnione).

Wytyczne, standardy i narzędzia



[Kliknij tutaj](#), aby uzyskać dostęp do odpowiednich wytycznych, standardów i narzędzi.

🔑 Priorytet 33: Zapewnienie jasnego podziału ról



W sytuacji, gdy wiele ról w organizacji przyczynia się do rezultatów uzyskanych w programie MHPSS, kluczowe jest, aby pracownicy i wolontariusze dokładnie rozumieli zakres kompetencji każdej z tych ról oraz to, w jaki sposób przyczynia się ona do realizacji wspólnych celów. Na przykład w ramach programów humanitarnych funkcjonują niekiedy zespoły zajmujące się zapewnieniem bezpieczeństwa dzieciom, w skład których wchodzi zarówno osoby zajmujące się, ogólnie rozumianym bezpieczeństwem dzieci, jak i wyspecjalizowani pracownicy MHPSS (np. specjaliści ds. MHPSS lub specjaliści ds. wsparcia psychospołecznego), przy czym tak jedni, jak i drudzy oferują pewne formy wsparcia emocjonalnego i psychologicznego. Jeśli nie określono jednoznacznie zakresu każdej z tych ról, może to powodować dezorientację zarówno wśród pracowników, jak i adresatów świadczeń, a także prowadzić do **napięć, powielania działań i zagrożeń dla ochrony danych**.

Gdy poszczególne role i kryteria przekierowywania między nimi są jasno określone i dobrze zrozumiane (np. pracownik ds. bezpieczeństwa dzieci, zapewniający koordynację opieki i pracownik MHPSS zapewniający konkretną interwencję psychologiczną), mogą one oferować **skuteczne i uzupełniające się formy wsparcia** w ramach kompleksowego pakietu opieki.

W przypadku, gdy **potrzeby danej osoby odpowiadają zakresowi kompetencji wielu zespołów zajmujących się koordynacją opieki** (np. przemoc ze względu na płeć; bezpieczeństwo), wówczas, aby nie poddawać tej osoby powielającym się procedurom i analizom, jeden pracownik powinien przejąć główną odpowiedzialność i pełnić funkcję punktu kontaktowego, jednocześnie otrzymując pomoc merytoryczną od pracowników innych sektorów/obszarów odpowiedzialności. Zespół, który najlepiej nadaje się do przejęcia głównej odpowiedzialności, powinien zostać określony na podstawie preferencji osoby objętej opieką, a także wiedzy merytorycznej potrzebnej do rozwiązania głównego lub najpilniejszego problemu.

Zob. priorytet [34](#).

🔑 Priorytet 34: Dzieci i młodzież po doświadczeniu przemocy seksualnej



Dzieci po doświadczeniu przemocy seksualnej mogą otrzymać wsparcie zarówno ze strony pracowników ds. przemocy ze względu na płeć, jak i pracowników zajmujących się bezpieczeństwem dzieci, o ile posiadają oni niezbędne kompetencje i wdrożono odpowiednie procedury organizacyjne. Dobrą praktyką jest ustanowienie międzyagencyjnych standardowych procedur operacyjnych, które **precyzują role i obowiązki** w zakresie koordynacji opieki w odniesieniu do dzieci po doświadczeniu przemocy, w oparciu o dostępne możliwości i wiedzę specjalistyczną.

Dziecko powinno mieć w danym momencie **kontakt tylko z jednym pracownikiem, zajmującym się jego przypadkiem**, a pracownik ten powinien w razie potrzeby koordynować działania z innymi świadczeniodawcami, tak by nie poddawać dziecka powielającym się analizom ani nie zadawać mu wielokrotnie tych samych pytań. Przy ustalaniu, **jaki podmiot będzie najbardziej właściwy do udzielania świadczeń** na rzecz danego dziecka lub nastolatka należy wziąć pod uwagę szereg czynników, w tym życzenia dziecka, dostępność, przeszkolenie i kompetencje personelu, istniejące ścieżki przekierowań i lokalne umowy, a także podmiot, do którego dziecko zostało najpierw skierowane. Pracownicy zajmujący się konkretnym przypadkiem i inne osoby pracujące z dziećmi po doświadczeniu przemocy powinny szukać **dalszego wsparcia** ze strony ekspertów merytorycznych i przełożonych posiadających odpowiednią wiedzę specjalistyczną.

