



PODRĘCZNIK:
ZDROWIE PSYCHICZNE
I WSPARCIE PSYCHOSPOŁECZNE
W SPOŁECZNOŚCIACH
W SYTUACJACH KRYZYSU
I PRZESIEDLENIA

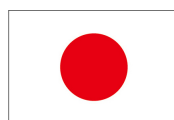
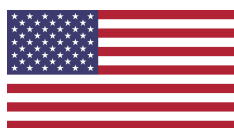
WYDANIE DRUGIE

Opinie wyrażone w niniejszej publikacji wyrażają wyłącznie zdanie autorów i mogą nie być zbieżne z poglądami Międzynarodowej Organizacji ds. Migracji (IOM). Opisy i materiały wykorzystane na potrzeby niniejszego raportu nie stanowią oficjalnego stanowiska IOM w sprawach dotyczących statusu prawnego danego państwa, terytorium, miasta lub obszaru ani jego władz bądź przebiegu granic.

IOM podziela przekonanie, że zgodna ze standardami humanitarnymi i uporządkowana migracja przynosi korzyści zarówno migrantom, jak i społeczeństwu. Jako organizacja międzyrządowa, współpracując ze swoimi partnerami w ramach wspólnoty międzynarodowej, IOM działa na rzecz pokonywania wyzwań operacyjnych migracji, szerzenia świadomości na temat zagadnień migracyjnych, wspierania rozwoju społecznego i gospodarczego poprzez migrację oraz ochrony godności ludzkiej i dobrostanu migrantów.

Niniejsza publikacja powstała dzięki wsparciu ze strony Amerykańskiej Agencji ds. Rozwoju Międzynarodowego (USAID) – Amerykańskiego Biura Pomocy Zagranicznej w przypadku Katastrof (OFDA).

Polskie tłumaczenie powstało dzięki wsparciu Biura ds. Ludności, Uchodźców i Migracji Departamentu Stanu Stanów Zjednoczonych oraz Rządu Japonii.



**From
the People of Japan**

Wydawca: Międzynarodowa Organizacja ds. Migracji
17 route des Morillons
P.O. Box 17
121 Genewa 19
Szwajcaria
Tel.: + 41 22 717 9111
Faks: + 41 22 798 6150
Email: hq@iom.int
Strona WWW: www.iom.int

Niniejsza publikacja nie została oficjalnie zredagowana przez IOM przed jej wydaniem. Niniejsza publikacja została wydana bez zgody Komórki ds. Publikacji IOM (PUB).

Zdjęcie na okładce: autoportret wykonany przez osobę wewnątrznie przesiedloną i pracownicę psychospołeczną w trakcie pięciodniowych warsztatów wyrażania siebie poprzez sztukę, zorganizowanych przez IOM w Maiduguri (Nigeria) @IOM 2018/ Rola Soulheil.

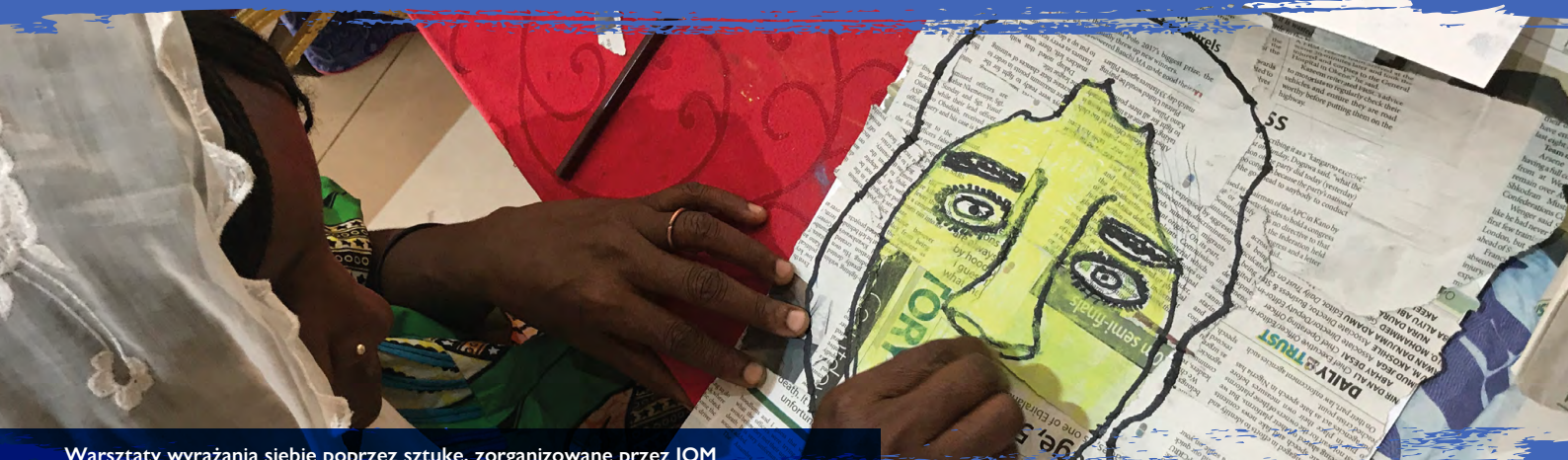
© 2021 Międzynarodowa Organizacja ds. Migracji (IOM)



Sugerowana treść przypisu:

IOM (2021), Podręcznik: Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne w społecznościach w sytuacjach kryzysu i przesiedlenia. IOM, Genewa

Wszystkie prawa zastrzeżone. Żadna część niniejszej publikacji nie może być powielana, przechowywana w systemach odczytu ani przekazywana w dowolnej formie lub przy pomocy dowolnych środków elektronicznych ani mechanicznych, poprzez kopiowanie, rejestrowanie lub w inny sposób, bez uprzedniej pisemnej zgody wydawcy.



Warsztaty wyrażania siebie poprzez sztukę, zorganizowane przez IOM w Maiduguri (Nigeria). © IOM 2018/Rola SOULHEIL

- ➔ SKRÓTY
- ➔ PODZIĘKOWANIA
- ➔ WPROWADZENIE
- ➔ ROZDZIAŁ 1. KONCEPCJE I MODELE DZIAŁANIA
- ➔ ROZDZIAŁ 2. WSPÓŁPRACA ZE SPOŁECZNOŚCIAMI
- ➔ ROZDZIAŁ 3. OCENA I MAPOWANIE
- ➔ ROZDZIAŁ 4. MOBILNE ZESPOŁY WSPARCIA PSYCHOSPOŁECZNEGO
- ➔ ROZDZIAŁ 5. DZIAŁANIA SPOŁECZNO-RELACYJNE I KULTURALNE
- ➔ ROZDZIAŁ 6. DZIAŁANIA KREATYWNE I ARTYSTYCZNE
- ➔ ROZDZIAŁ 7. RYTUAŁY I ŚWIĘTOWANIE
- ➔ ROZDZIAŁ 8. SPORT I ZABAWA
- ➔ ROZDZIAŁ 9. EDUKACJA POZAFORMALNA I UCZENIE SIĘ NIEFORMALNE
- ➔ ROZDZIAŁ 10. ZDROWIE PSYCHICZNE I WSPARCIE PSYCHOSPOŁECZNE A TRANSFORMACJA I MEDIACJE W SYTUACJI KONFLIKTU
- ➔ ROZDZIAŁ 11. ZDROWIE PSYCHICZNE I WSPARCIE PSYCHOSPOŁECZNE A WSPARCIE W POZYSKIWANIU ŹRÓDEŁ UTRZYMANIA
- ➔ ROZDZIAŁ 12. WZMACNIANIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO I WSPARCIA PSYCHOSPOŁECZNEGO W RAMACH OCHRONY
- ➔ ROZDZIAŁ 13. PORADNICTWO
- ➔ ROZDZIAŁ 14. WSPARCIE W RAMACH WSPÓLNOT DLA OSÓB Z CIĘŻKIMI ZABURZENIAMI ZDROWIA PSYCHICZNEGO
- ➔ ROZDZIAŁ 15. NADZÓR MERYTORYCZNY I SZKOLENIE
- ➔ ROZDZIAŁ 16. MONITOROWANIE I EWALUACJA
- ➔ ANEKS NR 1. KOORDYNACJA MIĘDZYAGENCYJNA
- ➔ ANEKS NR 2. WZGLĘDY ETYCZNE
- ➔ ANEKS NR 3. WZGLĘDY GBV
- ➔ BIBLIOGRAFIA

SKRÓTY

4Ws	kto, gdzie, kiedy i co robi
AAD	rozwój stymulowany przez trudności
AAP	odpowiedzialność wobec dotkniętych społeczności
CB MHPSS	zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne oparte o zasoby społeczności
CCCM	koordynacja obozu i zarządzanie obozem
ECHO	Biuro Pomocy Humanitarnej Komisji Europejskiej
GBV	przemoc ze względu na płeć
HIG	wytyczne w zakresie interwencji humanitarnych
IASC	Stały Komitet Międzyagencyjny
ICRC	Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża
IDP	osoba przesiedlona wewnątrz
IFRC	Międzynarodowa Federacja Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężycza
INEE	Międzynarodowa Sieć Edukacji w Sytuacjach Kryzysu
IOM	Międzynarodowa Organizacja ds. Migracji
IPT	terapia interpersonalna
MEAL	monitoring, ocena, odpowiedzialność i uczenie się
mhGAP	Program Działania na rzecz Eliminacji Luk w Obszarze Zdrowia Psychicznego
MHPSS	zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne
MNS	zaburzenia zdrowia psychicznego, neurologiczne i uzależnienia
NGO	organizacja pozarządowa
OCHA	Biuro Organizacji Narodów Zjednoczonych ds. Koordynacji Pomocy Humanitarnej
PFA	pierwsza pomoc psychologiczna
PMT	mobilny zespół wsparcia
PTSD	zespół stresu pourazowego
RSL	przywódca religijny i duchowy
SFBT	krotkoterminowa terapia skoncentrowana na rozwiązaniach
SMART	konkretne, mierzalne, osiągalne, istotne i ograniczone czasowo
UNESCO	Organizacja Narodów Zjednoczonych do spraw Wychowania, Nauki i Kultury
UNICEF	Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci
UNHCR	Biuro Wysokiego Komisarza ONZ ds. Uchodźców
WASH	woda, warunki sanitarne i higieniczne
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia

PODZIĘKOWANIA



Podręcznik: zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne w społecznościach w sytuacjach kryzysu i przesiedlenia został opracowany przez Sekcję Zdrowia Psychicznego, Reagowania Psychospołecznego i Komunikacji Międzykulturowej Międzynarodowej Organizacji ds. Migracji (IOM); Koordynatorki i koordynatorów terenowych programów dotyczących zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego (MHPSS) w sytuacjach kryzysu organizowanych przez IOM i inne agencje; członków Komitetu Sterującego, włącznie z osobami ze środowiska akademickiego, agend ONZ, organizacji międzynarodowych, organizacji pozarządowych (NGO), agencji pomocowych, indywidualnych ekspertów i ekspertki; a także przez przewodniczących, członkinie i członków Grupy Referencyjnej Stałego Komitetu Międzyagencyjnego (IASC) ds. MHPSS w Sytuacjach Kryzysowych, ze szczególnym uwzględnieniem podgrupy ds. Programów w zakresie Zdrowia Psychicznego i Wsparcia Psychospołecznego w Społecznościach (CB MHPSS). Ponadto pierwsza wersja została zweryfikowana w ramach warsztatów terenowych z udziałem koordynatorek i koordynatorów oraz punktów koordynacji terenowej szeregu agencji zaangażowanych obecnie we wdrażanie programów MHPSS w północno-wschodniej Nigerii (Maiduguri) i Iraku (Erbil).

Redaktor: Guglielmo Schininà (IOM).

Wsparcie redakcyjne: Roza Copper, Michael Gibson, Valerie Hagger (IOM), Natalia Hortigüela Gallo (IOM), Renato Libanora (IOM), Leslie Snider i Emmanuel Streel.

Członkowie Komitetu Sterującego: Bashir Aboubakar (IOM Nigeria), Mazen Aboul Hosn (IOM Turcja), Nadia Akmoun (Centrala IOM), Kathy Angi (Działanie organizacji Churches Together), Tatsushi Arai (Szkoła Edukacji Międzynarodowej), Amal Ataya (IOM Nigeria), Nancy Baron (Instytut Usług Psychospołecznych i Szkolenia w Kairze (PSTIC), Pauline Birot (IOM Etiopia), Antonio Bottone (IOM Liban), Martha Bragin (Szkoła Pracy Społecznej Hunter College, City University of New York), Maria Bray (Terre des Hommes, Grupa Robocza IASC CB MHPSS), Elaine Duaman Joyce (IOM Sudan Południowy), Fahmy Hanna (Światowa

Południowy), Fahmy Hanna (Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Współprzewodniczący Grupy Referencyjnej IASC MHPSS), Sarah Harrison (Międzynarodowa Federacja Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca (IFRC), Ośrodek Referencyjny Wsparcia Psychospołecznego, Współprzewodnicząca Grupy Referencyjnej IASC MHPSS), Zeinab Hijazi (Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci (UNICEF), Współprzewodnicząca Grupy Roboczej IASC CB MHPSS), Renato Libanora (IOM Irak), Christopher Maclay (Mercy Corps), Chissey Mueller (Centrala IOM), Renos Papadopoulos (University of Essex), Marine Ragueneau (IOM Bruksela), Olga Rebolledo (IOM Koks Badżar), Alessandra Rossi Ghiglione (Uniwersytet Turyński), Monica Noriega (Centrala IOM), Jack Saul (International Trauma Studies Program, Nowy Jork), Marian Tankink (Konsultant), Peter Ventevogel (Biuro Wysokiego Komisarza ONZ ds. Uchodźców (UNHCR)) oraz Alys Willman (World Bank).

Uczestnicy wspierający Komitet Sterujący: Chiara Giusto (Biuro Pomocy Humanitarnej Komisji Europejskiej (ECHO)), Katharina Montens (GIZ Berlin), Elizabeth Stickman (Biuro Pomocy Zagranicznej w przypadku Katastrof (OFDA) Agencji ds. Rozwoju Międzynarodowego (USAID)), Sharon Weinblum (ECHO) oraz Ann Willhoite (USAID).



PROCES PRZEKAZYWANIA INFORMACJI ZWROTNYCH

Po wstępnej weryfikacji w ramach warsztatów w Iraku i Nigerii podręcznik został poddany rocznemu procesowi konsultacji zwrotnych w roku 2020, aby zwiększyć skuteczność i adekwatność jego treści, uczynić go bardziej użytecznym dla czytelników i czytelniczek oraz rozszerzyć zakres oferowanych zasobów. Dzięki cennym informacjom zwrotnym otrzymanym przez IOM podręcznik został zaktualizowany i obecnie dostępne jest jego drugie wydanie. IOM dziękuje Komitetowi Sterującemu odpowiedzialnemu za przygotowanie podręcznika, jak również następującym osobom, które przyczyniły się do powstania drugiego wydania.

Osoby wspierające przekazywanie informacji zwrotnych:

Yaasmiin Abdicasis Osman (Międzynarodowa

Organizacja ds. Migracji (IOM)), Abdikadir Abdifitah (IOM), Abdifitah Abdikadir Jama (IOM), Amira Abdillahi Hassan (IOM), Hazim Abdulkarim (Premiere Urgence Internationale, PUI), Ghadah Abdullah (IOM), Thekra Ahmed (Mental Health Centre), Abdikadir Ahmed Gelle (IOM), Huda Ahmed Ismail (IOM), Hatem Alaa Marzouk (IOM), Lekaa Albakour (IOM), Ibrahim Al Dah (IOM), Hannatu Alh. Adamu (Borno Women Development Initiative (BOWDI)), Sandra Alhassany (IOM), Said Almadhoun (Biuro Wysokiego Komisarza ONZ ds. Praw Człowieka (OHCHR)), Cassandre Amah (IOM), Asaph Andrew Rufi (Międzynarodowe Centrum Rozwoju Społecznego i Zdrowia (CHAD)), Laura Anna Assman (IOM), May Aoun (Save the Children), Sonya Armaghanyan (IOM), Luther Atinya (International Medical Corps (IMC)), Ioannis Avdoulas (IOM), Japhet Ayele (Save the Children International (SCI)), Omar Aynte Abdirahman, Yenehun Azie Ashagrie (Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych (UNFPA)), Natalie Barillier (Yazda), Manjula Barnabas (IOM), Anna Bazelkova (IOM), Amira Beyer (IOM), Nadine Blankvoort (Amsterdam University of Applied Sciences, Maastricht University, OT-Europe), Tarryn Brown (IOM), Blandine Bruyère (IMC), Laura Carrillo, Hana Chakhari (Międzynarodowy Komitet Ratunkowy (IRC)), Mona Chahla (World Vision International), Gulistan Chalabi (IOM), Christopher Chinedumuije Oguegbu (Goal Prime Organization Nigeria (GPON)), Matthew Conway (IOM), Rayane Dagher (IOM), Abeer Daham (INTERSOS), Noemi Damasceno (PUI), Saido Daowwd Ali (Jezuicka Służba Uchodźcom), Luzwellah Diaca (IOM), Ilova Dorylane Lorenzo (IOM), Amara Edeh (INTERSOS), Sara El Hassrouny (IOM), Oya Erbas (IOM), Mary Everesta Lambert (IOM), Derya Ferhat (IOM), Emmanuel Gadzama (IRC), Wandanje Gaja Yohanna (IOM), Nemam Ghafouri (Swedish Charity Organization), Luana Giardinelli, Rawan Hamid, Homa Hasan (IOM), Kim Hwahyun (IOM), Reuben Ibaishwa (Street Child), Kennedy Ikwe (IOM), Giorgos Ioannou (IOM), dr Saiful Islam (IOM), James Izang (Medecins du Monde (MDM)), Bryar

Jabbar Bagg (Green Desert), Nastazia Jabbour (IOM), Desalew Jember Tesema, Saleem Jemeen (IOM), Theresa Jones, Hana Jumah (IOM), Jonas Kambale (Transkulturowa Organizacja Psychospołeczna (TPO)), Robert Kakrah Ketor (IOM), Kateryna Katrashchuk (Step IN), Emre Karaçayli (IOM), Rima Kilani (IOM), Edwige Kouamen, Ksenia Kubasova, Augustine Lambert (IOM), Mary Lambert (IOM), Nivethana Lazarus (IOM), Amira Magan, Shoeb Mahmud (IOM), Lyanna Matala (IOM), Maria Margarita Theocharopoulou (IOM), Mariam Moawi (IOM), Marwan Mohammed (Un Ponte Per (UPP)), Hodan Mohamoud Hassan (IOM), Mohammad Mousa (IOM), Walaa Musheer Ahmed (Better World Organization for Community Development), Fakhria Naistani (IOM), Dmytro Nersisian (IOM), Emile Ntampera (Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci (UNICEF)), Argiro Ntrouva (IOM), Moses Nyam (PUI), Khalil Omarshah (IOM), Burak Ozkan (IOM), Panagiota Papaioannou (IOM), Lia Pastorelli (UPP), Anoop Poudel, Ravindra Prasadh Manathunge (IOM), Mustafa Qasim (Norwegian Church Aid), Ali Raad, Ali Ridvanogullari (IOM), Sarah Rizk (IOM), Simon Rosenbaum (UNSW, Australia), Maha Sabsaby (IOM), Sozan Safar (Dak Organization for Ezidi Women Development), Nour Said (IRC), Moe Saito (IOM), Suseeka Sandrasekaram (IOM), Erika Sasy Lumanta (IOM), Nino Shushania (IOM), Philippa Smith (IOM), Fadia Soheal (IMC), Maria Sonia Lopez (IOM), Ilknur Sonmez (IOM), Nemam Sophia Geroy (IOM), Fani Stampouli (IOM), Samuel Tarfa (WHO), Hizrat Tayib (Bishkoreen for the Development of Woman and Child), Bem Tivkaa (Neem Foundation), Kalypso Totti (IOM), Maya Tucker (IOM), Panagiotis Tzourakis (IOM), Abuhuraira Umar (IOM), Irem Umuroglu (IOM), Kosalina Vignarajah (IOM), Ursula Wagner (IOM), Fekadu Wakjira (UNICEF), Dennis Wani (IOM), Cafer Yuksek (IOM).

Dziękujemy także Catherine Panter-Brick (Yale University) oraz osobom z nią współpracującym za zweryfikowanie rozdziałów Ocena i Mapowanie oraz Monitorowanie i ewaluacja, a także Alenie Huss za wsparcie w sporządzeniu bibliografii.