Dzieci powinny mieć wybór co do tego, z jakich świadczeń skorzystają i kto będzie ich udzielał, przy czym należy pamiętać, że dzieci po doświadczeniu przemocy nie są jednorodną grupą. Na przykład dorastające dziewczęta mogą czuć się bardziej komfortowo, korzystając z placówek skoncentrowanych na przemocy ze względu na płeć i miejsc przeznaczonych dla kobiet i dziewcząt, natomiast dorastający chłopcy mogą preferować wsparcie udzielane w ramach usług zapewniania bezpieczeństwa lub opieki zdrowotnej.

Zob. również priorytet [25](#).



3.14

Ochrona osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych i innych placówkach oraz opieka nad nimi

Podczas kryzysów humanitarnych osoby z **zaburzeniami psychicznymi, neurologicznymi i uzależnieniami (PNS)** lub osoby z **niepełnosprawnością intelektualną, rozwojową, psychospołeczną lub zaburzeniami funkcji poznawczych**, przebywające w szpitalach psychiatrycznych i innych instytucjach tego typu, narażone są na wysokie ryzyko **naruszeń praw człowieka**, takich jak wykorzystywanie fizyczne i seksualne, karanie, zaniedbanie, porzucenie oraz brak odpowiedniego schronienia, żywności i opieki medycznej.

Chociaż **w zakresie zdrowia psychicznego zalecana jest opieka środowiskowa**, wiele krajów dotkniętych kryzysami humanitarnymi polega głównie na opiece instytucjonalnej (np. w szpitalach psychiatrycznych, domach opieki społecznej, domach opieki, klinikach leczenia uzależnień).

Zazwyczaj **instytucje** te są zlokalizowane w większych miastach i **często nie są dostępne** dla ludności dotkniętej kryzysem. Opieka w takich instytucjach jest **często w rażącym stopniu niewystarczająca**, nawet przed wystąpieniem kryzysu.

Kryzysy humanitarne mogą spowodować **uszkodzenie obiektów i zmniejszenie liczby pracowników**. Osoby przebywające w szpitalach psychiatrycznych i innych miejscach świadczenia opieki instytucjonalnej mogą zostać porzucone przez personel i **pozostawione bez ochrony** przed skutkami klęsk żywiołowych lub konfliktów zbrojnych. Ponadto **przebywanie w placówce opieki instytucjonalnej odcina te osoby od potencjalnej ochrony i wsparcia ze strony rodziny**, co może mieć zasadnicze znaczenie dla przetrwania w sytuacjach kryzysowych.



Co więcej, **nagłe odstawienie leków psychotropowych** może być szkodliwe, a nawet **zagrozić życiu**.

DZIAŁANIE

Ochrona osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych i innych placówkach oraz opieka nad nimi