Główni autorzy i autorki rozdziałów:

Wprowadzenie: Wprowadzenie: Guglielmo Schininà;

Rozdział 1. Koncepcje i modele działania: Guglielmo Schininà, Renos Papadopoulos i Jack Saul;

Rozdział 2. Współpraca ze społecznościami: Marian Tankink, Guglielmo Schininà i Renato Libanora;

Rozdział 3. Ocena i mapowanie: Marian Tankink, Guglielmo Schininà, Emmanuel Streeł i Renato Libanora;

Rozdział 4. Mobilne zespoły wsparcia psychospołecznego: Guglielmo Schininà i Emmanuel Streeł;

Rozdział 5. Działania społeczno-relacyjne i kulturalne: Guglielmo Schininà, Pauline Birot, Elaine Duaman Joyce i Natalia Hortigüela Gallo;

Rozdział 6. Działania kreatywne i artystyczne: Guglielmo Schininà i Alessandra Rossi Ghiglione;

Rozdział 7. Rytuały i świętowanie: Renato Libanora, Kathy Angi i Guglielmo Schininà;

Rozdział 8. Sport i zabawa: Maria Bray, Serena Borsani i Raphaële Catillion;

Rozdział 9. Edukacja pozaformalna i uczenie się nieformalne: Sylvain Fournier;

Rozdział 10: Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne a transformacja i mediacje w sytuacji konfliktu: Tatsushi Arai, Marine Ragueneau i Guglielmo Schininà;

Rozdział 11. Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne a wsparcie w pozyskiwaniu źródeł utrzymania: Alys Willman i Christopher Maclay;

Rozdział 12 Wzmacnianie zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego w ramach ochrony: Chissey Mueller, Nadia Akmoun, Guglielmo Schininà i Renato Libanora;

Rozdział 13. Poradnictwo: Jack Saul and Guglielmo Schininà;

Rozdział 14. Wsparcie w ramach społeczności dla osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego:

Theresa Jones, Guglielmo Schininà, Peter Ventevogel, Fahmy Hanna;

Rozdział 15. Nadzór merytoryczny i szkolenie:

- Nadzór merytoryczny: Ann Willhoite, Martha Bragin i Roberto Biella Battista;
- Szkolenie: Guglielmo Schininà i Nancy Baron;

Rozdział 16. Monitorowanie i ewaluacja: Martha Bragin i Emmanuel Streeł;

Aneks 1. Koordynacja międzyagencyjna: Renato Libanora, Sarah Harrison i Guglielmo Schininà;

Aneks 2. Względy etyczne: opracowała Natalia Hortigüela Gallo;

Aneks 3. Względy GBV: Louise O'Shea, Victoria Nordli, Alisha Kalra, Natalia Hortigüela Gallo, Heide Rieder, Gladys Cherutos Kios i Guglielmo Schininà.

WPROWADZENIE

Ojciec i córki w trakcie zajęć artystycznych zorganizowanych przez mobilny zespół MHPSS, Gaziantep, Turcja. © IOM 2019



Celem niniejszego podręcznika jest wsparcie ekspertów, ekspertek i osób odpowiedzialnych za działania z obszaru zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego (MHPSS) w projektowaniu, wdrażaniu i ocenie programów, projektów i działań z zakresu włączającego społeczności MHPSS (CB MHPSS) na rzecz ludności przesiedlonej i dotkniętej kryzysami w kontekście humanitarnym. Został on opracowany w szczególności po to, aby wspierać osoby koordynujące, ekspertki i ekspertów zatrudnionych przez Międzynarodową Organizację ds. Migracji (IOM). Jednakże poszczególne części, jak i całość podręcznika mogą posłużyć także ekspertom i ekspertkom oraz koordynatorom i koordynatorom działań z obszaru MHPSS pracującym na rzecz partnerów IOM, w tym przedstawicieli międzynarodowych i krajowych organizacji rządowych, organizacji pozarządowych (NGO), poszczególnych krajów, darczyńców oraz społeczeństwa obywatelskiego. Z tego powodu dokument został udostępniony z otwartym kodem źródłowym, zawiera odwołania do narzędzi i badań różnych agencji oraz został opracowany i zweryfikowany przez szereg ekspertów i praktyków z różnych **organizacji**. Mimo że dokument powstał dla międzynarodowej organizacji międzyrządowej, mniejsze organizacje mogą wykorzystywać poszczególne części podręcznika stosownie do priorytetów określonych we własnych programach.

CZEMU MA SŁUżyć PODRĘCZNIK POŚWIĘCONY ZDROWIU PSYCHICZNEMU I WSPARCIU PSYCHOSPOŁECZNEMU SPOŁECZNOŚCI W SYTUACJACH KRYZYSU I PRZESIEDLENIA

W ostatnich latach pojawił się postulat, aby przesunąć perspektywę programów MHPSS w sytuacjach kryzysowych z identyfikowania objawów psychologicznych, ich leczenia oraz zapobiegania ich wystąpieniu na uzależnienie reakcji na zdarzenia od zasobów zbiorowości i kontekstu. W zakres tego podejścia wchodzi zrozumienie wagi zbiorowych reakcji na potencjalnie traumatyczne wydarzenia oraz roli spójności społecznej, wsparcia socjalnego, tożsamości i struktur społecznych dla dobrostanu indywidualnego i społecznego po wystąpieniu sytuacji kryzysowej. Podejście to obejmuje również uruchomienie dostosowanych do kontekstu, multidyscyplinarnych systemów wsparcia, które bazują na istniejących atutach społeczności dotkniętych kryzysem, zamiast ograniczać interwencję do świadczenia usług w reakcji na niedobory wywołane przez sytuację kryzysową. W odpowiedzi na tę szeroko pojętą potrzebę w roku 2019 Grupa Referencyjna Stałego Komitetu Międzyagencyjnego (IASC) ds. MHPSS wydała dokument Strategię wdrażania programów MHPSS w społecznościach: wytyczne (**IASC, 2019a**). Ich celem jest lepsze zdefiniowanie zasad MHPSS w sytuacjach kryzysowych poprzez zrozumienie:

Ramka 1

Zaplecze instytucjonalne

Zaangażowanie IOM w MHPSS ma swoje źródło w programie Ramy Operacyjne Kryzysu Migracyjnego IOM (**2012a**), w którym uwzględniono wsparcie psychospołeczne jako jeden z 15 priorytetowych obszarów interwencji IOM w związku z kryzysami humanitarnymi i migracyjnymi. Dążenie do zapewnienia jak najwyższego standardu ochrony zdrowia i dobrostanu psychicznego migrantów, migrantek i osób przesiedlonych to cel sformułowany zarówno w treści Globalnego porozumienia ONZ na rzecz bezpiecznej, uporządkowanej i legalnej migracji (**2018**), jak i Globalnego porozumienia ONZ w sprawie uchodźców (**2018**). Cele Zrównoważonego Rozwoju, które znalazły się w Agendzie ONZ na rzecz Zrównoważonego Rozwoju **2030**, postulują dostęp do powszechnej opieki w zakresie zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego, które nie wyklucza nikogo, także migrantów i uchodźców.

... że społeczności mogą stać się siłą napędową świadczonego im wsparcia i wdrażanych zmian i powinny być w sposób istotny zaangażowane we wszystkie etapy działań w zakresie MHPSS. Osoby dotknięte sytuacjami kryzysowymi należy postrzegać przede wszystkim jako aktywnych uczestników i uczestniczki działań na rzecz dobrostanu indywidualnego i zbiorowego, a nie jako biernych odbiorców i odbiorczynie usług, które są im dostarczane w sposób zaplanowany przez innych. Strategie MHPSS oparte na społecznościach pozwalają rodzinom, grupom i wspólnotom wspierać innych i opiekować się nimi w sposób, który sprzyja ich regeneracji i uodpornieniu. Strategie te przyczyniają się również do odbudowy i/lub umacniania struktur i systemów zbiorowych, które mają znaczenie kluczowe dla codziennego życia i dobrostanu. Zrozumienie tych systemów powinno leżeć u podstaw strategii MHPSS realizowanych w społecznościach zarówno na rzecz jednostek, jak i grup (**IASC, 2019a**).

Celem niniejszego podręcznika jest zaprezentowanie wskazówek operacyjnych i programowych w zakresie wdrażania programów MHPSS IOM oraz zaleceń partnerów organizacji pracujących ze społecznościami w zbliżonych kontekstach.

Ramka 2

Zasoby dodatkowe

Niniejszy podręcznik ma charakter uzupełniający. Nie powinno się go traktować wymiennie, ale jako dopełnienie szeregu powiązanych z nim narzędzi, takich jak:

- (a) **Wytyczne Stałego Komitetu Międzyagencyjnego (IASC) w obszarze MHPSS w sytuacjach kryzysowych (IASC, 2007);**
- (b) **Strategie wdrażania programów MHPSS w społecznościach: wytyczne, opracowane przez IASC (IASC, 2019a), dostępne w języku **Arabskim, Francuskim, Portugalskim, Hiszpańskim i Urdu** oraz powiązany z nimi **webinar**;**
- (c) **Wytyczne operacyjne: zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne w społecznościach w kontekście humanitarnym. Trzy poziomy wsparcia dla dzieci i rodzin Funduszu Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF) (UNICEF, 2018);**
- (d) **Kompendium zasobów w zakresie MHPSS w społecznościach opracowane przez Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF) (UNICEF, 2021).**

Podręcznik różni się od powyższych pozycji tym, że jest to podręcznik programowy, nie zestaw wytycznych lub kompendium wiedzy, oraz nie różnicuje odbiorców i odbiorczyń ze względu na wiek lub płeć. W treści podręcznika pojawiają się odniesienia.

IOM oferuje MHPSS na rzecz grup dotkniętych kryzysem, migracją, przesiedleniem lub repatriacją oraz goszczących je społeczności od roku 1999 w ponad 70 krajach na całym świecie.

Na podstawie swoich doświadczeń i dotychczasowej działalności organizacja opracowała holistyczne i systemowe praktyki z zakresu MHPSS, realizowane w oparciu o społeczność. Społeczność jest w istocie kluczowym elementem strategii MHPSS ze względu na jej umocowanie w docelowej grupie beneficjentów i beneficjentek. Dobrostan psychospołeczny osób w migracji jest ściśle powiązany z czynnikami, które dotyczą koncepcji społeczności. Są to m.in. poczucie przynależności, role społeczne, kultura i adaptacja kulturowa, dynamika pomiędzy tradycją i zmianą, różnice w paradygmatach wsparcia społecznego, poczucie tożsamości, relacje wewnątrz grupy i poza nią oraz stygmatyzacja.

Przez wiele lat harmonizacja programów IOM z zakresu MHPSS w sytuacjach kryzysowych bazowała na szkoleniach bezpośrednich dla ekspertów, ekspertek i kierownictwa IOM. Okazało się to jednak zbyt trudne, zwłaszcza wobec braku konkretnych wytycznych. Z jednej strony w ciągu ostatnich kilku lat znacząco wzrosła liczba wniosków o programy MHPSS, co utrudnia szybkie przydzielenie dostępnych przeszkolonych zespołów kierowniczych i eksperckich, jak również szybkie przeszkolenie tych nowo zaangażowanych. Z drugiej strony, w wyniku oceny szeregu programów MHPSS IOM realizowanych w sytuacjach kryzysowych, na przykład w **Libii** w roku 2013 oraz w Syryjskiej Republice Arabskiej w roku 2016, pojawiła się potrzeba opracowania podręcznika dla nowo zatrudnionych ekspertek i ekspertów oraz osób koordynujących znajdujących się na różnych etapach wdrażania programów CB MHPSS dla przesiedlonych populacji.

Z podręcznika mogą korzystać:

- Członkowie i członkinie kierownictwa IOM w ramach szkoleń w zakresie wdrażania programów CB MHPSS;
- Osoby koordynujące oraz ekspertki i eksperci szerszej społeczności MHPSS w odpowiedzi na konieczność wyodrębnienia i zharmonizowania praktyk w zakresie CB MHPSS.

Ramka 3

Informacje wstępne

Jak większość agencji, IOM zatrudnia ekspertki i ekspertów MHPSS i osoby koordynujące programy MHPSS na podstawie ich wykształcenia i doświadczenia we wdrażaniu podobnych projektów. Podręcznik ten został zatem opracowany z myślą o ekspertach, jednak może okazać się użyteczny dla każdego, kto działa w obszarze MHPSS w sytuacjach kryzysowych.



STRUKTURA PODRĘCZNIKA

Podręcznik wydano w trzech wersjach:

- Wersja książkowa, zawierająca wyłącznie najważniejsze informacje;
- Wersja PDF, która uzupełnia wersję książkową i zawiera więcej szczegółowych aneksów oraz odsyłaczy; oraz
- Wersja online, którą można znaleźć [tutaj](#). Wersja ta będzie na bieżąco aktualizowana na podstawie nowych wyników badań, dobrych praktyk i informacji zwrotnych z wdrażanych działań.



Podręcznik dzieli się na **16 rozdziałów i trzy aneksy**. Rozdział pierwszy przedstawia koncepcje, modele i zasady CB MHPSS; pozostałe rozdziały mają charakter operacyjny i programowy. Dzieli się one na dwa rodzaje:

- Rozdziały dotyczące wdrażania programów CB MHPSS:
 - Współpraca ze społecznościami;
 - Ocena i mapowanie;
 - Mobilne zespoły wsparcia psychospołecznego;
 - Nadzór merytoryczny i szkolenie;
 - Monitorowanie i ewaluacja;
 - Dwa aneksy na temat koordynacji i względów etycznych.
- Rozdziały wprowadzające konkretne działania CB MHPSS:
 - Działania społeczno-relacyjne i kulturalne;
 - Działania kreatywne i artystyczne;
 - Rytuały i świętowanie;
 - Sport i zabawa;




- Edukacja pozaformalna i uczenie się nieformalne;
- Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne a transformacja i mediacje w sytuacji konfliktu;
- Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne a wsparcie w pozyskiwaniu źródeł utrzymania;
- Umocnianie zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego w ramach ochrony;
- Poradnictwo;
- Wsparcie w ramach społeczności dla osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego.

Każdy rozdział:

- Zawiera krótkie wprowadzenie teoretyczne.
- Podaje kluczowe informacje na dany temat, istotne dla koordynatorów i koordynatorek projektów. Mogą one obejmować mapowanie działania w odniesieniu do różnych poziomów piramidy IASC dotyczącej MHPSS.
- Opisuje krok po kroku proces, który musi przejść koordynator lub koordynatorka projektu MHPSS, aby wdrożyć działania w społecznościach.
- Odnosi się do istotnych punktów opracowania IASC: Strategie wdrażania programów MHPSS w społecznościach: wytyczne.
- Przedstawia przykłady i dobre praktyki.
- Odwołuje się do istotnych narzędzi wewnętrznych i zewnętrznych, modeli działania i studiów przypadku. Odwołania te zawierają linki, które umożliwiają dostęp do dodatkowych materiałów.
- Opisuje wyzwania.
- Zawiera krótką listę materiałów dodatkowych, które mają charakter uzupełniający do artykułów i narzędzi podlinkowanych w tekście.
- Żaden z rozdziałów nie zawiera wskazań co do uwarunkowań finansowych, logistycznych lub administracyjnych, które są zawarte w regulaminach poszczególnych agencji.
- Podręcznik można traktować jako całość lub skupić się na zawartości wybranych rozdziałów. W każdym rozdziale

znajdują się odnośniki wewnętrzne – klikając je, czytelnik lub czytelniczka może uzyskać dostęp do konkretnych części innych rozdziałów, które zawierają informacje uzupełniające na dany temat. Każdy z rozdziałów można traktować jako odrębną całość, wykorzystując także zawartość hiperłączy.

Podręcznik zawiera trzy rodzaje hiperłączy:

- Niektóre z nich oznaczone są ikoną  i odsyłają czytelnika lub czytelniczkę do innych części podręcznika. Będą one szczególnie istotne dla osób, które rozpoczną lekturę od konkretnego rozdziału.
- Inne hiperłączy są oznaczone ikoną  i przenoszą czytelnika lub czytelniczkę do dalszych informacji na dany temat, pogłębionych opracowań i materiałów dodatkowych, włącznie z materiałami przygotowanymi przez ekspertów i ekspertki specjalnie na potrzeby niniejszego podręcznika.
- Pozostałe hiperłączy oznaczone ikoną  i przenoszą czytelnika lub czytelniczkę za

pomocą jednego kliknięcia do zasobów wideo, narzędzi, szkoleń lub wytycznych dostępnych w domenie publicznej, które stanowią praktyczne uzupełnienie procesów opisanych w poszczególnych rozdziałach. Materiały te zostały przeanalizowane i zweryfikowane przez autorów, Komitet Sterujący oraz zespół redakcyjny.

Reakcja na pandemię COVID-19

Należy zauważyć, że podręcznik został poddany walidacji, a jego opracowanie sfinalizowano w trakcie pandemii COVID-19. Mimo że jego treść nie została zmodyfikowana w taki sposób, aby uwzględnić kontekst pandemii, IOM opracowała zestaw narzędzi, który ma wspomagać praktyków w dostosowywaniu programów i działań z zakresu MHPSS do różnych okoliczności. Zestaw ten obejmuje materiały opracowane przez szereg podmiotów, włącznie z Grupą Referencyjną IASC MHPSS, i został uporządkowany według obszarów przesiedlenia. Więcej informacji na temat **Zestawu narzędzi** znajduje się w kolejnych rozdziałach.



1. KONCEPCJE I MODELE DZIAŁANIA



Niniejszy rozdział przedstawia główne koncepcje, na których opiera się podręcznik oraz prezentuje modele łączące teorię z realizacją programów. Rozdział może okazać się pomocny w zakresie opracowywania interwencji CB MHPSS oraz zarządzania nimi. Przedstawia teorie i paradygmaty, nie zaś działania praktyczne. Mają one fundamentalne znaczenie dla zrozumienia strategii CB MHPSS i umieszczenia w odpowiednim kontekście kolejnych rozdziałów.

Ramka 4

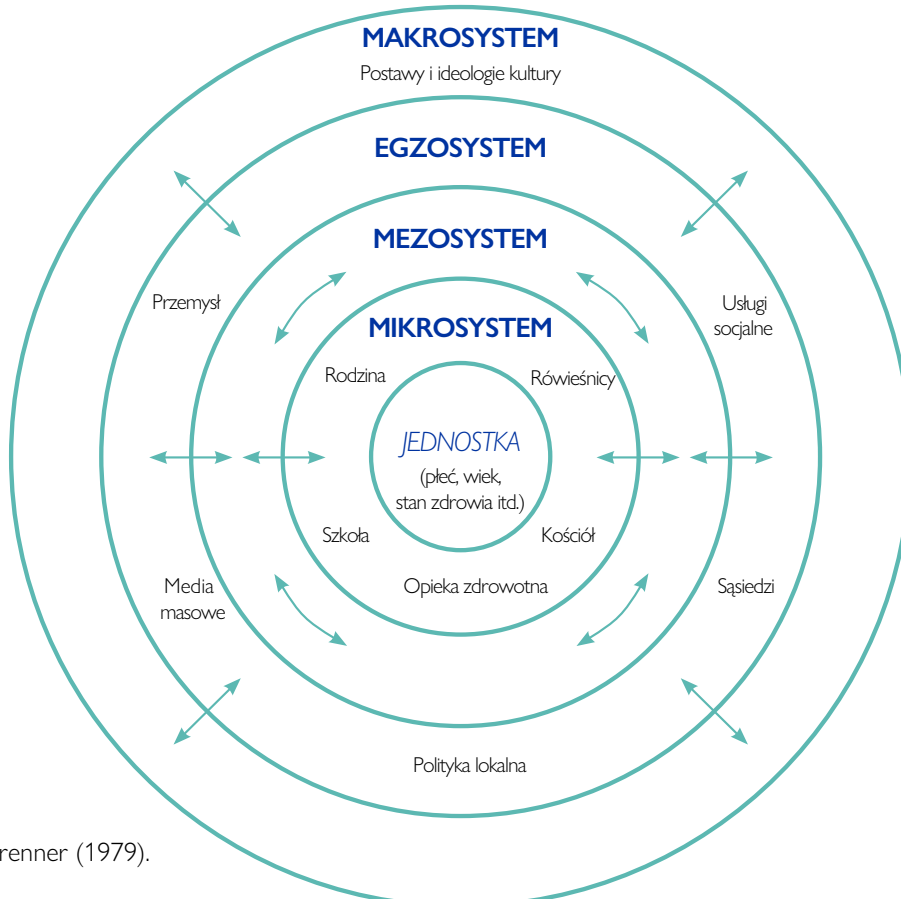
Materiał wideo do rozdziału

Poniższe koncepcje i modele działania zostały objaśnione w treści **tego filmu**, opracowanego jako materiał uzupełniający do rozdziału. Aby uzyskać informacje zaprezentowane w tym rozdziale w formie wizualnej, obejrzyj film, zanim przeczytasz rozdział lub po jego przeczytaniu.