Podstawowe działania

- ✓ **Regularne wizyty w szpitalach psychiatrycznych i innych placówkach opieki instytucjonalnej**, prowadzone od początku sytuacji kryzysowej, aby ocenić ich potrzeby (w porozumieniu z odpowiednimi władzami rządowymi, np. ministerstwem zdrowia i opieki społecznej).
- ✓ Wspieranie, zgodnie z potrzebami, wysiłków mających na celu **zapewnienie fizycznego bezpieczeństwa** osobom przebywającym w placówkach opieki instytucjonalnej i personelowi tych placówek (np. ochrona ludności cywilnej i placówek opieki zdrowotnej zgodnie z międzynarodowym prawem humanitarnym, ochrona przed ogniskami chorób zakaźnych lub chorobami endemicznymi w danym kraju).
- ✓ Wdrożenie lub wzmocnienie **monitorowania i kontroli przestrzegania praw człowieka** przez zewnętrzne organy kontrolne (o ile istnieją), organizacje zajmujące się prawami człowieka lub specjalistów ds. zapewnienia bezpieczeństwa.
- ✓ Rozwiązywanie **problemów związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa** mężczyznom, kobietom (w tym osobom starszym) i dzieciom przebywającym w placówkach opieki instytucjonalnej (np. ochrona przed zaniedbaniem, przemocą ze względu na płeć, maltretowaniem lub zastraszaniem przez innych, w tym przez personel lub inne osoby przebywające w tych placówkach). Ułatwienie w razie potrzeby kontaktów z podmiotami zapewniającymi dodatkowe wsparcie i dostęp do świadczeniodawców (np. specjalistów ds. przemocy ze względu na płeć).
- ✓ Zapewnienie, że **podstawowe potrzeby fizyczne** osób przebywających w placówkach opieki instytucjonalnej są zaspokajane we współpracy z innymi sektorami (np. zapewnienie dostępu do wody pitnej, odpowiedniej żywności, schronienia, odzieży i infrastruktury sanitarnej), a także zaspokojenie ich potrzeb w zakresie zdrowia fizycznego (np. dostęp do leczenia chorób somatycznych i urazów).
- ✓ Ułatwienie **poszukiwania rodzin i komunikacji z rodzinami** osób przebywających w placówkach opieki instytucjonalnej.
- ✓ Wspieranie władz w opracowaniu i wdrożeniu odpowiednich **planów ewakuacji i reagowania na katastrofy naturalne oraz sytuacje kryzysowe** (tzn. że je sporządzono, rozpowszechniono i przetestowano).
- ✓ Zapewnienie przez cały czas trwania sytuacji kryzysowej **podstawowej opieki w zakresie zdrowia psychicznego** (tj. podstawowych leków psychotropowych i wsparcia psychospołecznego).
- ✓ **Wypisanie pacjenta z placówki** o ile to możliwe (np. jeśli dostępne jest wsparcie rodziny, środowiskowa opieka psychiatryczna i zapewnienie zaspokojenia podstawowych potrzeb, w tym schronienia, żywienia i opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia fizycznego).
- ✓ Zapewnienie, w razie potrzeby, nieprzerwanego zaopatrzenia w **leki psychotropowe** oraz inne niezbędne środki i sprzęt medyczny (na podstawie analizy potrzeb dokonanej w placówce).
- ✓ Jeżeli kryzys skutkuje brakami w obsadzie kadrowej, należy **zmobilizować do pomocy zaufane osoby** z rodziny, społeczności lokalnej i systemu opieki zdrowotnej (np. pomoc w zapewnieniu odpowiedniego wyżywienia i zaspokojeniu innych podstawowych potrzeb).
- ✓ W razie potrzeby wspieranie władz w zapewnianiu **podstawowych szkoleń oraz ciągłego wsparcia i superwizji personelu** (np. w obszarze praw człowieka w zakresie zdrowia psychicznego, zarządzania sytuacjami kryzysowymi bez stosowania środków przymusu, takich jak ograniczenia fizyczne, mechaniczne lub chemiczne bądź odosobnienie, a także w zakresie ciągłości opieki i sposobów poprawy samoopieki pacjentów oraz samoopieki personelu). Należy uwzględnić personel udzielający świadczeń (np. lekarze, pielęgniarki), a także inny odpowiedni personel (np. pracownicy ochrony).