Podstawową zasadą przyjętą w podręczniku jest założenie, że jednostki stanowią część systemu społeczno-ekologicznego obejmującego rodziny, większe systemy ludzkie i społeczeństwa (patrz rys. 1), dlatego też społeczności są podstawą programów MHPSS, które zwykle koncentrują się raczej na potrzebach indywidualnych.

Rysunek 1: System społeczno-ekologiczny



Źródło: Bronfenbrenner (1979).

➔ 1.1. KONCEPCJE

1.1.1 Znaczenie społeczności

W najszerszym znaczeniu tego słowa "społeczność" odnosi się do grupy, której członków i członkinie łączą pewne cechy – takie jak położenie geograficzne, uznawane miejsce pochodzenia, język, zainteresowania, wierzenia, wartości, zadania, przynależność polityczna, tożsamość etniczna lub kulturowa, poczucie przynależności i inne – i której rozmiary mogą być bardzo małe, jak w przypadku rodziny nuklearnej, aż po bardzo duże, jak choćby w przypadku osób mieszkających na jednym kontynencie. Ujmując to bardziej precyzyjnie, społeczności są systemami ludzkimi funkcjonującymi w oparciu o wzajemne relacje i interakcje pomiędzy członkami i członkiniami w określonym kontekście. Społeczność może składać się zatem ze skupisk:

- jednostek;
- rodzin nuklearnych i/lub wielopokoleniowych;
- plemion i/lub klanów;
- grup wyznaniowych;
- partii politycznych;
- kongregacji;
- stowarzyszeń kobiet, mężczyzn, osób z niepełnosprawnościami i młodzieży;
- stowarzyszeń branżowych;
- amatorskich grup artystycznych;
- zespołów sportowych;
- grup zainteresowań, na przykład ludzi, którzy lubią dany rodzaj muzyki, klub piłkarski czy gwiazdę;
- wielu innych podmiotów.

Wzajemne relacje i interakcje pomiędzy tymi grupami bazują także na elementach mniej konkretnych, a w większym stopniu opartych na konstrukcjach, takich jak:

- kultura;
- system wierzeń;
- epistemologia;
- ideologia;
- historia i stosunek do niej;

- interesy społeczno-polityczne;
- wizja przyszłości;
- artefakty i zabytki historyczne;
- dyskurs i narracja społeczna.

Wreszcie społeczność to także instytucje, w tym organy polityczne, szkoły, ośrodki zdrowia, organizacje religijne oraz społeczeństwa obywatelskiego.

Ramka 5

Dynamika władzy w społecznościach

Wzajemne relacje hierarchiczne i niehierarchiczne pomiędzy jednostkami, grupami i systemami znaczeń to cecha każdej społeczności. Relacje władzy istotnym elementem, który należy wziąć pod uwagę w pracy ze społecznościami, zwłaszcza w obliczu sytuacji kryzysowych i **migracji**.



Społeczności mają charakter dynamiczny i zmienny, nie tylko pod względem członkostwa, ale także ich cech i zakresu działania. Jak wszystkie systemy, społeczności potrzebują zarówno pewnego poziomu *stabilności*, jak i *zmiany*, aby móc przetrwać i rozwijać się. Nadmiar stabilności prowadzi do stagnacji systemu; z kolei nadmiar zmian sprawia, że pojawia się chaos. Społeczności muszą pozostawać blisko swoich korzeni i tradycji, przystosowując się zarazem do nowych okoliczności i wyzwań, z którymi czasem przychodzi się im mierzyć, szczególnie gdy napotykać przeciwności.

Interakcje pomiędzy jednostkami, systemami ludzkimi, jak i pomiędzy systemami i bardziej transcendentnymi elementami – takimi jak kultura, wiara czy epistemologia – rodzą poczucie przynależności i bezpieczeństwa, odgrywając kluczową rolę w definiowaniu tożsamości.

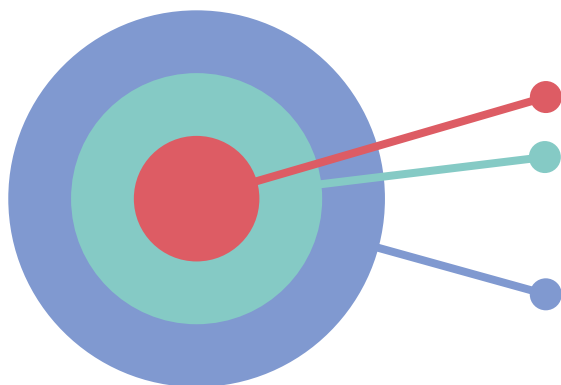
Tożsamość to fundament poczucia przynależności do społeczności i dobrostanu psychospołecznego. Ma też kluczowe znaczenie dla zrozumienia dobrostanu psychospołecznego populacji dotkniętych kryzysem i migracją.

1.1.2 Znaczenie tożsamości

Tożsamość to koncepcja kluczowa dla dobrostanu psychospołecznego jednostek i grup, także w obliczu wydarzeń kryzysowych, niepokoju społecznych i przesiedleń. Prosta definicja tożsamości odnosi się do cech stanowiących o tym, kim jest dana osoba (OED, 2019). To samo dotyczy tożsamości zbiorowej, w tym tożsamości społeczności lub grupy. Uogólniając dla potrzeb podręcznika elementy wspólne dla większości podstawowych teorii psychologicznych i socjologicznych, tożsamość można uznać za system skonstruowany wokół zależności pomiędzy trzema obszarami:

- Pierwszym obszarem (kolor czerwony na rys. 2) jest postrzeganie siebie, czyli to, kim dana osoba jest dla siebie (np. różnice indywidualne, przypisywane sobie cechy).
- Pierwszy obszar nie jest w pełni neutralny, ponieważ jednostki przypisują sobie cechy, wierzenia kulturowe i role na podstawie zinternalizowanych czynników społecznych, takich jak kultura, wiara, wykształcenie, płeć i wyuczone role społeczne. Teorie dynamiczne podkreślają również wpływ archetypów oraz podświadomie dziedziczonych elementów kulturowych, zakorzenionych w kulturze hegemonicznej, jak i w kulturach wtórnych, do których jednostka należy, w ramach asymilacji bądź oporu. (Element ten został wyróżniony na rys. 2 kolorem zielonym).
- Istnieje także obszar relacyjny tożsamości, determinowany przez sposób postrzegania jednostki przez innych: rodzinę, przyjaciół i przyjaciółki, kolegów i koleżanki, klientów i klientki, sąsiadów i sąsiadki, przedstawicieli i przedstawicielki władzy (kolor niebieski na rys. 2). Te trzy obszary nieustannie kształtują siebie nawzajem.

Rysunek 2: Tożsamość



1. Za kogo się uważam
2. Zinternalizowane czynniki społeczne: płeć, seksualność, kultura, rasa, narodowość, wiek, klasa społeczna i zawód, tradycje, role tradycyjne
3. Jak postrzegają mnie inni

Źródło: Schininà (2012).

Tożsamość ma wiele aspektów. Tak naprawdę składa się z wielu tożsamości – np. tożsamości rodzica, członka lub członkini rodziny, eksperta czy ekspertki w branży, partnera lub partnerki, itd. Znaczenie każdego z obszarów może być inne w różnych społecznościach, a tożsamość jest wynikiem nieustających negocjacji jednostki ze sobą, jej kulturą i społecznością. Tożsamość stale więc ewoluuje i zmienia się, m.in. pod wpływem doświadczeń, przeżyć, wykształcenia i przemian kulturowych na poziomie systemowym. Zmiany te mają charakter organiczny.

Czynniki kryzysowe i przesiedlenia wpływają na tożsamość na każdym poziomie. Wiktyimizacja, niehumanitarne traktowanie, tortury i przemoc mogą podważyć obraz siebie. Przestrzeganie zasad zakorzenionych w zinternalizowanych czynnikach społecznych, takich jak systemy wierzeń, w sytuacjach kryzysowych (szczególnie w przypadku konfliktu) staje pod znakiem zapytania.

Jeśli dochodzi do migracji i przesiedlenia, hegemoniczna kultura społeczeństwa przyjmującego może być odmienna od kultury migrantów pod względem czynników społecznych, w tym języka, sposobu rozumienia ról społecznych, systemów znaczeń oraz prostszych elementów, takich, jak choćby poczucie humoru. Co ważniejsze, w sytuacji migracji proces otrzymywania informacji od znaczących innych jest utrudniony z powodu utraty niektórych z nich, rozłąki ze znaczącymi innymi, a w końcu też z powodu zanurzenia w nowej społeczności, w której osoba migrująca jest obca i często bywa stygmatyzowana.

Tożsamości wymagają wtedy kolejnego przystosowania, co może być bolesne i stanowić wyzwanie, ale przynosi także pozytywne rezultaty. Temu procesowi może jednak towarzyszyć poczucie zagubienia, dezorientacji czy polaryzacja. Szczególnie w sytuacji konfliktu jednostkowy wymiar tożsamości może ulegać wchłonięciu przez hegemoniczne narracje o tożsamościach w czasie wojny. Wyznawanie wartości definiowanych jako opozycyjne w stosunku do wartości drugiej strony konfliktu staje się kluczowym warunkiem uznania przynależności do grupy.

Dla osób dotkniętych sytuacjami kryzysowymi pracownicy i pracowniczki organizacji humanitarnych stają się znaczącymi innymi. Jako tacy, uczestnicy akcji humanitarnych biorą udział w konstruowaniu tożsamości populacji doświadczających kryzysu, zajmując szczególną pozycję władzy.

Dlatego istotne jest, aby pracownicy i pracowniczki organizacji humanitarnych nie przyczyniali się do kreowania negatywnej tożsamości grup dotkniętych kryzysem poprzez tworzenie relacji wyłącznie na podstawie ich braków i słabości, co grozi kształtowaniem się **tożsamości** ofiary; i nie polegali na założonych kategoryzacjach. Strategia działania w oparciu o zasoby społeczności bazuje na uznaniu bogactwa tożsamości populacji beneficjentów i

i beneficjentek CB MHPSS, oraz na świadomości, że organizacja humanitarna jest częścią systemu, który do pewnego stopnia kształtuje ewolucję tych tożsamości. W związku z tym:

- Tożsamość należy rozumieć w kontekście jej elementów społecznych i indywidualnych;
- Tożsamość należy szanować ze względu na fakt, że może przechodzić kryzys lub transformację;
- Tożsamość należy umacniać, przywracając jednostce poczucie sprawczości i skuteczności.

1.1.3 Znaczenie kultury

Choć definicje „kultury” w literaturze są ogromnie zróżnicowane, dla celów niniejszego podręcznika kulturę uznaje się za system wspólnych przekonań, symboli, mitów, zachowań, kanonów, obrazów, narracji, metafor, dzieł sztuki, rytuałów, wartości i obyczajów, które członkowie społeczności wykorzystują, aby nadać znaczenie swojemu światu i kształtować relacje ze sobą nawzajem. Są przekazywane z pokolenia na pokolenie poprzez proces uczenia się, a jednostki internalizują je w zróżnicowanym stopniu. Kultura obejmuje zarówno dobra materialne, jak i niematerialne, które pozwalają określonej społeczności prezentować się jako odrębny, spójny byt.








Z tej perspektywy kultura i jej elementy mogą zapewnić ochronę, odbudowę i transformację po sytuacji kryzysowej, promując uczestnictwo, poczucie ciągłości, akceptacji, odporności oraz stwarzając środowisko dla pozytywnych interakcji społecznych także w prowizorycznych warunkach.

Kultura nie może być rozumiana jako system zamknięty, zaś idealna jednolitość danej kultury, w tym języka i religii w obrębie jednej grupy społecznej na danym terytorium, jest rzadkim zjawiskiem. Najczęściej kultura wywodzi się ze współistnienia subkultur o odrębnych cechach. Zwykle kultura wiodąca i subkultury wzajemnie się nie wykluczają i niekoniecznie stanowią dla siebie alternatywy, a ich elementy współwystępują na poziomie jednostek i oddziałują na siebie nawzajem.



Tego rodzaju dynamikę można zaobserwować także w sytuacjach kryzysu i migracji, w przypadku odmienności kulturowej migrantów i gospodarzy. To łączy się z możliwymi problemami odnośnie do poczucia tożsamości w obu tych grupach. Pozytywnym zjawiskiem jest fakt, że subkultury mogą przekraczać ramy dominującej kultury, tworząc sojusze i sprzyjając integracji. Subkultury umożliwiają wzajemne uznanie i rozpoznanie wspólnych interesów wśród osób należących do tej samej subkultury, ale wywodzących się z różnych kultur dominujących. Dotyczy to także migrantów/ migrantek oraz członkiń i członków społeczności ich przyjmującej, których łączy tożsamość kulturowa lub subkulturowa (np. to samo wyznanie, kultura muzyczna, przynależność do społeczności LGBTQ!).

Kultura, choć zasadniczo niematerialna, manifestuje się w sposób materialny poprzez relacje pomiędzy określonymi grupami jednostek, przedsięwzięcia artystyczne, kanony kulturowe, narracje wykluczenia oraz praktyki włączenia i opieki, a w kontekście ściślejszym związanym z działaniami MHPSS poprzez:

-  • Rytuały, nabożeństwa, upamiętnianie oraz **świętowanie**;
 -  • Praktyki duchowe i uzdrowicielskie, etiologie i modele wyjaśniające **choroby**;
 -  • Legendy i mity, opowiadania i wiersze, przysłowia i **żarty**;
 -  • Pamięć i ustne **przekazy**;
 - Wyrażanie emocji, obyczaje społeczne i kodeksy zachowań;
 - Sztuki wizualne i praktyczne, pieśni i taniec, teatr, sztukę dramatyczną, opowiadanie historii oraz **występy**;
 -  • Rzemiosło, szycie i zdobienie, gotowanie i **podejmowanie gości**;
 -  • **Sport i zabawę**;
 -  • **Naukę**.
- Elementy te będą uwzględniane w kolejnych rozdziałach, opisujących metody opracowywania programów.

Ramka 6

Kultury

Kultury nie należy nigdy odczytywać w odniesieniu do hierarchii (lepiej/gorsza, nadrzędna/ podrzędna), etyki (dobra/ zła, nowoczesna/ zacofana) lub funkcji (oparta na rywalizacji lub współpracy). Koordynator lub koordynatorka programu MHPSS powinni raczej postrzegać kultury jako systemy, których istotę i wartości należy zrozumieć i szanować, aby wdrożyć skuteczny program.



1.2. NIEODZOWNY ZWIĄZEK POMIĘDZY SPOŁECZNOŚCIĄ, ZDROWIEM PSYCHICZNYM I DOBROSTANEM PSYCHOSPOŁECZNYM

Społeczność to fundamentalny aspekt zdrowia psychicznego, jak wskazuje przyjęta definicja Światowej Organizacji Zdrowia. Według niej dobre zdrowie psychiczne to:

Dobrostan pozwalający jednostce realizować swoje możliwości, radzić sobie ze zwykłym stresem w życiu, pracować efektywnie i działać na rzecz własnej społeczności (WHO, 2012).

Na podobnej zasadzie społeczność ma kluczowe znaczenie dla definicji przymiotnika "psychospołeczny", który odnosi się do powiązań pomiędzy umysłem i społeczeństwem (OED), ponieważ społeczności są filarem szerszej rozumianego społeczeństwa, oraz do konkretnych przejawów tych powiązań.

W kontekście działań humanitarnych zbiorcze pojęcie "zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego" funkcjonuje od roku 2007 i jest definiowane jako "każdy rodzaj wsparcia lokalnego lub zewnętrznego, którego celem jest ochrona i dbałość o dobrostan psychospołeczny i/lub zapobieganie **zaburzeniom zdrowia psychicznego** bądź leczenie ich".

Także dla tego konstruktu społeczność ma kluczowe znaczenie.



Nie ulega wątpliwości, że wojny i klęski żywiołowe, wymuszona migracja oraz przesiedlenie stają się problematyczne nie tylko dla jednostki, ale też dla ekologii społecznej i fizycznej danej społeczności. Wpływają również na dobrostan psychiczny. Jak pisał Erikson (1976:154), stanowią one:

uderzenie w podstawową tkankę życia społecznego, które niszczy więzi łączące ludzi i paraliżuje poczucie wspólnoty (...) stopniowe uświadomienie sobie, że wspólnota przestała stanowić źródło skutecznego wsparcia, a ważna część tożsamości zniknęła. Nadal istnieje „ja”, choć uległo ono uszkodzeniu, a może nawet permanentnej transformacji. „Ty” istnieje nadal, choć odległe i pozbawione mocy. Jednakże „my” przestaje istnieć w formie pary lub komórek większego organizmu społecznego.

Traumatyczne przeżycia wymagają nie tylko indywidualnej, ale także zbiorowej odpowiedzi na rzecz regeneracji psychospołecznej i odnowienia dobrostanu, co często zakłada odbudowanie moralnej, społecznej i politycznej sprawczości poprzez wykreowanie wspólnych znaczeń i narracji.

W roku 2019 Grupa Referencyjna IASC ds. MHPSS wydała dokument *Strategie wdrażania programów MHPSS w społecznościach: wytyczne (IASC, 2019a)* dostępny w języku **Arabskim, Francuskim, Portugalskim, Hiszpańskim i Urdu**, w odpowiedzi na szeroko pojętą konieczność lepszego zdefiniowania zasad działań w zakresie MHPSS opierających się na, jak już wspomniano, przekonaniu

Ramka 7

Migracja i definicja zdrowia psychicznego

Określone sytuacje spowodowane przez migrację i przesiedlenie mogą podważać prostą definicję dobrego zdrowia psychicznego. Więcej informacji znajdziesz [tutaj](#).

... że społeczności mogą same stać się podmiotem na rzecz zmiany i dbania o siebie, i powinny być w znaczący sposób zaangażowane na wszystkich etapach działań z zakresu MHPSS.

Osoby dotknięte sytuacjami kryzysowymi należy postrzegać przede wszystkim jako aktywnych uczestników i uczestniczki działań na rzecz dobrostanu indywidualnego i zbiorowego, a nie jako biernych odbiorców usług, które są im dostarczane w sposób zaplanowany przez innych. Strategie MHPSS w społecznościach pozwalają rodzinom, grupom i społeczeństwom wspierać innych i opiekować się nimi w sposób, który sprzyja ich regeneracji i uodpornieniu. Strategie te przyczyniają się również do odbudowy i/lub umacniania struktur i systemów zbiorowych, które mają znaczenie kluczowe dla codziennego życia i dobrostanu. Zrozumienie tych systemów powinno leżeć u podstaw strategii w zakresie MHPSS realizowanych w społecznościach zarówno na rzecz jednostek, jak i grup. (IASC, 2019a)

Z drugiej strony, należy się wystrzegać powierzchownego rozumienia podejścia opartego na społeczności, zawierającego się w haśle "Społeczność wie wszystko". Niepokoje społeczne i przesiedlenia mogą doprowadzić do zakwestionowania poczucia tożsamości oraz naruszenia sieci i wzajemnych relacji, które na ogół umacniają społeczności, a także przededefiniowania wartości i kultury. Traumatyczne zdarzenia często powodują rozpad społeczności (włącznie z rozłamami i podziałami pomiędzy pracownikami organizacji humanitarnych). Zwiększenie odporności społeczności ma kluczowe znaczenie dla procesu regeneracji po takich zdarzeniach, jak i zapobiega wystąpieniu długofalowych problemów ze zdrowiem psychicznym i trudności społecznych. (Norris i in., 2008; Padgett, 2002).

W niektórych przypadkach sytuacje kryzysowe prowadzą do współzamieszkiwania różnych grup na tym samym obszarze geograficznym, mimo że nie łączą ich inne, bardziej konstruktywistyczne elementy, które z zasady budują strukturę.

Niniejszy podręcznik stanowi próbę wykorzystania tego podejścia w praktyce w ramach modelu działań, opracowanego przede wszystkim dla potrzeb inicjatyw w zakresie MHPSS prowadzonych przez IOM w sytuacjach kryzysu humanitarnego, które można zastosować także w programach innych agencji.

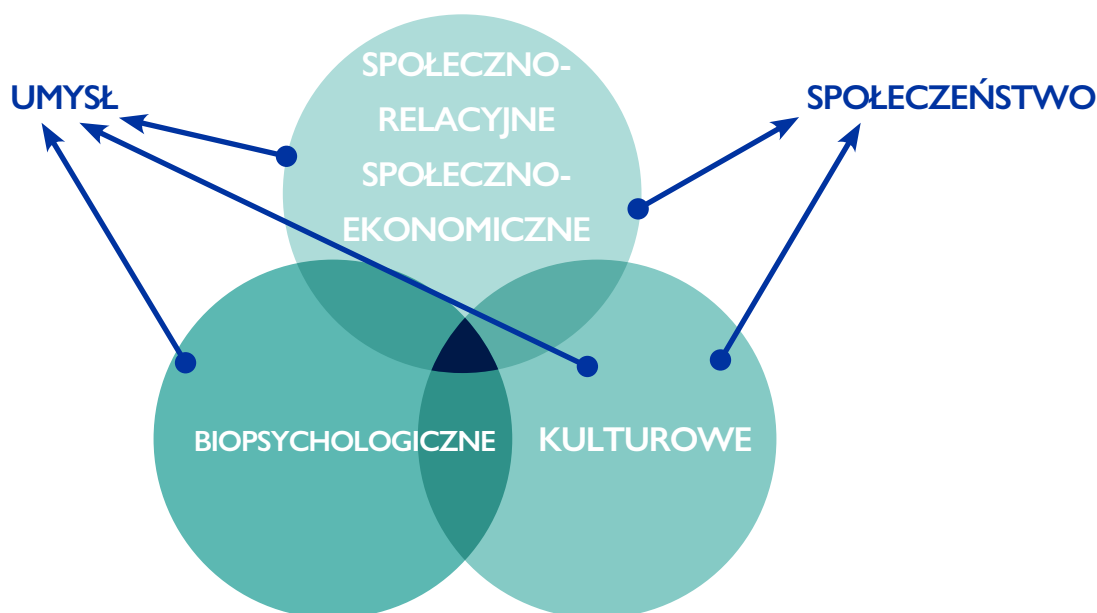
Działania te bazują na modelach opisanych poniżej.

➔ 1.3. MODELE

1.3.1 Model psychospołecznej strategii planowania w sytuacjach kryzysu i przesiedlenia

Model ten bazuje na kluczowym powiązaniu czynników biopsychologicznych, społeczno-ekonomicznych/społeczno-relacyjnych i kulturowych w definiowaniu potrzeb migrantów i migrantek, grup przesiedlonych i dotkniętych kryzysem, jak również sposobów zaspokajania tych potrzeb, co przedstawiono na rys. 3.

Rysunek 3:
Model psychospołecznej strategii planowania w sytuacjach kryzysu i przesiedlenia



Źródło: Schininà (2012).

Wszystkie trzy sfery są równie istotne, wzajemnie od siebie zależne i wspólnie wpływają na definiowanie potrzeb, zasobów i reakcji psychospołecznych.

Czynnik **biopsychologiczny** obejmuje emocje, uczucia, myśli, zachowania, wspomnienia, czynniki wywołujące stres i reakcje na stres. Ze sferą tą łączą się umiejętności radzenia sobie ze stresem. Umysł i ciało uznaje się w tym modelu za unikatowy system.

Sfera **społeczno-relacyjna/społeczno-ekonomiczna** koncentruje się na interakcjach i współzależności pomiędzy jednostką a grupami, do których jednostka należy. Pojawiają się tu dwa aspekty uzupełniające: aspekt **społeczno-ekonomiczny**, który dotyczy dostępności zasobów – np. środków utrzymania, opieki zdrowotnej czy technologii informacyjnej – oraz aspekt **społeczno-relacyjny**, który dotyczy jakości relacji pomiędzy jednostką a jej rodziną, szerszymi systemami społecznymi i społecznościami.

Sfera **kulturowa**, jak już wspomniano, dotyczy systemu współdzielonych elementów materialnych i niematerialnych, które służą członkom i członkiniom społeczności do nadawania sensu ich światu oraz nawiązywania ze sobą relacji, co ma kluczowe znaczenie dla radzenia sobie z kryzysami.

Schemat ten powinien leżeć u podstaw zrozumienia wszystkich potrzeb humanitarnych w społeczności wraz z ich wzajemnymi powiązaniem. Dlatego potrzeby biopsychologiczne należy rozumieć jako powiązane z determinantami społeczno-relacyjnymi i społeczno-ekonomicznymi, a ich przejawy odczytywać w kontekście kultury. Podobnie potrzeby społeczno-ekonomiczne i społeczno-relacyjne należy rozumieć jako powiązane z zakłóceniami biopsychologicznymi i kulturowymi, z których się wywodzą i które generują.

Działania humanitarne powinny zawsze uwzględniać te powiązania. Należy określić priorytety i stosownie do nich reagować na potrzeby. Powiązania te należy jednak zawsze uwzględniać m.in. w następujący sposób:

- Udzielając pomocy psychiatrycznej, należy mieć świadomość kulturowych systemów wyjaśniających i dostosować narzędzia diagnostyczne do kontekstu kulturowego. Należy także zadać sobie pytanie, jak grupa może zrozumieć świadczenie usług i jak może to wpłynąć na dobrostan beneficjentki lub beneficjenta, czego nie należy rozpatrywać w oderwaniu od społeczno-ekonomicznej sytuacji rodziny, warunkującej możliwości opieki nad jednostką.
- W związku z dystrybucją żywności – żeby ograniczyć możliwość wystąpienia stygmatyzacji – należy zwracać uwagę na aspekty kulturowe tego procesu, a mianowicie które artykuły spożywcze są odpowiednie dla danej społeczności oraz, przykładowo, w jaki sposób społeczność postrzega przyjmowanie pomocy tego rodzaju. Z drugiej strony należy również wziąć pod uwagę emocje, jakie może wzbudzić

rozdawanie żywności, takie jak wstyd czy poczucie bezradności.

Świadomość istnienia tych powiązań sprawi, że realizowane programy humanitarne będą lepiej dostosowane pod kątem psychospołecznym i lepiej dopasowane do społeczności. Część niniejszego podręcznika opisuje, jakie działania powinni podjąć koordynatorzy i koordynatorki programów MHPSS, aby zapewnić stosowanie podejścia psychospołecznego w programach humanitarnych realizowanych przez ich organizację oraz wykorzystanie istniejących mechanizmów wsparcia w społeczności, które nie zawierają się w programach MHPSS.

1.3.2 Model opracowywania programów CB MHPSS w sytuacjach kryzysu i przesiedlenia

W ramach schematyzacji projektowania dedykowanych programów CB MHPSS IOM od niemal dwóch dekad wykorzystuje siatkę skutków i zdarzeń zakłócających Renosa Papadopoulosa. Model ten jest zgodny z modelem społeczno-ekologicznym oraz ze strategią wdrażania MHPSS w społecznościach, zgodnie z odnośnymi **Wytycznymi IASC**.

Więcej informacji na temat zasad tego modelu można znaleźć w **poniższym** opracowaniu, które dla potrzeb tego podręcznika przygotował sam Papadopoulos.

W treści rozdziału model ten jest określany jako Ramy opracowywania dedykowanych programów MHPSS, i został zaprezentowany w formie, w jakiej wykorzystuje go IOM, po dostosowaniu pierwotnej wersji.



Rysunek 4: Ramy opracowywania dedykowanych programów MHPSS

	Negatywne reakcje psychospołeczne	Neutralne reakcje psychospołeczne i czynniki odporności	Pozytywne reakcje psychospołeczne lub zmiany wywołane przez kryzys
JEDNOSTKA			
RODZINA			
WAŻNE GRUPY			
SPOŁECZNOŚCI			

Źródło: Adaptacja modelu Renosa Papadopoulou (2007).

Program CB MHPSS polega na ocenie potrzeb i reagowaniu na nie poprzez systemową, całościową strategię, która uwzględnia następujące aspekty:

- Cierpienie i negatywne skutki psychospołeczne kryzysu i przesiedlenia na poziomie jednostki, rodziny, grupy i społeczności oraz powiązania między nimi; program obejmuje zatem działania wdrażane w odpowiedzi na różne poziomy cierpienia, w tym:
 - Zwykłe cierpienie ludzkie związane z zaburzeniami zdrowia psychicznego na poziomie jednostki;
 - Przemoc w rodzinie, separację oraz zmiany ról na poziomie rodziny;
 - Zakłócenia lub polaryzacje w znaczących grupach;
 - Rozłamy w społeczności, takie, jak stygmatyzacja, konflikt, podziały, nieufność wobec instytucji, nieufność wobec innych itd.

Działania w zakresie MHPSS w sytuacjach kryzysowych koncentrują się niemal wyłącznie na negatywnych reakcjach jednostek na ich wystąpienie – natomiast zgodnie z modelem CB MHPSS zamiast tego należy reagować na wszystkich poziomach, łącząc negatywne reakcje z pozostałymi dwiema kategoriami.

- Reakcje neutralne i czynniki odporności – to, co sprawia, że ludzie, grupy i społeczności są w stanie podźwignąć się z sytuacji kryzysowej dzięki zgromadzonym wcześniej zasobom, zdobytym umiejętnościom, sieciom i mechanizmom przetrwania; program CB MHPSS ma za zadanie zidentyfikować neutralne reakcje i czynniki odporności oraz wzmocnić je, aby złagodzić reakcje negatywne. Odporność, według definicji, jaką podają Panter-Brick i Leckman (2013), „to proces mobilizacji zasobów biologicznych, psychospołecznych, strukturalnych i kulturowych w celu utrzymania dobrostanu”.
 - Nacisk na atuty, zasoby i możliwości, zamiast na braki;
 - Przewidywanie działań, które ograniczają skutki potencjalnie traumatycznych zdarzeń;
 - Koncentracja na wielu poziomach wpływu, od strukturalnego i kulturowego po wspólnotowy i jednostkowy;
 - Mapowanie wpływów w ramach systemów zakorzenionych w ekologii (Ager i in., 2010). Odporność dotyczy nie tylko jednostek, ale także rodzin, grup i społeczności, dlatego czynniki odporności rodziny można np. wykorzystać w reakcji na cierpienie jednostki, osobno lub w powiązaniu z działaniami dostosowanymi do indywidualnych potrzeb. Można także reaktywować istniejące wcześniej grupy wsparcia i przeszkolić je w stawianiu czoła nowym wyzwaniom.
- Pozytywne reakcje na kryzys: oprócz reakcji negatywnych i niezmiennych każda osoba, rodzina, grupa i społeczność pod wpływem kryzysu także zyskuje coś w zderzeniu z negatywnym doświadczeniem. Istnieje nieskończenie wiele przykładów pozytywnych reakcji na sytuacje kryzysowe: na przykład zmiana indywidualistycznego stylu życia, uwzględniająca znaczenie sieci społecznych, wolontariat, poszerzenie i pogłębienie zakresu dotychczasowych celów życiowych, lepsze przygotowanie społeczności lub nabycie nowych umiejętności.

Program CB MHPSS powinien służyć zidentyfikowaniu tych reakcji pozytywnych i stworzeniu przestrzeni, w której mogą się one przejawiać.



Oryginalnej siatki można używać do szybkiej oceny lub dowolnej innej oceny, jeśli jej celem jest rozpatrzenie całego zakresu skutków **zdarzenia kryzysowego**. Tutaj została ona zaprezentowana jako model złożony z różnych elementów, które powinny być podstawą programu psychospołecznego w społecznościach. Obejmuje on następujące aspekty:

- Opieka psychiatryczna dla osób z poważnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego, zdiagnozowanymi wcześniej lub nasilonymi w wyniku kryzysu.
- Poradnictwo dla jednostek i grup, które pomoże im uporać się z trudnościami, z naciskiem na ich potencjał odpornościowy.
- Poradnictwo rodzinne, szkolenie w zakresie umiejętności rodzicielskich i mediacji rodzinnych, mające na celu pomoc rodzinom w przezwyciężeniu trudności.
- Wsparcie dla grup zagrożonych wykluczeniem i dotkniętych kryzysem, w tym mniejszości, i określonych kategorii ofiar, w formie poradnictwa i zintegrowanych usług ochrony.
- Komunikowanie społeczne nakierowane na zidentyfikowane przyczyny warunkujące cierpienie w społeczności, jak również mediacje i transformacja konfliktu jako odpowiedź na łańcuch przemocy charakteryzujący takie sytuacje.
- Promowanie działań, o których wiadomo, że łagodzą cierpienie jednostek, rodzin, grup i społeczności, wzmacniając strukturę społeczną, oraz promowanie i mobilizowanie jednostek i grup posiadających odpowiednie umiejętności i postawy prospołeczne na rzecz społeczności. Zakres tego działania obejmuje tworzenie grup samopomocowych, kreatywnych i kulturalnych, organizację zajęć sportowych i edukacyjnych; przywrócenie źródeł utrzymania, a także rytuałów i świąt, które są naturalną reakcją ludzi na sytuacje kryzysowe.

- Identyfikacja i wzmocnienie reakcji pozytywnych na sytuację kryzysową poprzez budowanie umiejętności i potencjału, mentoring, wsparcie rzeczowe, mobilizację i zaangażowanie, wolontariat oraz promowanie aktywności obywatelskiej.

Aby realizować te aspekty, programy CB MHPSS powinny:

- Skupiać się na konkretnych celach; oraz
- Angażować zespoły koordynacyjne, które dysponują niezbędnym doświadczeniem i wiedzą.

1.3.2.1 Nadrzędny cel programu CB MHPSS

MHPSS w sytuacjach kryzysowych definiuje się jako:

"każdy rodzaj wsparcia lokalnego lub zewnętrznego, którego celem jest ochrona i wzmacnianie dobrostanu psychospołecznego i/lub zapobieganie zaburzeniom zdrowia psychicznego bądź leczenie ich".

W świetle tej definicji program CB MHPSS skupia się na wzmacnianiu wsparcia lokalnego oraz analizuje dobrostan psychospołeczny z perspektywy relacyjnej.

"Klientem" programu MHPSS w ramach społeczności jest zatem system społeczny, a nacisk kładzie się na mocne strony, zasoby, ciągłość i adaptację do zmian. Działania realizowane zgodnie z tym podejściem obejmują te już zapoczątkowane przez członków i członkinie społeczności, jednak nie tylko. Program koncentruje się nie tyle bezpośrednio na usługach, co raczej na tworzeniu struktur sprzyjających pozytywnym więziom i procesom społecznym. W większości przypadków obejmuje on wsparcie w odtworzeniu dawnych powiązań i budowaniu nowych pomiędzy poszczególnymi grupami. Ma on na celu pomaganie członkom i członkiniom społeczności w identyfikacji i wzmacnianiu istniejących zasobów, które pozwolą społeczności odzyskać równowagę. Z drugiej strony programy CB MHPSS mają na uwadze związane z konfliktem, klęskami żywiołowymi czy przesiedleniem zmiany i trudności, które rzutują na tkankę społeczną i symboliczną i prowadzą do powstania luk w interakcjach i usługach, które powinny być dostrzeżone.

1.3.2.2 Wiedza i doświadczenie zespołu koordynacyjnego

Do specjalizacji i umiejętności, które powinien uwzględniać program CB MHPSS, należą:

- Psychologia kliniczna;
- Poradnictwo psychologiczne;
- Psychologia społeczna;
- Psychologia grup;
- Praca socjalna;
- Lingwistyka;
- Antropologia;
- Zagadnienia humanistyczne;
- Socjologia;
- Sztuka użytkowa;
- Edukacja.

Profesjonalny zespół realizujący program, eksperci, ekspertki i osoby nadzorujące powinni posiadać wiedzę z tych obszarów. Waga ich kompetencji powinna być określana stosownie do elementów, na których skupia się dany program.

**Rys. 5. Piramida IASC dotycząca MHPSS w sytuacji kryzysowej (IASC, 2007)
(poszczególne poziomy objaśniono w ramce 8)**



Źródło: IASC (2007).



Ramka 8

Piramida IASC dotycząca interwencji MHPSS

Wytyczne Stałego Komitetu Międzyagencyjnego (IASC) w obszarze MHPSS w sytuacjach kryzysowych (IASC, 2007) przedstawiają strukturę działań w ramach MHPSS w formie piramidy, która zyskała popularność wśród osób realizujących interwencje MHPSS w sytuacjach kryzysowych na całym świecie. Piramida sugeruje opracowanie poziomów uzupełniającego się wsparcia, które zaspokajają potrzeby różnego rodzaju (patrz rys. 5). Są to potrzeby podstawowe i bezpieczeństwo, wsparcie społeczności i rodziny, usługi ukierunkowane i wyspecjalizowane. Poszczególne poziomy nie są oparte na hierarchii, a w sytuacji idealnej powinny być wdrażane równolegle.

Pierwszy poziom piramidy dotyczy ochrony dobrostanu wszystkich osób poprzez zaspokojenie potrzeb psychospołecznych i /lub społecznych w ramach przywrócenia dostępu do podstawowych usług i bezpieczeństwa. Bezpieczeństwo, odpowiednie zarządzanie i usługi ukierunkowane na zaspokojenie podstawowych potrzeb, takich, jak "żywność, schronienie, woda, podstawowa opieka zdrowotna i zapobieganie chorobom zakaźnym" należy zapewniać w sposób "promujący uczestnictwo, bezpieczny i społecznie akceptowalny, z poszanowaniem godności człowieka, przy jednoczesnym wzmocnieniu lokalnych struktur wsparcia i mobilizacji sieci społecznościowych". Działania w ramach MHPSS na tym poziomie mogą obejmować dążenie do tego, aby usługi te były realizowane "przez odpowiedzialne osoby, dokumentowanie ich wpływu na zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny oraz mobilizowanie uczestników działań humanitarnych do realizacji tych działań w sposób sprzyjający zdrowiu psychicznemu i dobrostanowi psychospołecznemu" (IASC, 2007).

Poziom drugi obejmuje "wsparcie społeczności i rodziny" i zwraca uwagę na istotność roli, jaką odgrywa społeczność w utrzymaniu i poprawie zdrowia psychicznego osób dotkniętych kryzysem, z uwzględnieniem takich działań, jak "poszukiwanie i łączenie rodzin, wsparcie w żałobie i prowadzeniu wspólnotowych praktyk uzdrowicielskich, przekaz na temat konstruktywnych metod radzenia sobie z traumą, programy wsparcia rodziców, edukacja formalna, pozaformalna i nieformalna, działania na rzecz zdobycia źródeł utrzymania i aktywizacja sieci społecznych, w tym zrzeszeń kobiet i młodzieży"(IASC, 2007). Mówiąc dokładniej, Wytyczne zalecają wspomaganie kształtowania się odpowiednich "warunków dla mobilizacji społeczności, przyjęcia odpowiedzialności i kontroli w obliczu działań kryzysowych we wszystkich sektorach (...) samopomocy i wsparcia socjalnego (...) warunków do realizacji odpowiednich praktyk kulturowych, duchowych i religijnych.

Poziom trzeci, wsparcie ukierunkowane, jest adresowany do osób, "które wymagają indywidualnej interwencji na poziomie jednostki, rodziny lub grupy, prowadzonej przez przeszkolonych i nadzorowanych pracowników i pracowniczki" (IASC, 2007).

Poziom czwarty, usługi wyspecjalizowane, to usługi na rzecz osób, które borykają się z poważnymi trudnościami w codziennym funkcjonowaniu z powodu nieznośnego cierpienia, jak i osób z poważnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego (IASC, 2007). Pomoc powinna obejmować wsparcie psychologa lub psychiatry, "skierowania do specjalistów, o ile są dostępni, lub zapoczątkowanie długoterminowych szkoleń i nadzoru świadczeniodawców podstawowej/ ogólnej opieki zdrowotnej" (IASC, 2007).

Większość działań określonych w Wytycznych na poziomie wsparcia społeczności i rodziny zostanie opisana szczegółowo w treści podręcznika w ramach innych modeli. W stosownych miejscach w podręczniku znalazły się odniesienia do poziomu piramidy interwencji psychospołecznych, do którego należy zaliczyć określone proponowane działania. Dzięki temu osoby koordynujące programy będą mogły zaprezentować wyniki w grupach IASC w sposób zrozumiały dla partnerów. Z drugiej strony, co zostanie wyjaśnione dokładniej w dalszej części podręcznika, poszczególne poziomy piramidy są ze sobą często wzajemnie powiązane, co wyklucza możliwość ścisłej kategoryzacji działań.