Możliwe działania uzupełniające (w zależności od kontekstu i dostępnych zasobów)

- ✓ Przeprowadzenie bardziej **kompleksowej oceny placówki** z udziałem różnych interesariuszy, w tym odbiorców świadczeń (np. z wykorzystaniem zestawu narzędzi WHO do oceny i przekształcania placówek pod kątem zapewnienia praw człowieka i jakości świadczeń [WHO QualityRights assessment and transformation toolkit](#)).
- ✓ Zaangażowanie w **podnoszenie świadomości i edukację społeczności** w celu zmniejszenia dyskryminacji i stygmatyzacji oraz promowania wsparcia społecznego, integracji społecznej i praw człowieka (przy aktywnym udziale osób, które same doświadczyły zaburzeń zdrowia psychicznego).
- ✓ Wspieranie tworzenia zindywidualizowanych, **skoncentrowanych na osobie, planów powrotu do zdrowia**, z udziałem **multidyscyplinarnych zespołów**.
- ✓ Wspomaganie i zapewnianie osobom przebywającym w placówkach opieki instytucjonalnej dostępu do **szerokiego zakresu świadczeń i form wsparcia** (np. rehabilitacji, rekreacji i opieki duchowej).
- ✓ Zapewnienie personelowi **dotatkowego szkolenia i superwizji** (na podstawie analizy potrzeb szkoleniowych).
- ✓ Wspieranie działań zmierzających do **deinstytucjonalizacji** i zastąpienie długoterminowej opieki stacjonarnej w placówkach pobytu dla dzieci i dorosłych oraz szpitalach psychiatrycznych świadczeniami **opartymi na społeczności** i zorientowanymi na prawa człowieka (np. poprzez tworzenie ostrych oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, świadczenie klinicznej opieki psychiatrycznej w ramach ogólnych placówek opieki zdrowotnej, koordynację opieki, wsparcie ze strony społeczności i integrację społeczną). W procesie tym należy konsultować się z osobami, które same doświadczyły zaburzeń zdrowia psychicznego, i w znaczący sposób angażować je w ten proces.

Wytyczne, standardy i narzędzia



[Kliknij tutaj](#), aby uzyskać dostęp do odpowiednich wytycznych, standardów i narzędzi.

CZĘŚĆ 4




DZIAŁANIA I KWESTIE DO ROZWAŻENIA, DOTYCZĄCE SPECYFICZNYCH OKOLICZNOŚCI



4.1

Włączenie kwestii i wsparcia w zakresie MHPSS do zarządzania przypadkami klinicznymi, dotyczącymi chorób zakaźnych

Epidemie chorób zakaźnych (np. COVID-19, wirus Ebola, wirus Zika) mają poważny wpływ na zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny ludności. **Stresory** wynikające z takich epidemii obejmują izolację społeczną, trudności ekonomiczne, zakłócenie codziennych rutynowych czynności (edukacja, zatrudnienie) i zakłócenie dostępu do świadczeń, w tym opieki psychiatrycznej.

Osoby przyjmowane do **placówek opieki zdrowotnej** mogą doświadczać lęku, niepewności i poczucia izolacji społecznej. Osoby, które utraciły najbliższych, często mają ograniczone możliwości przeżywania żałoby lub dostępu do wsparcia. Często są przypadki **dyskryminacji i społecznego napiętnowania** chorych i ich opiekunów, w tym pracowników ochrony zdrowia. Powszechne są stany lękowe, depresja i niepokój, prawdopodobny jest też wzrost wskaźników zachorowalności na choroby psychiczne. Dlatego ważne jest, aby kwestie związane ze zdrowiem psychicznym i wsparciem psychospołecznym włączyć w zakres zarządzania przypadkami klinicznymi obejmującymi choroby zakaźne, a także, by włączyć odpowiednie działania z dziedziny MHPSS do **szerszych procedur reagowania w sytuacjach kryzysowych dotyczących zdrowia publicznego** (zob. *priorityet*  35).

DZIAŁANIE

Włączenie kwestii i wsparcia w zakresie MHPSS do zarządzania przypadkami klinicznymi, dotyczącymi chorób zakaźnych



Podstawowe działania

- ✓ W razie potrzeby opracowanie/wyбір, ⇒ **adaptacja i przetłumaczenie** materiałów, takich jak materiały szkoleniowe dla personelu lub materiały informacyjne, edukacyjne i komunikacyjne, skierowane do dotkniętych epidemią populacji.
- ✓ Określenie **punktów kontaktowych ds. MHPSS**, aby zapewnić i skoordynować świadczenia z zakresu MHPSS we **wszystkich placówkach opieki zdrowotnej**.
- ✓ Zapewnienie, że w każdej placówce opieki zdrowotnej jest **co najmniej jedna przeszkolona osoba i że funkcjonuje system** identyfikacji osób cierpiących na powszechne i poważne zaburzenia psychiczne i zapewnienia im opieki.
- ✓ Przeszkolenie **pracowników opieki zdrowotnej**, których zadaniem jest zajmowanie się osobami z chorobami zakaźnymi, w zakresie **podstawowych umiejętności udzielania wsparcia psychospołecznego, oceny sytuacji i podstawowych interwencji klinicznych** oraz interakcji między lekami (np. tymi stosowanymi w leczeniu chorób zakaźnych a lekami psychotropowymi).
- ✓ **Zapewnienie świadczeń z zakresu MHPSS osobom cierpiącym na choroby zakaźne** i członkom ich rodzin, w tym dzieciom. Obejmuje to wsparcie w radzeniu sobie z **ostrą i ciężką chorobą** (np. przyznanie się do cierpienia psychicznego i radzenie sobie z nim, ułatwienie komunikacji, zapewnienie szacunku i poszanowania godności).
- ✓ Identyfikowanie osób zakażonych, doświadczających nowych lub występujących wcześniej schorzeń **psychicznych, neurologicznych lub osób uzależnionych**, odpowiednie postępowanie z takimi przypadkami, a w razie potrzeby ich przekierowywanie do placówek zajmujących się zdrowiem psychicznym.⁸¹
- ✓ Zapewnienie, że placówki opieki zdrowotnej są zaopatrzone w potrzebne zapasy **podstawowych leków psychotropowych**.
- ✓ Włączenie **danych, dotyczących współistniejących chorób psychicznych** do formularzy klinicznych i systemów informacji medycznej.⁸²
- ✓ Uwzględnienie **kwestii z zakresu MHPSS** w celu złagodzenia zagrożeń dla bezpieczeństwa i zmniejszenia stresu psychicznego osób zakażonych, które są hospitalizowane, np. poprzez zapewnienie dostępu do dokładnych i zrozumiałych informacji o chorobie i leczeniu, ułatwienie komunikacji z członkami rodziny na odległość za pomocą telefonów lub ekranów ochronnych, ułatwienie postug religijnych, jeśli zachodzi taka potrzeba, ułatwienie codziennej aktywności (np. udostępnianie książek i gier, zwłaszcza dzieciom).
- ✓ Ustanowienie mechanizmów **kontakt i przekierowań** osób dotkniętych chorobą i członków ich rodzin do placówek zajmujących się zdrowiem psychicznym, wsparciem żywnościowym i bytowym, edukacją, pomocą społeczną (w tym w zakresie zapewnienia mieszkania) oraz innymi odpowiednimi świadczeniami i formami wsparcia.
- ✓ Zapewnienie **osobom, które utraciły bliskich**, możliwości przeżywania żałoby zgodnie z ich kulturą i tradycją, oraz organizacji **bezpiecznego i godnego pochówku**, na podstawie ich preferencji i w możliwym zakresie.
- ✓ Ochrona **zdrowia psychicznego wszystkich osób udzielających pomocy** i zapewnienie im dostępu do opieki psychiatrycznej i wsparcia psychospołecznego.