→ 1.4. WYZWANIA I WZGLĘDY SZCZEGÓLNE

Mimo że społeczność to system, który obejmuje różne podgrupy, różne poziomy przyswajania jednostkowego i sprzeczne ze sobą narracje oraz podlega ciągłym przekształceniom, w niektórych sytuacjach może być postrzegana i traktowana jako niedostosowana do współczesności, normatywna i narzucona, zarówno przez jej członków i członkinie, jak i osoby z zewnątrz. Rodzi to szereg potencjalnych skutków:

- Działania w ramach CB MHPSS mogą przyczynić się do umocnienia negatywnych stereotypów i wyzwolić szkodliwe praktyki w reakcji na kryzys (np. wczesne małżeństwa, separacja dziewcząt i osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego, zachowania agresywne).
- Osoby odpowiedzialne za obszar psychospołeczny mogą generalizować cechy społeczności, przekładać je na poszczególne jednostki objęte pomocą i postrzegać je jako niezmiennie. Tymczasem należy zawsze uwzględniać dynamikę i zmienny charakter społeczności.
- Większość społeczności charakteryzuje się sprzecznością dyskursów wewnętrznych: dominującego, który odpowiada za uformowanie wiodącej postawy w systemie, oraz dyskursów podporządkowanych, które kształtują się odmiennie od dominującego dyskursu lub nawet są z nim sprzeczne. Kluczowym wymiarem, który pozwala odróżnić te dwa typy dyskursu, jest władza. Każdy dyskurs należy uwzględnić i poddać walidacji w ramach programu CB MHPSS, stosownie do potrzeb i okoliczności.
- Jeśli społeczność jest utożsamiana z jej dominującym i hegemonicznym dyskursem, pojawia się ryzyko nasilenia marginalizacji/ dyskryminacji/ stygmatyzacji subkultur i grup podporządkowanych, co może doprowadzić do wzmocnienia nierównowagi władzy lub do zakłócenia równowagi władzy w sposób prowadzący do napięć i nasilenia opresji.
- Ponadto w obliczu sytuacji kryzysowych społeczności ulegają przekształceniom. Ludzie mogą reagować na zdarzenia traumatyczne na różne sposoby. Niektórzy członkowie i członkinie społeczności mogą stać się bardziej konserwatywnymi, a inni – skłonniymi do nowych poszukiwań (lub nawet nastawieni negatywnie do własnej kultury sprzed kryzysu). Ta sama osoba może wahać się pomiędzy tymi spolaryzowanymi postawami na różnych etapach. Dlatego podczas planowania działań należy uwzględnić współczesny kontekst, w którym funkcjonuje społeczność w swoim kulturowym i tożsamościowym aspekcie.
- Pracownicy i pracownicy humanitarni mogą wpływać na społeczności dotknięte kryzysem w zakresie:
 - Relacji międzyludzkich, jakie tworzą się między nimi i ich klientami/klientkami;
 - Oczekiwań i nadziei, jakie budzi program;
 - Pojawiających się idealizacji;
 - Kształtowania tożsamości pod wpływem programu CB MHPSS;
 - Wpływu tożsamości "beneficjenta";
 - Powstałej relacji zależności;
 - Skoncentrowania się na określonej grupie w ramach populacji.

Koordinator lub koordynatorka MHPSS musi mieć świadomość powiązań pomiędzy wszystkimi tymi czynnikami.

 **MATERIAŁY DODATKOWE**

Bateson, G.

1979 *Mind and Nature. A Necessary Unity*. E.P. Dutton, Nowy Jork.



Erikson, K.

1991 Notes on Trauma and Community. *American Imago*, 48(4):455–472.



Papadopoulos, R.K.

2007 Refugees, trauma and adversity-activated development. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 9(3):301–312.



Aby zapoznać się z pełną bibliografią, przejdź [tutaj](#).



2. WSPÓŁPRACA ZE SPOŁECZNOŚCIAMI



→ 2.1. CO POWINNA WIEDZIEĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

Zaangażowanie społeczności uważa się za fundament wszystkich działań humanitarnych. Można podsumować je jako strategię operacyjną, która angażuje dotknięte społeczności w różnych fazach programu, oraz świadczenie usług na rzecz społeczności postrzeganej nie tylko w kategoriach użytkowników/ użytkowniczek, klientów/ klientek lub beneficjentów/ beneficjentek, ale także – w różnym stopniu – podmiotów działających na rzecz własnego i grupowego dobrostanu.

Zaangażowanie społeczności można zatem uznać zarazem za proces, jak i za rezultat wdrażania programu MHPSS w sytuacji kryzysowej.

- Wytyczne Stałego Komitetu Międzyagencyjnego (IASC) w obszarze MHPSS w sytuacjach kryzysowych (**IASC, 2007**) wskazują pracownikom humanitarnym, w jaki sposób stworzyć warunki sprzyjające zaangażowaniu społeczności. Dodatkowo opracowane *Strategie wdrażania programów MHPSS w społecznościach: wytyczne (IASC, 2019a)* Grupy Referencyjnej IASC ds. MHPSS podkreślają znaczenie dobrze ukierunkowanego zaangażowania społeczności w świadczenie MHPSS w sytuacjach kryzysowych. Jak już **wspomniano**, społeczności mają charakter niejednorodny i składają się z różnych grup oraz systemów społecznych. Angażować należy wszystkie elementy społeczności i wszystkie społeczności zamieszkujące jedno terytorium, a nie jedynie te dominujące. Przykładowo, w przypadku IOM, w działania angażuje się społeczność przyjmującą uchodźców i uchodźczynie, różne społeczności migrantów i migrantek, a także grupy zróżnicowane społecznie i kulturowo. Jako proces angażowanie społeczności:
 - Pozwala ograniczyć konflikty i buduje zaufanie: angażowanie i informowanie społeczności pomaga zarządzać oczekiwaniami i uniknąć nieporozumień pomiędzy koordynacją programu i zaangażowanymi społecznościami;
 - Pozwala lepiej planować programy:

daje możliwość korzystania z już dostępnej wiedzy, zasobów, sieci i koncepcji;

- Zapewnia lepszy dostęp do najbardziej wrażliwych grup.

- W kontekście rezultatu angażowanie społeczności skutecznie prowadzi do określonych bezpośrednich skutków dla dobrostanu:

- Ułatwia powrót do równowagi: dzięki zaangażowaniu społeczności organizacje mogą wspierać długofalową regenerację społeczności, zamiast jedynie zaspokajać ich doraźne potrzeby;

- Zapewnia poczucie sprawczości i buduje odporność: wykorzystanie istniejących zasobów w społeczności daje poczucie stabilności oraz ogranicza negatywne skutki strategii

niewuwzględniających uczestnictwa wdrażanych w programach humanitarnych, a także kształtowanie **tożsamości ofiary**.

- Wzmacnia odpowiedzialność lokalną i pozwala ludziom zyskać kontrolę: jeśli dotknięte kryzysem grupy uczestniczą w podejmowaniu decyzji, rośnie prawdopodobieństwo, że przejmą

odpowiedzialność za interwencję, a w procesie jej wdrażania będą się uczyć i zdobywać niezależność;

- Wzmacnia spójność społeczną: należy angażować różne elementy społeczności oraz przedstawicieli wszystkich grup zamieszkujących dany teren. Wspólne działanie i decyzje zwiększają spójność społeczną tych społeczności i grup. Spójność społeczna przyczynia się do poprawy dobrostanu;

- Pomaga naprawiać struktury społeczne nadszarpnięte wskutek sytuacji kryzysowej.

W tym rozdziale omówiono cele i etapy zaangażowania społeczności w program MHPSS oraz opisano proces zaangażowania dostosowany do programów IOM w zakresie MHPSS.

2.1.1 Trzy podstawowe obszary zaangażowania

Zaangażowanie społeczności może mieć liczne pozytywne skutki i jest kluczowym elementem procesu wdrażania programu CB MHPSS.

Jego cele można podzielić na trzy podstawowe grupy:

- a) Wpływ na decyzje: stworzenie społecznościom możliwości uczestnictwa w procesach podejmowania decyzji. Cel ten, choć istotny, niekiedy okazuje się trudny do osiągnięcia w sytuacji kryzysowej – zdarza się, że decyzje co do głównych działań w ramach programu podejmuje się przed pierwszym zetknięciem z beneficjentami i beneficjentkami. Mimo to zawsze możliwe jest zaangażowanie społeczności w podejmowanie decyzji przynajmniej w pewnym stopniu;
- b) Budowanie potencjału: wzmocnienie potencjału MHPSS i kompetencji społeczności;
- c) Wzmacnianie więzi: poprawa relacji pomiędzy organizacją i społecznością, a także pomiędzy poszczególnymi elementami społeczności.

Wymienione trzy cele są ze sobą powiązane i należy dążyć do ich równoczesnego osiągnięcia. Harmonogram działania i charakter sytuacji kryzysowej może jednak sprawić, że określone cele zostaną uznane za nadrzędne. Przykładowo, budowanie i wzmacnianie relacji będzie celem podstawowym, jeśli interwencja MHPSS została zaprojektowana bez udziału społeczności, stosownie do potrzeb i możliwości czasowych darczyńców. Angażowanie społeczności w podejmowanie decyzji będzie natomiast celem nadrzędnym agencji, która dysponuje funduszami, nie orientuje się jednak w zakresie istniejących potrzeb i zasobów. Budowanie potencjału będzie głównym celem agencji o profilu zdecydowanie technicznym (Capire Consulting Group, 2014). Przykładowo, w ramach programu CB MHPSS IOM, angażowanie społeczności jest sposobem budowania relacji z migrantami/ migrantkami oraz pomiędzy osobami migrującymi i grupą dominującą. Stwarza to możliwość uczestnictwa w procesie podejmowania decyzji dotyczących programu (cele, wskaźniki i priorytety itd.) i służy budowaniu potencjału w społecznościach, co objaśniono w niniejszym podręczniku.

Z punktu widzenia projektowania programu angażowanie społeczności w MHPSS ma charakter ciągły we wszystkich fazach programu, od oceny wstępnej po monitorowanie i ewaluację końcową. Powinno też uwzględniać trzy wymienione wyżej cele.

2.1.2 Stopnie zaangażowania społeczności

Zaangażowanie społeczności może charakteryzować się zróżnicowaną gradacją i skalą:

- Bierność: społeczność otrzymuje informacje, ale nie ma wpływu na podejmowane decyzje i działania.
- Przepływ informacji: od społeczności pozyskuje się informacje, nie bierze ona jednak udziału w dyskusjach poprzedzających podjęcie decyzji.
- Konsultacje: społeczność pyta się o opinię, nie decyduje ona jednak, co należy zrobić i w jaki sposób.
- Funkcjonalność: społeczności uczestniczą w planowaniu wszystkich/części działań, ale możliwość podejmowania przez nie decyzji jest ograniczona.
- Interakcja: społeczności są w pełni zaangażowane w podejmowanie decyzji wraz z organizacją wdrażającą program.
- Odpowiedzialność: społeczności kontrolują proces podejmowania decyzji, a organizacje działają wyłącznie jako podmiot facylitujący (finansujący, nadzorujący, szkolący).
- Przekazanie kompetencji: społeczności biorą odpowiedzialność za realizację MHPSS, co w ostatecznym rozrachunku pozwoli im zaspokajać istniejące potrzeby przy ograniczonym wsparciu z zewnątrz.

Celem powinna być zawsze maksymalizacja zaangażowania społeczności – ustawienie poprzeczki na poziomie funkcjonalnym, tak aby ostatecznie dojść do poziomu odpowiedzialności i przekazania kompetencji. W programach MHPSS IOM różne poziomy zaangażowania będą miały zastosowanie do różnych członków i członkiń społeczności. Przykładowo:

- Przekazanie kompetencji: specjaliści i specjalistki uczestniczący w różnych obszarach MHPSS będą uzyskiwać kompetencje na podstawie szkoleń opracowanych we współpracy z miejscową uczelnią, prowadzonych z udziałem ekspertów i ekspertek (patrz rozdział **Szkolenie**).



- Funkcjonalność i odpowiedzialność: zespoły wsparcia psychospołecznego biorą udział w podejmowaniu decyzji w programach MHPSS w pełnym zakresie. Składają się one z przedstawicieli i przedstawielek społeczności przyjmującej, jak i migrantów i migrantek, oraz uczestniczą w interakcjach w ramach społeczności (patrz rozdziały **Mobilne zespoły wsparcia psychospołecznego** oraz **Nadzór merytoryczny**).

- Funkcjonalność i interakcja: działania proponowane przez zespoły są ukierunkowane na usługi oraz na mobilizację, co pozwala osiągnąć równowagę pomiędzy zaspokajaniem potrzeb i znaczącym uczestnictwem wolontariuszy i wolontariuszek, specjalistów i specjalistek, ofiar kryzysów, interesariuszy i innych osób (patrz rozdziały **Działalność społeczno-relacyjna i kulturalna** oraz **Działania kreatywne i artystyczne**).

Zostaną one omówione w kolejnych rozdziałach.

→ 2.2. CO POWINNA ROBIĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

2.2.1 Kogo angażować we współpracę

Angażowanie społeczności oznacza angażowanie ludzi, funkcji społecznych i instytucji w ramach procesu oraz określone działania umożliwiające im aktywne uczestnictwo w podejmowaniu decyzji w zróżnicowanym stopniu, zgodnie z opisem przedstawionym powyżej. To, kto powinien być zaangażowany w realizację programu MHPSS, jest określone w jego celach.

2.2.1.1 Jednostki

Pierwszym punktem kontaktowym dla osób koordynujących MHPSS IOM powinni być specjaliści i specjalistki oraz zasoby MHPSS. Nawet w złożonych sytuacjach kryzysowych krajowi i lokalni specjaliści i specjalistki MHPSS mogą wnieść istotny wkład w kształtowanie programów wsparcia psychospołecznego.

Ponadto na miejscu może istnieć wiele struktur społecznych, administracyjnych, politycznych i religijnych, które mają znaczenie dla zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego.

Zanim na dobre rozpoczniemy proces planowania, można nawiązać kontakt z liderami i liderkami struktur już znanych organizacji lub też tych, które są najważniejsze i najbardziej widoczne.

Wreszcie należy zidentyfikować "strażników (stróżów) dostępu do społeczności", którzy pomogą koordynatorce lub koordynatorowi projektu nawiązać kontakt ze społecznością lub jej podgrupą. "Strażnikami" są osoby pełniące funkcje społeczne w swojej społeczności, w szczególności liderzy i liderki, ze względu na ich wpływy i dostęp do społeczności. Przykładowo, mogą to być przedstawiciele i przedstawicielki organizacji obywatelskich, samorządowych, przywódcy i przywódczynie religijne i duchowe, liderzy i liderki innych organizacji wspólnotowych, nauczyciele i nauczycielki, artyści i artystki, intelektualiści i intelektualistki, członkowie i członkinie odpowiednich wydziałów na miejscowych uczelniach, aktywiści i aktywistki młodzieżowe, liderzy i liderki grup senioralnych bądź kobiet i wiele innych osób.

Zarówno specjaliści i specjalistki MHPSS, jak i inni „stróże” mogą wspierać osoby koordynujące projekt w **ocenie potrzeb i planowaniu zasobów**, przy wykorzystaniu efektu kuli śnieżnej, oraz w zdobywaniu wiedzy na temat lokalnych sposobów wyrażania niepokoju, rozpaczy, frustracji i lęku, radości i nadziei, a także miejscowych zwyczajów i wierzeń istotnych dla wdrażania programu MHPSS.

Czas poświęcony na spotkanie z ludźmi może zaowocować uznaniem i chęcią współpracy z ich strony. Jednakże angażując „stróży”, jak i członków oraz członkinie różnych grup zawodowych i administracyjno-politycznych, osoby koordynujące powinny kierować się podejściem krytycznym. Organizacje, samorządy lokalne i grupy społeczne dążą do realizacji własnych planów – nieuwzględnienie tej okoliczności może prowadzić do podjęcia błędnych decyzji operacyjnych (**IASC, 2007**).

2.2.1.2 Rodziny

Rodzina to ważny system społeczny, który także należy zaangażować. W kontekście sytuacji kryzysowej, a w szczególności przesiedlenia i wymuszonej migracji, rodzina oferuje przestrzeń kulturową i społeczną, w której jednostki mogą wyrazić swój stres, obawy i smutki oraz otrzymać podstawową opiekę, wsparcie emocjonalne i ochronę.

Choć rodziny są z reguły częścią większych grup społecznych i terytorialnych, formalnie reprezentowanych przez przywódczynię i przywódców kulturowych, administracyjnych lub politycznych (patrz wyżej), istotne jest bezpośrednie zaangażowanie w działania operacyjne rodzin wielopokoleniowych lub skupisk rodzin (sektory obozu, sąsiedztwa w środowisku miejskim, wioski na obszarach wiejskich).

Rodzinami w pierwszej kolejności angażowanymi w programy MHPSS w społeczności powinny być te, których członkowie i członkinie:

- Mają zaburzenia, m.in. poznawcze;
- W wyniku kryzysu lub przed jego wystąpieniem zostali dotknięci zaburzeniami zdrowia psychicznego, zaburzeniami neurologicznymi lub uzależnieniem od substancji psychoaktywnych;
- Padli ofiarą i/lub byli świadkami przemocy w trakcie kryzysu;
- Samotnie opiekują się dużą liczbą osób od nich zależnych (dziećmi, osobami starszymi, krewnymi);
- Są związani z mniejszościowymi grupami etnicznymi lub religijnymi.

Ramka 9

Angażowanie rodzin

Proces angażowania rodzin może obejmować utworzenie systemu wczesnego ostrzegania na wypadek prób samobójczych, separowania dziewcząt i osób z niepełnosprawnościami, małżeństw nieletnich, przemocy wobec dzieci i przemocy w rodzinie. Dla celów takiego systemu informacyjnego najlepiej z reguły nawiązywać współpracę z młodzieżą i kobietami, aby monitorować dynamikę relacji rodzinnych i ukryte przypadki przemocy. Zaufanie oraz poufność pomiędzy członkami i członkiniami społeczności a personelem MHPSS stanowią podstawę tego systemu. Taki system informacyjny może powstać nie na samym początku interwencji kryzysowej, lecz na późniejszym etapie.

W trakcie fazy oceny należy przeprowadzić wywiady grupowe z wybranymi rodzinami (zezwalając na aktywne uczestnictwo wszystkich członków i członkiń, nie tylko głowy rodziny lub osoby najbardziej elokwentnej) w celu ustalenia potrzeb z zakresu MHPSS oraz zasięgu i jakości świadczonych usług. W zależności od lokalnych norm kulturowych i sytuacji kryzysowej przedstawiciele i przedstawicielki rodzin wielopokoleniowych lub skupisk rodzin mogą otrzymać wsparcie na uruchomienie projektów lub komitetów rodzicielskich stanowiących wkład w realizację programu.

2.2.1.3 Grupy

Zaangażowanie społeczności obejmuje włączenie różnorodnych grup, które się w niej zawierają: stowarzyszeń mężczyzn, młodzieży, osób z niepełnosprawnościami, kobiet, zrzeszeń branżowych i klubów, aktywistów, aktywistek i grup samopomocowych, organizacji społecznych, grup interesu, jak również grup, które tworzą się dla realizacji danego działania lub obszaru zainteresowań (kluby sportowe, fankluby, chóry). W sytuacji kryzysowej grupy te mogą ulec osłabieniu przez konflikt, wysiedlenie, ograniczenia logistyczne lub polityczne. **Należy zapewnić zasoby finansowe i techniczne służące odbudowie, wzmocnieniu lub nawet odtworzeniu tych grup.** Szczególnie istotne jest tworzenie sieci i platform cyfrowych umożliwiających miejscowym NGO i organizacjom społecznym wymianę dobrych praktyk i informacji, koordynację i promowanie wspólnych kampanii.