Możliwe działania uzupełniające (w zależności od kontekstu i dostępnych zasobów)

- ✓ Włączenie do personelu placówek opieki zdrowotnej **specjalisty w zakresie zdrowia psychicznego** (np. pielęgniarki psychiatrycznej, pracownika medycznego przeszkolonego w zakresie zdrowia psychicznego, psychologa) lub przeszkolonego i podlegającego superwizji niespecjalisty, zajmującego się w niepełnym lub pełnym wymiarze godzin opieką nad zdrowiem psychicznym.
- ✓ Prowadzenie **działań podejmowanych na poziomie społeczności lokalnej**, takich jak grupy wsparcia dla chorych lub osób powracających do zdrowia, o ile można to zrobić bezpiecznie (zob. [działanie MSP ⇒ 3.4](#)).
- ✓ Zapewnienie **interwencji psychologicznych**, skierowanych do osób, które wyzdrowiały po chorobie zakaźnej, a także do innych osób, w tym członków rodzin pogrążonych w żałobie (zob. [działanie MSP ⇒ 3.12](#)).

81 WHO (2020). [The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment](#). Załącznik 3: Modifications for safe delivery of MNS services and considerations towards restoration of activities.

82 Zob. na przykład [WHO clinical characterization forms for COVID-19](#).

- ✓ Zapewnienie osobom **cierpiącym na zaburzenia psychiczne, neurologiczne lub dotkniętym uzależnieniami obserwacji** po wypisaniu ze szpitala w celu oceny ich objawów, upewnienia się, że czują się dobrze i w razie potrzeby ułatwienia im dostępu do dodatkowego wsparcia i świadczeń (np. za pośrednictwem usług telezdrowia, jeśli są dostępne i odpowiednie).
- ✓ Zorganizowanie **specjalnych infolinii**, zapewniających zdalne wsparcie osobom powracającym do zdrowia po przebytych chorobach zakaźnych, ich rodzinom i społeczeństwu.
- ✓ Organizowanie działań i przekazywanie **pozytywnych informacji**, aby okazać uszanowanie osobom chorym oraz osobom udzielającym im pomocy na pierwszej linii i zmniejszyć ich stygmatyzację.

Wytyczne, standardy i narzędzia



[Kliknij tutaj](#), aby uzyskać dostęp do odpowiednich wytycznych, standardów i narzędzi.



Priorytet 35: MHPSS jako element reagowania kryzysowego w sytuacji zagrożenia zdrowia publicznego



Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne to integralne elementy reagowania kryzysowego na ogniska chorób zakaźnych w sytuacji zagrożenia zdrowia publicznego, przyczyniające się do ratowania istnień ludzkich.

Podmioty działające w obszarze MHPSS mają do odegrania kluczową rolę **w obrębie kilku filarów reagowania kryzysowego w sytuacji zagrożenia zdrowia publicznego**, co obejmuje nadzorowanie przypadków chorób zakaźnych, środki kontroli zakażeń, informowanie o ryzyku i angażowanie społeczności, organizowanie bezpiecznych i godnych obrzędów pogrzebowych oraz zapewnienie bezpieczeństwa i dostępności podstawowych świadczeń zdrowotnych.^{83,84} W niektórych sytuacjach kryzysowych, związanych z zagrożeniem zdrowia publicznego, świadczenia z zakresu MHPSS mogą również stanowić odrębny filar powiązany z innymi obszarami jako działanie o charakterze przekrojowym.



Pracownicy działający w obszarze MHPSS często odgrywają kluczową rolę we wspieraniu ludzi w **zmianie ich zachowań i podejmowaniu decyzji**, które zapobiegają przenoszeniu chorób. Wsparcie i informacje, które pracownicy MHPSS zapewniają osobom dotkniętym chorobą, często mają kluczowe znaczenie dla ich decyzji o poddaniu się kwarantannie lub leczeniu oraz o przestrzeganiu ograniczeń i procedur (np. izolacja, śledzenie kontaktów). Kiedy pacjent umiera w placówce leczniczej, pracownicy MHPSS często mają za zadanie poinformowanie o tym członków rodziny i ułatwienie bezpiecznego i godnego pochówku. Pracownicy MHPSS wspierają również osoby, które wyzdrowiały z chorób zakaźnych, i działają na ich rzecz, ułatwiając im bezpieczną reintegrację w ich środowiskach i współpracując z członkami społeczności w celu zwalczania stygmatyzacji i szkodliwych fałszywych przekonań.



Grupy ryzyka (np. osoby starsze, osoby z istniejącymi wcześniej zaburzeniami psychicznymi, neurologicznymi lub uzależnieniami, osoby z niepełnosprawnościami, kobiety i dziewczęta, osoby zmieniające miejsce pobytu, ofiary handlu ludźmi, uchodźcy, uchodźcy wewnętrzni, migranci) muszą być uwzględniane przy planowaniu i realizacji interwencji w odpowiedzi na wybuch epidemii oraz przy dostosowywaniu bieżących działań (np. odpowiednie dotarcie do tych populacji; opracowywanie przystępnych komunikatów).

Należy zapewnić **co najmniej jedną osobę** (a jeśli to możliwe – dwie osoby: mężczyznę i kobietę) oraz **funkcjonujący system** do zapewnienia i koordynacji świadczeń z zakresu MHPSS **we wszystkich placówkach zaangażowanych** w reagowanie na wybuch epidemii (opieka zdrowotna, edukacja, obozy, opieka społeczna i inne).⁸⁵

Zob. [dodatkowe wytyczne dotyczące korzystania z pakietu MHPSS MSP w ramach reagowania kryzysowego na ogniska chorób zakaźnych w sytuacji zagrożenia zdrowia publicznego](#), dostępne na platformie internetowej MHPSS MSP, uwzględniające kwestie i działania istotne dla poszczególnych zadań z pakietu MSP.

83 WHO. (2021). *COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan (SPRP 2021)*.

84 WHO Executive Board, *Promoting mental health preparedness and response for public health emergencies*. 20 stycznia 2021.

85 IASC Reference Group on MHPSS in Emergency Settings (2020). *Information Note on Updating Humanitarian and Country Response Plans to Include COVID-19 Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) Activities*.



4.2 Zapewnienie świadczeń w zakresie MHPSS osobom pozbawionym wolności

Podczas kryzysów humanitarnych dorośli i dzieci mogą być pozbawieni wolności z różnych powodów: na przykład mogą być zatrzymani **w areszcie administracyjnym** lub **imigracyjnym** podczas próby poszukiwania bezpieczeństwa i ochrony, przekraczając granice i korzystając ze szlaków migracyjnych, lub mogą zostać aresztowani lub internowani z uwag na podejrzenie, że są bojownikami lub mają powiązania z siłami zbrojnymi.

Osoby dotknięte istniejącymi wcześniej poważnymi **zaburzeniami zdrowia psychicznego** mogą być przetrzymywane w areszcie lub w innych miejscach, zamiast otrzymać odpowiednią opiekę psychiatryczną. Ponadto u osób zatrzymanych mogą także rozwinąć się zaburzenia psychiczne (np. depresja, zaburzenia lękowe) lub mogą one nadużywać substancji psychoaktywnych, takich jak narkotyki lub alkohol, próbując radzić sobie z problemami.



Zapewnienie **dostępu do świadczeń z zakresu MHPSS** osobom pozbawionym wolności może być interwencją ratującą życie i może pomóc w zapewnieniu przestrzegania ich praw.