Ramka 10

Angażowanie osób z niepełnosprawnościami

Dostępne i inkluzywne działania w zakresie MHPSS zapewniają: włączenie osób z niepełnosprawnościami w procesy związane z podejmowaniem decyzji i przywództwem; dostępność i inkluzywność informacji na temat MHPSS; dostępność ośrodków MHPSS dla OzN; projektowanie działań MHPSS w sposób dostępny, inkluzywny i zachęcający do aktywnego uczestnictwa. Ponadto programy MHPSS powinny zwracać uwagę na osoby z niepełnosprawnościami i zachęcać je do udziału w działaniach MHPSS.



2.2.1.3.1 Grupy religijne

Współpraca z grupami religijnymi ma znaczenie strategiczne w procesie angażowania, ponieważ religia odgrywa ważną rolę w systemie wartości, życiu emocjonalnym i społecznym wielu społeczności. Aprobata ze strony grup religijnych i ich udział w programie są więc ważnymi czynnikami dla legitymizacji projektu i przyjęcia za niego odpowiedzialności przez społeczność. W sytuacjach kryzysowych może okazać się, że organizacje religijne przystąpiły już do działań w zakresie CB MHPSS; w takim przypadku ich zaangażowanie w program może przybrać formę partnerstwa.

Należy także przeanalizować inkluzywność programu przez pryzmat religii. Miejscowe wspólnoty wyznaniowe znajdują się na ogół najbliżej ludzi w sytuacjach kryzysowych i oferują interpretację doświadczeń, która dla wielu może mieć ogromne znaczenie. Dlatego przywódcy religijni i duchowi mogą pozytywnie wpływać na kanalizowanie negatywnych reakcji psychospołecznych i propagować pokojowe współistnienie oraz uczestnictwo. Jednak udział grup religijnych i duchowych należy starannie rozważyć i zrównoważyć w sytuacjach, gdy mamy do czynienia z więcej niż jedną grupą lub gdy określona podgrupa religijna, etniczna czy społeczna może stać się celem jawnej lub ukrytej dyskryminacji ze strony grup wyznaniowych. Dodatkowe wytyczne w zakresie włączania kwestii wiary, grup wyznaniowych i przywódców religijnych w realizację programów CB MHPSS znajdziesz **tutaj**. Aby zapoznać się z bardziej ustrukturyzowanym podejściem, patrz wytyczne zawarte w dokumencie *Strategia uwzględniająca wiarę w działaniach humanitarnych: wytyczne dotyczące programów w zakresie zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego* (**IASC, 2018a**).

Można utworzyć komitet projektowy złożony z osób prawdziwie reprezentujących różne grupy społeczności. W takim wypadku organizuje się regularne spotkania z nimi, aby budować zaufanie do programu i do procesu. W skład komitetów powinni wchodzić eksperci i ekspertki MHPSS, liderki i liderzy społeczności, przywódcy i przywódczynie religijne oraz przedstawiciele i przedstawicielki innych społeczności i grup. Zgodnie z celem zaangażowania i jego gradacją przewidzianą w programie spotkania te mogą przybrać następujący charakter:

- Wymiana informacji odnośnie do aktualizacji programu (bierna);
 - Sesje, w trakcie których wymieniane są informacje z komitetem stosownie do potrzeb technicznych i zarządczych (transfer informacji);
 - Spotkania, podczas których gromadzi się opinie członków i członkiń komitetu w kwestiach określonych uprzednio przez koordynację projektu (konsultacje);
 - Narady mające na celu zbiorczą ocenę wskaźników wyników i podejmowanie ważnych decyzji dotyczących programu (funkcjonalne/interaktywne)
- (**Capire Consulting Group, 2016**).



Ponadto:

- Członkowie i członkinie mobilnego zespołu MHPSS (PMT) są częścią społeczności (patrz rozdział "Mobilne zespoły wsparcia psychospołecznego").
- W każdym PMT funkcjonuje czynnik mobilizacji społeczności (jak wyżej).
- Jako terapeutów i terapeutki oraz osoby prowadzące szkolenia zatrudnia się odpowiednich, lokalnych specjalistów i specjalistki.
- Ekspertki i eksperci lokalni i osoby ze świata akademickiego wchodzi w skład zespołu nadzoru (patrz **punkt 4.4** niniejszego rozdziału).
- Artyści i artystki, aktywiści i aktywistki oraz osoby mobilizujące grupę mogą otrzymać wsparcie rzeczowe na organizację działań na rzecz społeczności (patrz **Rys. 9**).
- Istniejące sieci, usługi i praktyki tradycyjne mogą otrzymywać wsparcie rzeczowe lub wsparcie w postaci szkoleń i rozwoju sieci, aby mogły służyć jako punkty odniesienia lub usługodawcy.



2.2.2 Jak angażować osoby uczestniczące

Istnieje szereg sposobów utrzymywania zaangażowania społeczności podczas poszczególnych faz programu MHPSS. Proces ten wymaga przejrzystości i odpowiedzialności, przystępnego i terminowego udzielania informacji, a także jasnego opisu struktur, procesów, polityki, potencjału oraz ograniczeń w zakresie zasobów ludzkich i rzeczowych.

- Wdrażane są uporządkowane formy gromadzenia informacji zwrotnych od grup, których dotyczy projekt, osób decyzyjnych oraz pozostałych członków i członkiń społeczności. Powinny one uwzględniać **Model Odpowiedzialności wobec dotkniętych społeczności oraz mechanizmy komunikacji ze społecznościami**.
- Zaangażowanie społeczności migranckich może dodatkowo wymagać mediacji kulturowych, odpowiednich tłumaczy i tłumaczek i szkoleń w zakresie kompetencji kulturowych dla członków i członkiń komitetów.
- Aktywności religijne i kulturowe, takie jak okresowe posty czy prace sezonowe, powinny być zawsze uwzględniane – w kontekście negatywnym, ponieważ mogą wpływać na uczestnictwo, oraz w kontekście pozytywnym jako czynnik, który można wykorzystać do promocji zaangażowania społeczności w program.
- Członkom i członkiniom społeczności można zaoferować rozwijanie ich potencjału.



Ramka 11

Formy zaangażowania i partnerstwa z organizacjami lokalnymi

IOM efektywnie wdrożyła strukturalne formy zaangażowania i partnerstwa z organizacjami lokalnymi zajmującymi się MHPSS w Kolumbii, Libanie, Libii, Turcji, Serbii, Iraku i wielu innych krajach. Intensywne programy szkoleniowe (z reguły w formie sesji tygodniowych raz na trzy lub cztery miesiące, obejmujących kwestie teoretyczne i operacyjne) przyczyniły się nie tylko do zwiększenia potencjału organizacji, ale także do ustalenia zasad koordynacji oraz do konsolidacji sieci społeczeństwa obywatelskiego. Z reguły po szkoleniu oferowano praktyczne wsparcie rzeczowe oraz nadzór i mentoring w celu rozwijania działań MHPSS na mniejszą skalę.

Organizacje, które wzięły udział w szkoleniach, reprezentują szereg ideologii, motywacji, różnią się pod względem potencjału operacyjnego i obszarów działania, do których zaliczają się kwestie wyznaniowe, humanitarne, edukacyjne, wsparcie dla kobiet i dzieci, osób starszych i z niepełnosprawnościami, na rzecz mniejszości, wsparcia migrantów i migrantek, a także na rzecz eliminacji przemocy ze względu na płeć (GBV) i tortur. Inicjatywa IOM pomogła tym organizacjom zwiększyć ich zdolność w zakresie:

- Interwencji i koordynacji w ostrych fazach kryzysu ze względu na bliskość terytorialną i operacyjną w stosunku do dotkniętych nim populacji i społeczeństw przyjmujących;
- Gromadzenia profesjonalnych zasobów i wymiany dobrych praktyk w celu zapewnienia zgodności z metodologiami działania w społecznościach oraz standardami jakości MHPSS;
- Wspólnego lobbowania o finansowanie, zwiększania potencjału i wdrażania procedur administracyjnych we władzach lokalnych, sektorze prywatnym i publicznym;
- Propagowania interesów, ochrony i opieki na rzecz dotkniętych populacji wśród organizacji międzynarodowych, rządów krajowych i struktur humanitarnych (agencje ONZ, darczyńcy, ambasady);
- Interakcji z IOM jako partnerem międzynarodowym w zakresie oceny i wspólnego wdrażania interwencji MHPSS w sytuacjach kryzysu.

W rezultacie powstały społecznościowe grupy koordynacyjne, które wraz z sieciami NGO odegrały kluczową rolę w realizacji programów CB MHPSS w **Libii** bezpośrednio po wybuchu wojny domowej latem 2014 roku oraz w **Iraku** po kampanii wojskowej na rzecz wyzwolenia północno-zachodnich prowincji spod władzy tak zwanego Państwa Islamskiego, w tym w Mosulu w roku 2017.



Ramka 12

Komitety lokalne

Personel krajowy, pracujący dla organizacji może wykazywać częściowo nieobiektywne postawy z powodu otrzymywania wynagrodzenia. Może być także zaangażowany w konieczność dostosowania tego, co wiedzą o własnej kulturze do nieznannej im kultury organizacyjnej, w której zaczyna działać. Można inicjować powstanie i regularne zaangażowanie lokalnych komitetów programowych do kierowania programami MHPSS (Sliep, 2011). **Komitety lokalne** powinny uczestniczyć w działaniach przez cały cykl projektu. Mogą brać udział w ustalaniu priorytetów oceny oraz służyć doradztwem w zakresie stosowności użytych środków weryfikacji. W fazie planowania komitet decyduje, w jaki sposób określić priorytety wyników ocen i pomaga w opracowaniu uzgodnionych planów działań, które mają ułatwić przejęcie odpowiedzialności i kontroli przez zaangażowane w projekt społeczności (IASC, 2007). Plany te powinny objaśniać, w jaki sposób podejmowane będą decyzje, definiować wspólne wartości oraz określać prawa i obowiązki dla każdego etapu procesu (kto, co, gdzie, kiedy, dlaczego i jak). W trakcie wdrażania komitet regularnie przekazuje informacje zwrotne o wynikach programu i tworzy plany szkoleniowe. Komitet próbuje także narzędzia oceny oraz uczestniczy w ocenie programu. Członkowie i członkinie komitetu mogą stać się także punktami kontaktowymi dla swoich podgrup (akademickich, branżowych, etniczno-religijnych, geograficznych, płciowych, wiekowych, podgrup w społecznościach). Kierują także przekaz do społeczności lub określonych grup, starając się zaangażować je w program. Osoby kierujące MHPSS powinny wspierać członków i członkinie komitetu i "stróżów" dostępu w rozwoju potencjału poprzez sesje szkoleniowe i aktywny udział w prowadzonych działaniach. **W komitetach lokalnych powinni znaleźć się "strażnicy" dostępu, specjaliści i specjaliści zajmujący się zarówno społecznościami wysiedlonymi, jak i przyjmującymi, jak również podgrupami społeczności.**

➔ 2.3. STUDIUM PRZYPADKU

Odporność społeczności oparta na indywidualnej terapii rodzinnej LINC (Landau, 2018)

Interwencja na rzecz odporności społeczności LINC angażuje całą społeczność lub jej przedstawicieli i przedstawicielki w ocenę sytuacji i zaplanowanie działań interwencyjnych (Landau, 2007). Interwencja tego typu może zostać wykorzystana w społeczności lub przez agencje rządowe i organizacje w celu przygotowania się do klęsk żywiołowych i/lub łagodzenia ich skutków (Landau, 2004, 2007, 2012, 2018; Landau i in., 2008; Landau i Saul 2004; Landau i Weaver, 2006). Interwencja wykorzystuje szereg map do oceny uwarunkowań demograficznych, postaw, obyczajów, struktur rodzinnych i ważnych dla społeczności wydarzeń. Po przeprowadzeniu oceny organizuje się fora społecznościowe, które mają reprezentować obszerny przekrój populacji. W dużych społecznościach (liczących ponad 6000 osób) interwencje LINC rozpoczynają się od szkolenia miejscowych specjalistów i specjalistek przez terapeutki i terapeutów, dzięki czemu mają oni wspomagać interwencję w taki sposób, aby objęła zasięgiem całą społeczność. Zgodnie z wytycznymi LINC, członków i członkinie społeczności dzieli się na małe grupy dyskusyjne, z których każda reprezentuje przekrój społeczności. Grupy określają mocne strony, scenariusze i zasoby dostępne w społeczności oraz omawiają znaczenie koncepcji odporności dla każdej uczestniczki i uczestnika, ich rodzin i dla społeczności. Następnie każda z grup określa podstawowe cele na przyszłość. Grupy przyjmują z reguły do realizacji cele ustalone przez ogół, dodając przy tym szereg własnych. Zastanawiają się, w jaki sposób można wykorzystać dostępne zasoby do realizacji niewielkich, łatwych do ukończenia zadań, które przyczynią się do osiągnięcia danego celu. Następnie, współpracując w grupach, uczestnicy i uczestniczki wybierają spośród siebie „łączników i łączniczki” społeczności, czyli osoby darzone zaufaniem, z którymi łatwo jest się komunikować.

Łącznicy i łączniczki to osoby posiadające kompetencje przywódcze i będące w stanie i wypełnić lukę pomiędzy społecznością i zewnętrznymi ekspertami i ekspertkami. Członkowie i członkinie współpracujących zespołów określają następnie zadania praktyczne na bazie przyjętych celów i tworzą grupy robocze, które mają przystąpić do ich realizacji. Liczba łączników i łączniczek jest w pewnej mierze uzależniona od rozmiaru społeczności. Te o średnich rozmiarach (liczące od 6000 do 50 000 osób) wybierają średnio 3 do 5 łączników lub łączniczek; duże miasta (liczące od 50 000 do 1 mln osób) wybierają 8 do 10 osób, spośród których każda koordynuje wiele projektów. Model ten wdrożono w Argentynie, Australii, Brazylii, Finlandii, Japonii, RPA, USA, Kosowie¹ i w innych obszarach.

➔ 2.4. WYZWANIA I WZGLĘDY SZCZEGÓLNE

Angażowanie społeczności nie jest łatwe, w szczególności w przypadku uchodźców i uchodźczyń, osób wysiedlonych i społeczności migranckich. Społeczności wysiedlone są często rozproszone, podzielone i cechują się ogólnym brakiem zaufania w związku ze swoimi doświadczeniami. Dodatkowo niekiedy mają trudności w realizacji swoich kulturowych i społecznych ról i tradycji. Z kolei społeczność przyjmująca może czuć się zagrożona i zamknięta.

Mogą pojawić się tarcia pomiędzy różnymi organizacjami społecznymi i NGO (włącznie z NGO międzynarodowymi), problem braku funduszy, korupcja, nieprawidłowości w funkcjonowaniu instytucji (rządowych), wyzysk oraz podważenie istniejących struktur władzy, które jest wynikiem wdrażania systemu humanitarnego nieopartego na uczestnictwie (Saul, 2017).

Niekiedy organizacje humanitarne lub ich pracownicy i pracowniczki nie angażują społeczności w trakcie programu z różnych powodów (**Health Communication Capacity Collective (HC3), 2017; OCHA, 2017**), do których zaliczają się:

- Obawa przed negatywną oceną: pracowniczki i pracownicy humanitarni mogą obawiać się negatywnych informacji zwrotnych lub uznania ich za odpowiedzialnych za problemy, nad którymi nie mają kontroli;
- Brak zasobów: dostarczanie spójnych i użytecznych informacji oraz aktywne słuchanie społeczności może być postrzegane jako zadania, które wymagają dodatkowego budżetu i dedykowanych zasobów ludzkich. Jako że większość sytuacji kryzysowych na świecie wiąże się z ograniczeniem dostępnych zasobów, angażowanie społeczności w działania nie jest często uznawane za priorytetową inwestycję;
- Konkurencyjne priorytety: w sytuacji kryzysowej zawsze liczy się czas. Szybko należy udzielać pomocy ratującej życie, zaś czas poświęcony na konsultacje z ludźmi może być postrzegany jako kontrproduktywny. W sytuacji kryzysu często zakłada się, że jedynymi lub najbardziej palącymi priorytetami są żywność, woda, schronienie i opieka zdrowotna;
- Koordynacja: organizacje mogą mieć także sprzeczne podejścia lub przekazy. Nie wszystkie organizacje międzynarodowe z łatwością współpracują z różnymi grupami lokalnymi, np. mediami lokalnymi. Harmonizacja współpracy może okazać się wyzwaniem;
- Włączenie różnych grup: często niełatwo jest uwzględnić wszystkie grupy ze względu na relacje władzy i dominujące zachowania oraz narracje społeczno-kulturowe. W sytuacjach konfliktu występuje ryzyko pomylenia sprawców z ofiarami. Ze względu na wrażliwość kulturową niektóre grupy niechętnie poruszają pewne kwestie;
- Bariery językowe (patrz rozdział **Poradnictwo**).



¹ Odniesienia do Kosowa należy rozumieć w kontekście Rezolucji Rady Bezpieczeństwa ONZ nr 1244 (1999).

Dostęp do społeczności oraz dostępne metody angażowania mogą ulec zmianie w przypadku kryzysów związanych ze zdrowiem, takich jak pandemia COVID-19. Choć nie wyczerpują one tematu, przeprowadzanie ciągłych ocen, kampanie informacyjne i wsparcie zdalne to potencjalnie także **użyteczne strategie angażowania** podczas kryzysów związanych ze zdrowiem.

Ponadto Grupa Tematyczna IASC ds. Opartych na Społeczności Strategii MHPSS przeprowadziła **dyskusję online** na temat wyzwań i sposobów angażowania społeczności.

→ MATERIAŁY DODATKOWE

Ager, J., E. Fiddian-Qasmiyeh and A. Ager

2015 Local Faith Communities and the Promotion of Resilience in Contexts of Humanitarian Crisis. *Journal of Refugee Studies*, 28(2):202–221.

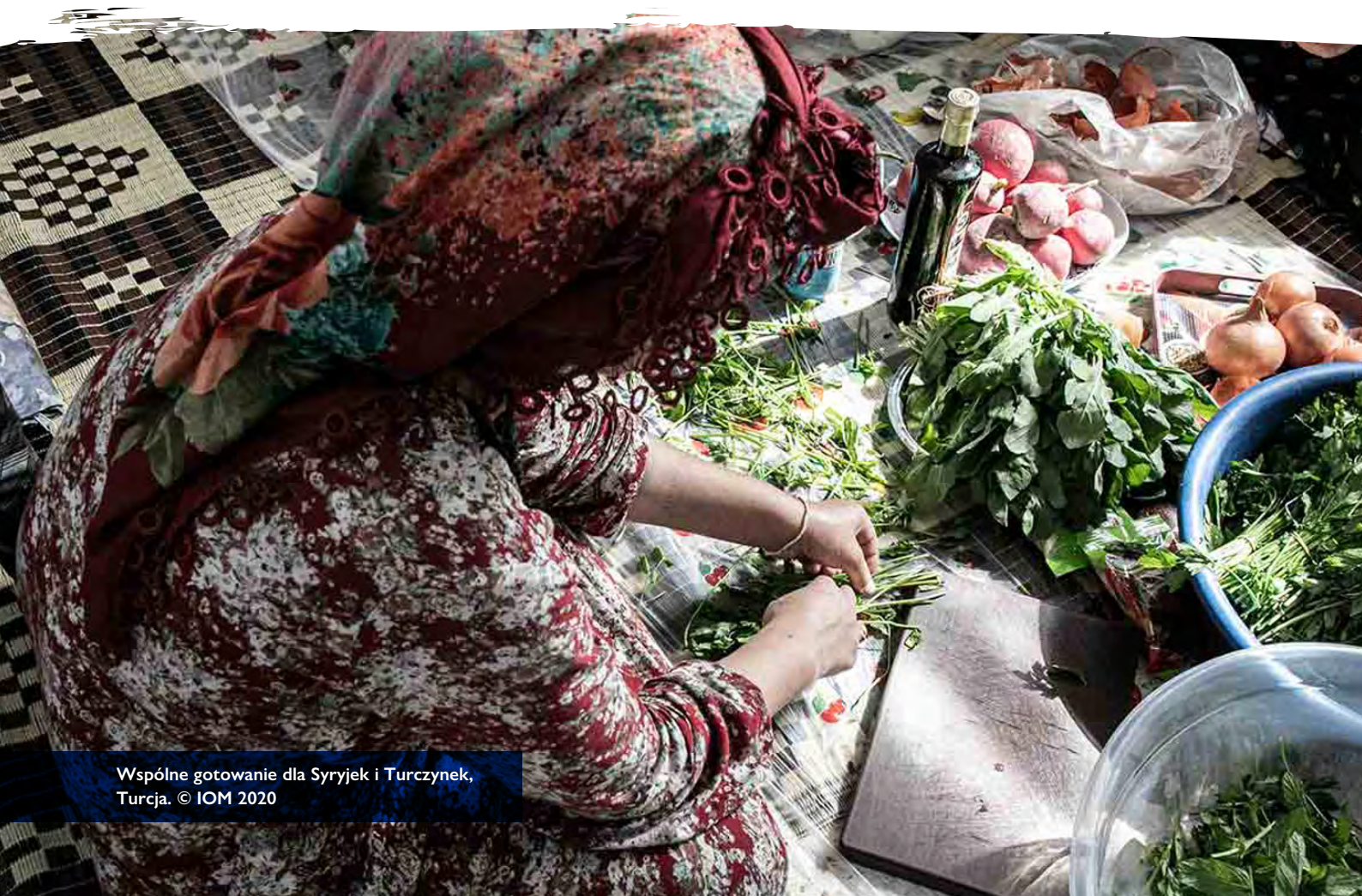
Regional Psychosocial Support Initiative (REPPSI)

2010 *Mainstreaming Psychosocial Care and Support - Facilitating Community Support Structures*. REPPSI, Johannesburg, RPA.