DZIAŁANIE

Zapewnienie świadczeń w zakresie MHPSS osobom pozbawionym wolności



Podstawowe działania

- ✓ **Opracowanie/wyбір, ⇒ adaptacja i przetłumaczenie materiałów szkoleniowych** dla personelu udzielającego podstawowego wsparcia psychospołecznego osobom pozbawionym wolności, z uwzględnieniem specyficznych kwestii dotyczących określonych grup, takich jak osoby młodociane, osoby po doświadczeniu przemocy seksualnej, osoby po doświadczeniu tortur.
- ✓ **Przeszkolenie personelu** wizytującego i monitorującego placówki/ośrodki odosobnienia w celu zapewnienia osobom zatrzymanym **podstawowego wsparcia psychospołecznego**, dostosowanego do ich wieku i płci.
- ✓ Apelowanie do kierownictwa i personelu w ośrodkach detencyjnych **o uwzględnianie kwestii z zakresu MHPSS** w celu zminimalizowania cierpienia psychicznego osób zatrzymanych (np. przez podtrzymywanie więzi rodzinnych i społecznych) oraz zagwarantowania **prywatności i poufności** osobom korzystającym z pomocy w zakresie zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego.
- ✓ **Zapewnienie podstawowego wsparcia psychospołecznego** osobom zatrzymanym, w tym ułatwianie kontaktu z rodziną, identyfikowanie osób wymagających dodatkowego wsparcia i przekierowywanie ich do odpowiednich świadczeń (np. psychiatrycznej opieki zdrowotnej, przywracania więzi rodzinnych czy specjalistycznego wsparcia dla nieletnich, ofiar przemocy seksualnej lub tortur).
- ✓ Stworzenie systemu **przekierowywania i konsultacji** z podmiotami świadczącymi opiekę w zakresie zdrowia psychicznego (np. wizyty osób zajmujących się terapią chorób psychicznych, neurologicznych i uzależnień; zob. *działanie MSP ⇒ 3.10*), w porozumieniu z organami, które dokonały zatrzymania, oraz we współpracy z odpowiednimi ministerstwami.
- ✓ Angażowanie **personelu posiadającego wiedzę merytoryczną z zakresu MHPSS** w celu udzielania bieżącego wsparcia i prowadzenia nadzoru.
- ✓ Przeszkolenie administratorów i personelu ośrodków detencyjnych w zakresie **określania potrzeb z obszaru MHPSS** i ścieżek przekierowań.

Możliwe działania uzupełniające (w zależności od kontekstu i dostępnych zasobów)

- ✓ Uruchomienie, we współpracy z organami, które dokonały zatrzymania, **dodatkowych świadczeń i działań z zakresu MHPSS** w celu wsparcia osób przebywających w ośrodkach detencyjnych (takich jak analizy potrzeb, grupy wsparcia rówieśniczego, interwencje psychologiczne).
- ✓ Zapewnienie podstawowego wsparcia psychospołecznego członkom rodzin osób pozbawionych wolności.

Wytyczne, standardy i narzędzia



[Kliknij tutaj](#), aby uzyskać dostęp do odpowiednich wytycznych, standardów i narzędzi.



Priorytet 36: Świadczenie usług w miejscach, gdzie przebywają osoby pozbawione wolności

Świadczenie usług osobom zatrzymanym wymaga często delikatności i znuansowania. Wiele miejsc, w których ludzie są pozbawieni wolności w wielu krajach świata, nie zostało ustanowionych zgodnie z prawem, nie podlega nadzorowi ani niezależnemu monitorowaniu, a osoby pozbawione wolności mogą być w nich przetrzymywane bez podstawy prawnej. Jak wykazano,⁸⁶ pozbawienie wolności jest szkodliwe dla zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego zarówno dorosłych jak i dzieci. Jednak sytuacje takie zdarzają się stale, a osoby pozbawione wolności są bardziej narażone na rozwój zaburzeń psychicznych i odczuwają bardziej pilną potrzebę uzyskania świadczeń z zakresu MHPSS. Należy wziąć pod uwagę polityczne, prawne i etyczne aspekty udzielania świadczeń w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności. Priorytetem powinno być ustalenie rygorystycznych zasad dostępu do miejsc pozbawienia wolności (np. poufności). W przypadku pracy z osobami zatrzymanymi kwestie poufności, ochrony danych, praw tych osób i dostępu do nich są z reguły ważniejsze niż zwykle.

86 WHO 2022. [Immigration detention is harmful to health – alternatives to detention should be used](#); W. Gundo et al. (2022). [Improving health in immigration detention and promoting alternatives to detention](#). 399: 10338. The Lancet.



<https://mhpssmsp.org/>

IASC Inter-Agency
Standing Committee

<https://interagencystandingcommittee.org/>