Biuro Organizacji Narodów Zjednoczonych ds. Koordynacji Pomocy Humanitarnej (OCHA)

2015 *Community Engagement*. OCHA, Nowy Jork.

Pełna bibliografia zawierająca także materiały dodatkowe jest dostępna [tutaj](#).



3. OCENA I MAPOWANIE





3.1. CO POWINNA WIEDZIEĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

Ocena potrzeb i zasobów MHPSS ludzi dotkniętych kryzysem oraz mapowanie dostępnych usług MHPSS lub zasobów, które można łatwo przywrócić, to kluczowe elementy programów MHPSS w społecznościach. Oceny i mapowanie w zakresie MHPSS w sytuacjach kryzysowych nie powinny jedynie mieć na celu opracowania listy problemów, ale także pomagać w analizie wzajemnych powiązań czynników indywidualnych, rodzinnych, kulturowych, społecznych i politycznych w ramach reakcji na kryzys oraz tego, w jaki sposób powiązania te wpływają na zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny populacji dotkniętych kryzysem i migrantów/ migrantek. Dlatego konieczna jest ocena potrzeb dotkniętych populacji w zakresie MHPSS z udziałem **członków i członkiń społeczności**.



Mówią o tym jednoznacznie Wytyczne Stałego Komitetu Międzyagencyjnego (IASC) w obszarze MHPSS w sytuacjach kryzysowych (IASC, 2007:38–45 – Arkusz działania 2.1, Oceny zdrowia psychicznego i zagadnień psychospołecznych). Jeśli celem oceny jest m.in. określenie zbiorowych napięć, które kryją się za problemami psychospołecznymi jednostki i rodziny, oraz sposobu reagowania na te problemy, konieczne jest zaangażowanie społeczności w jak najszerszym zakresie we wszystkie etapy oceny, jak wskazuje rys. 6.

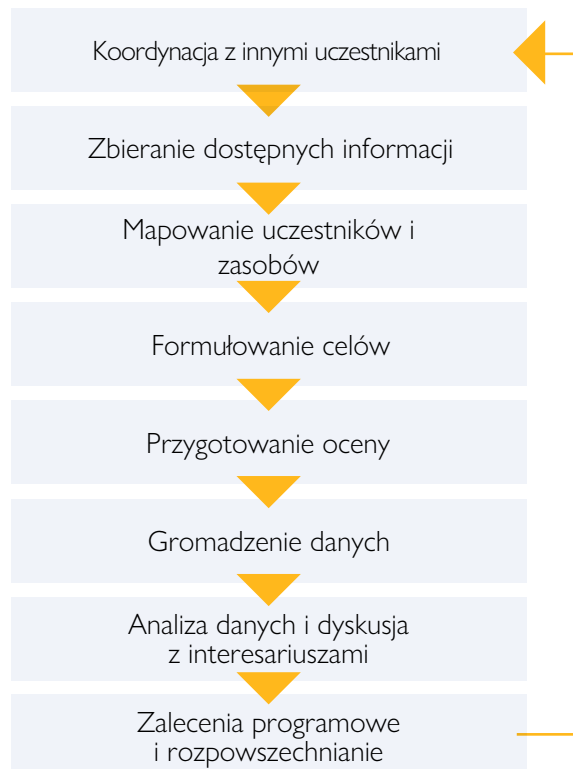
Ponieważ istnieje obszerna literatura na temat projektowania i przeprowadzania ocen, niniejszy rozdział nie przedstawia metody oceny ani konkretnych narzędzi, ale raczej skupia się na tym, jak angażować społeczność w ocenę i mapowanie w zakresie MHPSS oraz jak opierać te działania na zasobach społeczności. Omówimy m.in. następujące kwestie:

- Jak włączyć członków i członkinie społeczności w prace zespołu oceniającego;
- Jak przeprowadzić walidację oraz omówienie celów, metod i priorytetów oceny z kluczowymi członkami i członkiniami społeczności;

- Jak projektować oceny oparte na uczestnictwie;
- Jak dobrać istniejące narzędzia, uwzględniając element uczestnictwa.

Niniejszy rozdział dotyczy ogólnych ocen wstępnych w zakresie MHPSS. Po wyznaczeniu działań i utworzeniu zespołów konieczne może być przeprowadzenie innych ocen stosownie do realizowanych działań. Przykładowo: (a) program pozyskiwania środków utrzymania obejmujący elementy MHPSS wymaga analizy rynkowej; (b) organizacja działań twórczych wymaga mapowania potencjału twórczego i artystycznego w społeczności; oraz (c) w niektórych sytuacjach konieczna jest analiza konfliktu w celu określenia działań w zakresie MHPSS w konkretnych obszarach. Oceny te są związane z konkretnymi działaniami i zostały omówione w odpowiednich rozdziałach podręcznika.

Rysunek 6: Etapy oceny



Źródło: na podstawie WHO i UNHCR (2012).

Ocena wstępna powinna obejmować trzy główne kwestie:

- Jakie są dostępne zasoby i potencjał społeczności (zarówno dotkniętych kryzysem, jak i przyjmujących) do radzenia sobie z kryzysem i świadczenia usług MHPSS?
- Jakie są najpilniejsze potrzeby zidentyfikowane obiektywnie przez personel projektu i interesariuszy oraz te odbierane subiektywnie przez dotknięte kryzysem grupy?
- Które jednostki, grupy i podgrupy w społeczności dotkniętej kryzysem są najbardziej potrzebujące w zakresie MHPSS?

Odpowiedzi na te pytania pozwolą PMT osiągnąć cele oceny, wymienione w ramce 13.

Ramka 13

Główne cele oceny MHPSS

- Identyfikacja problemów z zakresu MHPSS spowodowanych przez kryzys, przyjętych dotąd rozwiązań, ze szczególnym uwzględnieniem osób najbardziej wrażliwych;
- Określenie zasobów społecznych, kulturowych i profesjonalnych dotkniętej kryzysem społeczności, umożliwiających reagowanie na problemy psychospołeczne i przywrócenie pewności siebie, odporności i poczucia sprawczości;
- Identyfikacja istniejących struktur, które mogą stanowić punkt odniesienia, szczególnie dla osób dotkniętych ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego, neurologicznymi oraz uzależnieniami;
- Określenie i zapewnienie specjalnej ochrony grupom wykluczonym lub stygmatyzowanym przez społeczność;
- Zgromadzenie danych bazowych, do których odnosić się będą późniejsze oceny strategii, działań, wyników i efektów programu.



3.2. CO POWINNA ROBIĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

3.2.1 Koordynacja oceny z innymi uczestniczącymi podmiotami

Ocenę i mapowanie należy skoordynować z innymi agencjami i jednostkami działającymi na danym obszarze. Są to (a) inne agencje zajmujące się działaniami z obszaru MHPSS; (b) inne organizacje humanitarne, włącznie z systemem klastrow; (c) władze lokalne oraz (d) społeczności:

- Z innymi agencjami zajmującymi się działaniami z obszaru MHPSS w danym kontekście można kontaktować się za pośrednictwem terenowej grupy technicznej MHPSS IASC, o ile takowa istnieje (patrz aneks nr 1). O ile to możliwe, ocenę i mapowanie należy skoordynować pomiędzy różnymi agencjami, aby uniknąć nakładania się działań i zwiększyć ich komplementarność.
- Należy kontaktować się z innymi organizacjami humanitarnymi, szczególnie w ramach systemu klastrow, aby ustalić, czy część informacji została zebrana lub jest gromadzona w ramach innych ocen oraz czy niektóre elementy oceny MHPSS można uwzględnić w innych prowadzonych ocenach MHPSS. Dodatkowo można kontaktować się z nimi w celu facylitacji, koordynacji i rozliczeń. W przypadku IOM działania MHPSS mogą stanowić element mapowania klastrow Koordynacji Obozu i Zarządzania Obozem oraz Displacement Tracking Matrix (patrz ramka 14), poprzez koordynację z odpowiedzialnymi za te działania osobami.
- Należy poinformować o planach władze lokalne, wyjaśniając dokładnie, czym jest i jakie są efekty partycypacyjnej (włączającej społeczności) oceny MHPSS.
- Należy angażować społeczności nie tylko w uczestnictwo, ale też w podejmowanie decyzji w ramach oceny. Jednym ze sposobów angażowania społeczności w ocenę jest ustanowienie

komitetu społecznego w ramach planowania oceny. Liczbę osób uczestniczących można zwiększyć w trakcie oceny na podstawie wyników mapowania, aby uzyskać dane i informacje zwrotne w zakresie tematu i metodologii oceny (a następnie analizy i wyników). Więcej informacji na temat tworzenia i dynamiki takiego komitetu zawiera rozdział **Współpraca ze społecznościami**.



Ramka 14

Pytania dotyczące MHPSS w Displacement Tracking Matrix

W protokołach **Displacement Tracking Matrix** można uwzględnić dwa pytania dotyczące wyłącznie obszaru MHPSS:

- (a) Czy dostępni są psychiatrzy, psychologowie, lekarze, którzy mogą leczyć osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego w Twojej społeczności?
- (b) Czy są dostępne usługi lub osoby, do których członkowie i członkinie społeczności mogą się zwrócić, jeśli nie czują się dobrze psychicznie? W przypadku gdy pojęcie "psychicznie" jest niezrozumiałe, można użyć wyrażenia lokalnego lub sformułowania "złe samopoczucie".



3.2.2 Zbieranie dostępnych informacji

Można przeprowadzić przegląd dokumentów, zdalnie i na miejscu, wyszukując, czytając i analizując prace naukowe i publikacje w tym artykule naukowe, raporty terenowe, książki i materiały agencji humanitarnych.

Jeśli dostępne są odpowiednie zasoby lub w przypadku silnego partnerstwa z odpowiednimi instytucjami, taki przegląd mogą przeprowadzić ośrodki akademickie, mobilizując w tym celu swoich studentów i studentki oraz ekspertki i ekspertów. IOM lub grupa MHPSS IASC może nawiązać współpracę z odpowiednimi instytucjami akademickimi i zlecić im przegląd. Dobrą praktykę w tym zakresie wdrożono na Haiti na krótko po trzęsieniu ziemi w 2010 roku, gdy WHO zleciła McGill University przeprowadzenie przeglądu dostępnych danych na temat koncepcji zdrowia psychicznego i usług dostępnych w kraju, który zrealizowano w ciągu kilku tygodni po tej katastrofie.

Metodologia stosowana w przeglądach została opisana w tym **artykule**.

Raport przygotowany przez McGill University w sprawie Haiti można przeczytać **tutaj**.

Podobny raport przygotowany przez IASC po trzęsieniu ziemi w Nepalu jest dostępny **tutaj**.

Przeglądy danych zawierają analizę dostępnych informacji na temat kontekstu kulturowego, społecznego, politycznego i religijnego społeczności dotkniętej kryzysem, które



mają znaczenie dla interwencji w zakresie MHPSS w danym kontekście. Ułatwia to zgromadzenie wartościowych informacji w chwili rozpoczęcia programu oraz określenie struktury dalszych ocen i procesów mapowania.

3.2.3 Mapowanie organizacji i zasobów

Mapowanie dostępnych usług, potencjału i zasobów oraz ocena potrzeb to działania uzupełniające. Skupienie się na dostępności lub braku usług uznanych za niezbędne w systemie humanitarnym może okazać się pomocne w określeniu, co jest dostępne, a czego brakuje, niekoniecznie pozwoli jednak stwierdzić, czy dostępne zasoby odpowiadają najbardziej palącym potrzebom dotkniętej kryzysem populacji i jej członków i członkiń, co stwarza ryzyko zbagatelizowania potrzeb samej społeczności. Z drugiej strony, ocena bez mapowania usług i zasobów może pomóc ustalić, co dotknięta kryzysem społeczność uważa za potrzebne, jednak nie określi, czy potrzeby te można zaspokoić za pomocą lokalnych zasobów, co może prowadzić do zignorowania zdolności społeczności do zareagowania na kryzys.

3.2.3.1 Mapowanie międzyagencyjne

Grupa Referencyjna IASC ds. MHPSS w sytuacjach kryzysowych opracowała narzędzie mapowania „4W”, które stanowi pomocny szablon umożliwiający określenie istniejących środków z zakresu MHPSS w systemie humanitarnym. Mapowanie 4W to skrót od Who is Where, When and doing What – „kto, gdzie, kiedy i co robi” – i ma na celu ustalenie dostępnych zasobów, potencjałów i usług w ramach czterech poziomów piramidy IASC dotyczącej interwencji w zakresie MHPSS (IASC, 2012).



Metodę IASC 4W opracowano dla potrzeb interwencji humanitarnych. Do użyteczne narzędzie identyfikacji geograficznych i tematycznych luk w działaniach, które pomaga również uniknąć dublowania oferty oraz sprzyja koordynacji działań organizacji humanitarnych z zakresu MHPSS. Jednak w niektórych przypadkach jego zastosowanie grozi nadmiernym skupieniem na agencjach humanitarnych,

przez co pomijane są już istniejące zasoby w obrębie społeczności, które są w danym momencie nieaktywne (ale można łatwo je przywrócić) lub też aktywne, ale niezidentyfikowane przez system humanitarny. Ponadto, uczestnictwem w mapowaniu są najbardziej zainteresowane agencje otrzymujące finansowanie z systemu humanitarnego. W tym samym czasie, gracze lokalni, otrzymujący finansowanie z innych źródeł lub działający na innych zasadach (utworzone przed kryzysem agencje rządowe, kościoły, zasoby tradycyjne, spontaniczne grupy wolontariuszy, grupy branżowe itd.), mogą być go całkowicie nieświadomi. Dlatego bardzo ważne jest, aby IOM w pełni uczestniczyła w międzyagencyjnym procesie wdrożenia metody 4W, rozszerzając zarazem zakres mapowania o zasoby społeczności, niezidentyfikowane przez system humanitarny, oraz szukała sposobów na włączenie tych zasobów i uwzględnienie ich w procesie mapowania.

Ramka 15

Zasoby

Wskazówki – gdzie szukać dodatkowych informacji:

- <https://publications.iom.int/> – księgarnia;
- www.mhps.net;
- www.reliefweb.org;
- www.who.int/hinari/fr;
- www.academia.edu;
- www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx;
- www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/;
- <https://scholar.google.com/>;
- www.humanitarianresponse.info/;
- www.interventionjournal.org;
- www.migrationhealthresearch.iom.int

Na miejscu: w terenie można korzystać z archiwów placówek akademickich, repozytoriów prac naukowych odpowiednich wydziałów, miejscowych bibliotek i innych.



W chwili rozpoczęcia kryzysu mapowanie często odbywa się z wykorzystaniem efektu kuli śnieżnej (jedna osoba przekazuje mapę innej osobie, która przekazuje ją kolejnej itd.). Dlatego należy uznać mapowanie za zadanie ciągłe, realizowane przez cały cykl programu. Ponadto mimo że na schemacie mapowanie zostało przedstawione jako krok trzeci, w praktyce może być prowadzone także równoległe do oceny potrzeb lub po jej zakończeniu.

Ramka 16

Ocena i mapowanie usług wyspecjalizowanych dla osób z poważnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego

Podczas projektowania i wdrażania interwencji ukierunkowanych na osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego mapowanie powinno skupiać się na:

- Istniejących „nieformalnych” źródłach opieki dostępnej dla osób z poważnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego na poziomie społeczności;
- Wiedzy na temat różnych źródeł dostępnej opieki;
- Postawach w stosunku do różnych źródeł opieki;
- Skłonności osób z tymi zaburzeniami do poszukiwania pomocy;
- Istniejących mechanizmach przystosowawczych, także o charakterze społecznym, kulturowym i duchowym, których skuteczność można wzmocnić,
- Wszelkich aktualnych lub wcześniejszych planach społeczności dotyczących zaspokajania potrzeb osób z poważnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego, włącznie z możliwościami, deficytami i prośbami o dodatkowe wsparcie;
- Pozyskiwaniu osób z innych podgrup społeczności (np. kobiet, młodzieży, stowarzyszeń religijnych i kulturowych), które można potencjalnie zatrudnić i przeszkolić do wspierania osób z poważnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego.

Informacje te powinny ułatwić koordynacji MHPSS IOM określenie:

- Usług, które należy od razu skierować do potrzebujących;
- Organizacji, z którymi IOM powinna współpracować w celu stopniowego budowania ich potencjału świadczenia usług;
- Możliwych przeszkód związanych z percepcją i zachowaniami ukierunkowanymi na poszukiwanie pomocy jednostek, rodzin i społeczności dotkniętych problemem.

Procesowi mapowania powinna zawsze towarzyszyć kontrola jakości i zgodności mapowanych usług z prawami człowieka (patrz rozdział **Wsparcie w ramach społeczności dla osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego**).



3.2.4 Formułowanie celów

Cele oceny są w ogromnym stopniu uzależnione od wyników przeglądu dokumentów, mandatu organizacji i faktycznych możliwości reagowania na skutki kryzysu, rozmów i informacji otrzymanych od członków i członkiń komitetu projektu, jeśli został powołany, lub "strażników" dostępu do społeczności zidentyfikowanych w trakcie procesu. Zasadniczo, jak wskazuje opracowanie IASC



Strategie wdrażania programów MHPSS w społecznościach: wytyczne (IASC, 2019a):

Ocena CB MHPSS powinna umożliwić identyfikację problemów z zakresu zdrowia psychicznego i problemów psychospołecznych, jak również określenie bezpiecznych zasobów i wysokiej jakości rozwiązań, włącznie z mechanizmami przystosowanymi na poziomie jednostki, rodziny, społeczności, grup tradycyjnych, religijnych i kulturowych, mechanizmami wsparcia socjalnego, działaniami wspólnotowymi oraz możliwościami agencji rządowych i NGO.

Istotne jest tu rozróżnienie, czy podstawowym celem oceny jest angażowanie społeczności, czy też zaplanowanie bezpośredniej interwencji. Kolejny ważny czynnik to charakter programu. Jeśli program może stanowić odpowiedź na różne wyłaniające się potrzeby przy zastosowaniu elastycznej strategii, cel może być szerszej zakrojony. Jeśli zakres programu jest ograniczony – na przykład umożliwia on jedynie zaspokojenie pilnych potrzeb w zakresie leczenia szpitalnego osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego – cel należy ograniczyć do identyfikacji kwestii związanych z tym tematem.

Przyjęcie innej strategii byłoby nieefektywne, a także uciążliwe dla społeczności, groziłoby zniechęceniem do procesu oceny i powstaniem nierealnych oczekiwań.

Na ogół w przypadku IOM pierwsza ocena MHPSS jest szerszej zakrojona, a jej celem jest zrozumienie reakcji psychologicznych ludzi – ich własnego postrzegania przyczyn leżących u podstaw tych reakcji oraz stosowanych strategii przystosowanych na poziomie jednostki, rodziny i społeczności – a także ich wyobrażenia o niezbędnych usługach.

W przypadku agencji lub misji IOM, których programy mają ograniczony zakres, cel oceny powinien być jak najbardziej szczegółowy. Należy realistycznie określić minimalny zakres niezbędnych informacji, harmonogram działania i dostępne zasoby (personel, logistyka, dostęp),

aby osiągnąć założony cel (**ICRC and IFRC, 2008:25–39**).



3.2.5 Przygotowanie

W tej fazie należy podjąć szereg decyzji i działań w związku z oceną. Zostały one pokrótce opisane poniżej.

3.2.5.1 Wybór metodologii i narzędzi

Metodologia powinna bazować na następujących elementach:

- Cele;
- Zakres programu;
- Dostępność czasu;
- Dostępność zasobów finansowych;
- Dostępność zasobów ludzkich;
- Logika interwencji.

Zasadniczo metodologia oceny określa stopień, w jakim uczestnicy i uczestniczki, a zatem społeczności mogą swobodnie wyrażać pomysły, co jest kluczowym aspektem strategii wspólnotowych i uczestniczących. Dostępne narzędzia są zróżnicowane pod względem swobody ekspresji i/ lub wyrażania opinii przez osoby uczestniczące. W tym kontekście należy rozróżnić co najmniej cztery metody:

- Metoda nomotetyczna bazująca na typach lub kategoriach: metoda nomotetyczna prowadzi do przeprowadzenia oceny na bazie zdefiniowanych uprzednio kategorii. Na przykład: ile osób pasuje do danej kategorii lub potrzeby, którą ma zidentyfikować ocena?
- Metoda ideograficzna, której celem jest zrozumienie znaczenia i percepcji zjawisk kulturowych lub subiektywnych: metoda ta umożliwia uczestnikom i uczestniczkom wyrażenie tego, co jest dla nich najważniejsze i ujmuje ich wypowiedzi w spójną strukturę. Wyniki mogą być kategoryzowane, ale kategorie nie są z góry określone. Definiuje się je na podstawie wyników oceny.
- Metoda ilościowa, która umożliwia zgromadzenie danych o częstości występowania, liczby osób potrzebujących konkretnych usług itd.

- Metoda jakościowa, która pozwala uzyskać wnioski na temat analizowanych zagadnień oraz pojęcie na temat tego, jak postrzegają te zagadnienia osoby uczestniczące.

Listy kontrolne i pytania zamknięte (tak/nie) to narzędzia ilościowe należące do zakresu metody nomotetycznej. Częściowo ustrukturalizowane wywiady z pytaniami otwartymi, studia przypadku, dyskusje grupowe i oceny na bazie dzieł sztuki to narzędzia jakościowe wchodzące w zakres metody ideograficznej. Mimo że metoda jakościowa i ideograficzna może zostać uznana za metodę bardziej zakorzenioną w społeczności, ponieważ pozwala osobom uczestniczącym wypowiadać się swobodniej oraz ustalić dostępność zasobów na podstawie ich wypowiedzi, analiza danych uzyskanych taką metodą może okazać się trudna lub w większym stopniu uzależniona od punktu widzenia badacza lub badaczki. Może także skutkować wynikami, które nie będą ściśle związane z rodzajem programu, jaki organizacja jest w stanie zrealizować. Tabela nr 1 przedstawia szereg komplementarnych informacji uzyskanych przy pomocy różnych metodologii.

Metoda ilościowa i nomotetyczna daje prawidłowe, dokładne wyniki, które jednak mogą bazować na kategoriach niekoniecznie najistotniejszych dla społeczności. Pozwala wyodrębnić zasoby, które są dostępne z punktu widzenia osób uczestniczących, ale niekoniecznie dostępne najłatwiej i najistotniejsze, oraz ogranicza zakres oceny do niewielkiej liczby określonych z góry elementów.

Bez względu na wybraną metodę ilość pytań należy ograniczyć tak, aby gromadzić wyłącznie informacje niezbędne dla zaplanowania skutecznego projektu. Należy skupić się na jakości, nie ilości informacji, aby uniknąć narażenia społeczności na zbyt długie badania i zmaksymalizować zasoby.

WHO i UNHCR opracowały zestaw narzędzi i metod oceny, które można stosować w sytuacjach nagłych; bazują one głównie na metodzie ilościowej i nomotetycznej, jednak z pewnymi istotnymi wyjątkami, jak choćby ostatnie trzy narzędzia – 10, 11 i 12 (**WHO i UNHCR, 2012:63–77**).

Kolejnym istotnym źródłem użytecznych procedur i narzędzi oceny MHPSS jest dokument *Wytyczne Grupy Referencyjnej IASC w zakresie oceny zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego* (IASC, 2013). **Istotne dla celów niniejszego podręcznika w zakresie CB MHPSS są dwa aneksy dotyczące oceny uczestniczącej (ibid.:15-26).**

Dobrym kompendium narzędzi oceny, z którego można korzystać w ramach angażowania społeczności (patrz także rozdział *Współpraca ze społecznościami*), jest zestaw narzędzi *Inkluzywne angażowanie społeczności* autorstwa Capire Consulting Group (**Capire Consulting Group, 2016**).

Rys. 7, zaczerpnięty z *trójkąta zaangażowania* Capire Consulting Group (**Capire Consulting Group, 2015**), przedstawia różne narzędzia ocen, które można wykorzystać w sytuacji kryzysu humanitarnego: wywiady, kwestionariusze osobowe, wywiady z przypadkowymi osobami, briefingi, spotkania, grupy fokusowe, grupy konsultacyjne, rady obywatelskie, swobodne dyskusje, warsztaty, badania terenowe i fora dyskusyjne. Wskazano też, które narzędzia są zalecane (✓) oraz szczególnie zalecane (★) dla każdego z celów oceny.



Rysunek 7: Schemat doboru narzędzi dla poszczególnych celów oceny Capire Consulting Group

W trójkącie zaangażowania zmapowano szereg narzędzi i technik na podstawie celu zaangażowania społeczności. Narzędzia te są jedynie środkami, które mają ułatwić zaangażowanie społeczności. Treść i sposób realizacji działania należy dostosować indywidualnie do projektu. Uwaga: Niniejsza próbka narzędzi i technik bazuje na najnowszych projektach i doświadczeniach Capire.

	Mała grupa											
	Jednoosobowe									Duża grupa		
	Wywiady	Kwestionariusze osobowe	Wywiady z przypadkowymi osobami	Briefing	Spotkanie	Grupa fokusowa	Grupa konsultacyjna	Rada obywatelska	Swobodna dyskusja	Warsztaty	Badanie terenowe	Forum dyskusyjne
1 Podejmowanie decyzji	★	✓	✓		✓	★	✓	★		✓		★
2 Po pierwsze podjęcie decyzji, po drugie rozwój potencjału	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	★		✓
3 Po pierwsze podjęcie decyzji, po drugie umocnienie relacji	✓		★	★	✓	✓	✓	✓	★	✓	✓	✓
4 Rozwijanie potencjału				✓							✓	
5 Po pierwsze rozwój potencjału, po drugie podjęcie decyzji	✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
6 Po pierwsze rozwój potencjału, po drugie umacnianie relacji				★								
7 Umacnianie relacji									✓		✓	
8 Po pierwsze umacnianie relacji, po drugie rozwój potencjału				✓	✓				★		★	
9 Po pierwsze umacnianie relacji, po drugie podjęcie decyzji	✓		✓		★		★	✓		★		✓
10 Podjęcie decyzji, rozwój potencjału i wzmocnienie relacji	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓

Źródło: na podstawie Capire Consulting Group (2015).



Tabela nr 1: Metoda nomotetyczna/ideograficzna – różnice praktyczne

NOMOTETYCZNA – ILOŚCIOWA	IDEOGRAFICZNA – JAKOŚCIOWA
<p>Temat: Wyodrębnienie osób, które definiują się jako obciążone stresem lub silnym stresem psychicznym i zaznaczają „złość” jako najczęściej nawracające uczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni.</p> <p>Pytanie kluczowe: W jakim stopniu zdefiniował(a)by się Pan(i) jako osobę cierpiącą z powodu stresu psychicznego w skali od 1 do 5 i ile razy gniew był w Pana(-i) przypadku dominującym uczuciem w ciągu ostatnich dwóch tygodni?</p>	<p>Temat: Wyodrębnienie u dotkniętych kryzysem społeczności głównych emocji i stanów emocji w trakcie kryzysu, ryzykownej podróży, przymusowego przesiedlenia, wysiedlenia, detencji (o ile wystąpiła).</p> <p>Pytanie kluczowe: Czy może Pan(i) opisać Pana(-i) główne uczucia i emocje w różnych okresach: w chwili rozpoczęcia kryzysu, w trakcie podróży do obozu/ ośrodka, obecnie, po znalezieniu się w bezpieczniejszym miejscu?</p>
<p>Temat: Lista zasobów z zakresu zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego (lekarze, kliniki, szpitale) dostępnych w obozach, ośrodkach i społecznościach przyjmujących.</p> <p>Pytanie kluczowe: Jacy psychologowie i psychiatry są dostępni i z których placówek medycznych może Pan(i) skorzystać w razie potrzeby?</p>	<p>Temat: Wyodrębnienie przez społeczność dotkniętą kryzysem głównych czynników wsparcia emocjonalnego, duchowego, medycznego i religijnego w społecznościach.</p> <p>Pytanie kluczowe: Do kogo w rodzinie lub sąsiedztwie zwraca się Pan(i) po wsparcie emocjonalne, z kim chce Pan(i) podzielić się negatywnymi emocjami i u kogo szuka Pan(i) pomocy medycznej?</p>
<p>Temat: Liczba osób wykazujących łagodne do umiarkowanych objawy depresji w związku z przesiedleniem i wymuszoną migracją.</p> <p>Pytanie kluczowe: Ile osób doświadczyło objawów depresji (myśli, postawy, zachowania) w związku z kryzysem, podróżą lub przesiedleniem?</p>	<p>Temat: Opis zdarzeń, które sprawiają, że mieszkańcy i mieszkanki obozów i ośrodków recepcyjnych odczuwają smutek, melancholię, apatię lub brak nadziei.</p> <p>Pytanie kluczowe: Czy pamięta Pan(i) sytuacje, miejsca, osoby lub rozmowy, które sprawiły, że poczuł(a) Pan(i) smutek lub niepokój z powodu zachwiania równowagi emocjonalnej w obozie/ośrodku?</p>
<p>Temat: Liczba osób, które doświadczyły tortur, GBV i przemocy domowej mieszkających w obozach i społecznościach przyjmujących.</p> <p>Pytanie kluczowe: Ile osób doświadczyło przemocy lub (faktycznie bądź potencjalnie) doświadczyło nadużyć w swojej rodzinie w obozie/ośrodku?</p>	<p>Temat: Określenie przez społeczność dotkniętą kryzysem czynników bezradności, agresywnej komunikacji i negatywnych kodów społecznych, które wpływają na osoby, które doświadczyły przemocy, kobiety i dzieci dotknięte przesiedleniem.</p> <p>Pytanie kluczowe: Jakiego Pana(-i) zdaniem są najbardziej obraźliwe zachowania, słowa i postawy wobec osób, które doświadczyły przemocy, a które mogą zachwiać ich poczuciem bezpieczeństwa?</p>
<p>Temat: Liczba rodzin, w których co najmniej jedna osoba ma niepełnosprawność i może doświadczać przeszkód dla pełnego uczestnictwa w życiu rodzinnym i społecznym.</p> <p>Pytanie kluczowe: W ilu rodzinach są osoby z niepełnosprawnością? Z jakimi przeszkodami muszą sobie radzić te osoby?</p>	<p>Temat: Opis przeszkód i sposobów radzenia sobie z nimi przez osoby z niepełnosprawnością dążące do uzyskania wsparcia.</p> <p>Pytanie kluczowe: Do jakich usług wsparcia ma Pan(i) dostęp? Z jakimi wyzwaniem się Pan(i) spotyka i jak pokonuje Pan(i) te wyzwania, dążąc do uzyskania wsparcia?</p>
<p>Temat: Lista najważniejszych rytuałów religijnych, świąt obywatelskich rodzinnych celebrowanych przez społeczności dotknięte kryzysem i/lub ich podgrupy.</p> <p>Pytanie kluczowe: Jakie są najważniejsze święta religijne i uroczystości publiczne dla społeczności dotkniętej kryzysem lub określonych podgrup/ rodzin?</p>	<p>Temat: Określenie przez społeczności dotknięte kryzysem praktyk zbiorowych i rodzinnych, które dają jej poczucie przynależności i bezpieczeństwa osobom dzielącym praktyki kulturowe, takie jak przekonania duchowe, estetyka, sztuka i rzemiosło, gotowanie.</p> <p>Pytanie kluczowe: Jakie święta religijne, rytuały, uroczystości publiczne lub spotkania towarzyskie, działania artystyczne lub obowiązki domowe najbardziej Pan(i) lubi i dlaczego?</p>

W sytuacjach kryzysowych IOM stosuje zwykle



Procedurę Szybkiej Oceny MHPSS – zestaw narzędzi zawierający elementy ilościowe (ankiety), jakościowe (wywiady) oraz obserwacje. Protokół i metodologia mogą być:

- Bardzo proste, w przypadku ocen przeprowadzanych bezpośrednio po wystąpieniu kryzysu lub przesiedlenia w sytuacji niedoboru zasobów (**patrz np. IOM, 2014**).
- Bardziej rozbudowane, np. w sytuacjach przedłużającego się przesiedlenia lub jeśli możliwe jest powołanie ekspertów i ekspertek do przeprowadzania wywiadów (**patrz np. IOM, 2010c**).



W każdym przypadku najlepszy model postępowania zakłada, że osoba koordynująca program MHPSS i jej zespół dostosowują metody i narzędzia oceny do kontekstu, biorąc pod uwagę wyżej wymienione zasoby (lub inne), i wybierają te, które pasują do kontekstu, bazują na zaangażowaniu społeczności, są wykonalne w określonym czasie i z wykorzystaniem dostępnych zasobów oraz są adekwatne do zakresu i rodzaju programu, który agencja jest w stanie zrealizować. Ponadto narzędzia – w szczególności ideograficzne – można przekształcać, dodając lub usuwając poszczególne elementy. Przykładowo każde z narzędzi w zestawie oceny MHPSS IOM należy traktować nie jako ostateczne, ale jako listę pytań i propozycji, którą można skrócić, rozszerzyć lub zmodyfikować pod względem znaczenia stosownie do okoliczności. Ponadto, bez względu na rodzaj zastosowanych narzędzi i metod, powinny one być dostosowane do kontekstu, jak i do języka osób uczestniczących, ich kontekstu kulturowego oraz do okoliczności kryzysu. Proces ten powinien bazować na współpracy zespołu międzynarodowego IOM, zespołu krajowego IOM prowadzącego ocenę oraz komitetu projektowego lub wyłonionych na tym etapie przedstawicieli i przedstawicielek społeczności. Można także przeprowadzić analizę kontekstową dla lepszego zrozumienia aspektów społecznych, politycznych, kulturowych i gospodarczych zmieniającego się środowiska, w którym żyje populacja dotknięta kryzysem.

Ramka 17

Ocena występowania zaburzeń zdrowia psychicznego: środki ostrożności

Rozróżnienie pomiędzy nienormalną „patologią” i naturalną reakcją emocjonalną na nienormalne zdarzenie jest wyzwaniem o charakterze globalnym. Badania epidemiologiczne na dużą skalę, zwłaszcza te, które nie zostały poddane walidacji kulturowej, mogą nie wystarczyć dla uchwycenia tego rozróżnienia – np. problemy ze snem mogą być „objawem” lub też spodziewaną reakcją na zdarzenie lub czynnik stresogenny. Może to oznaczać, że liczba zaburzeń zostanie przeszacowana, w przypadku gdy pomylimy zgłaszane reakcje stanowiące adaptację do niekorzystnych warunków z objawami patologicznymi.

Badanie częstości występowania zaburzeń zdrowia psychicznego należy rozpocząć od etnograficznego zrozumienia doświadczeń ludzi i różnorodnych społecznie i kulturowo sposobów wyrażania bólu, aby opracować całościowe i precyzyjne opisy. Są to m.in.:

- Ramy kulturowe zaburzeń zdrowia psychicznego i związane z nimi systemy przekonań;
- Postawy społeczności wobec zaburzeń zdrowia psychicznego i ich znaczenie;
- Istotne informacje na temat struktur społecznych, kulturowych, religijnych, gospodarczych i politycznych i cechującej ich dynamiki (np. kwestie sporne, podziały etniczne/klasowe, postawy indywidualistyczne/kolektywistyczne);
- Informacje etnograficzne na temat istotnych norm i praktyk społeczno-kulturowych;
- Zrozumienie wpływu kontekstu kryzysu na powyższe.

Dodatkowo kwestionariusze diagnostyczne (zaburzeń zdrowia psychicznego) należy poddać walidacji, pamiętając przy tym, że wywiad kliniczny daje lepsze rezultaty od list kontrolnych i samodzielnie wypełnianych ankiet. W istocie, jeśli ankiety zostaną jedynie przetłumaczone, a nie poddane walidacji i przeprowadzone przez osoby, które nie są specjalistami (w dziedzinie zdrowia psychicznego), wyniki mogą okazać się mylące. Należy przy tym zauważyć, że oceny nie są tym samym, co badanie epidemiologiczne, zaś gromadzenie informacji na temat częstości występowania zaburzeń zdrowia psychicznego jest rzadko wykonalne lub użyteczne w ramach oceny występniej.

3.2.5.2 Wybór grup docelowych i respondentów/ respondentek

Ocenę uczestniczącą przeprowadza się z udziałem różnych przedstawicieli i przedstawicielek populacji, aby zrozumieć konkretne potrzeby, zasoby, możliwości i propozycje oraz przetestować prawdziwość dostępnych informacji.

Zestaw narzędzi IOM zawiera specjalne zestawy pytań dla interesariuszy krajowych, międzynarodowych i lokalnych/ wspólnotowych, jak również dotkniętych kryzysem rodzin. Inne narzędzia w zestawie WHO-UNHCR (WHO i UNHCR, 2012) mogą posłużyć do pracy z jednostkami lub grupami dotkniętymi kryzysem. W każdym przypadku osoby uczestniczące można dobrać losowo i, w zależności od przyjętego celu, należy zapewnić odpowiedni udział mężczyzn i kobiet, osób w różnym wieku, przedstawicieli i przedstawicielek różnych grup etniczno-religijnych, społeczno-ekonomicznych i kulturowych, w tym różnych grup migranckich, stosownie do okoliczności. Aby zapewnić reprezentację odpowiednich społeczności i podgrup, można także zastosować metodę doboru celowego (patrz ramka 18). Dobrą metodą jest także strategia łączona, w ramach której osoby uczestniczące dobiera się losowo, określając jednak minimalną i maksymalną proporcję przedstawicieli i przedstawicielek poszczególnych grup.

Ramka 18

Dobór celowy

„Dobór celowy (zwany także doborem arbitralnym, selektywnym lub subiektywnym) to technika dobierania próby, w ramach której badacz lub badaczka polega na własnej ocenie przy doborze osób, które mają wziąć udział w badaniu (...). Metoda doboru celowego może okazać się skuteczna w sytuacji, gdy tylko ograniczona liczba osób może posłużyć jako podstawowe źródło danych ze względu na strukturę badania i jego cele. Przykładowo w badaniu, w którym analizuje się wpływ tragedii osobistej, np. utraty rodziny, na wyniki kierownictwa wyższego szczebla, badacz lub badaczka może według własnego uznania dobrać menadżerów i menadżerki uczestniczące w wywiadach pogłębionych”. Definicja pochodzi ze strony internetowej Research Methodology, jest dostępna [tutaj](#).

Należy wziąć pod uwagę język i kulturę. Konieczne może okazać się opracowanie leksykonu słów, wyrażeń i terminów dostosowanych do percepcji, praktyk kulturowych i systemów przekonań populacji dotkniętej kryzysem. Na przykład, jeśli mówimy o uczuciach, nie wiedząc, że słowo „uczucie” w danym języku odnosi się wyłącznie do odczuć zmysłowych/ fizycznych, istnieje ryzyko błędnej oceny zgromadzonych informacji, co ma daleko idące skutki dla interwencji.



3.2.5.3 Dobór osób przeprowadzających ocenę

Należy wybrać zespół, który będzie przeprowadzał ocenę. Jego liczebność powinna uwzględniać liczbę ośrodków i odległość między nimi, wielkość badanej próby, lokalizację, ramy czasowe i budżet. Dobierając personel do przeprowadzania oceny, należy uwzględnić poniższe aspekty:

- **Wiedza techniczna:** Upewnij się, że zespół lub osoby uczestniczące w ocenie posiadają odpowiednie doświadczenie i zdolności.
- **Cechy charakteru:** Dobre umiejętności komunikacyjne, umiejętność empatycznego słuchania, podstawowe zdolności w zakresie przekazywania informacji.
- **Kontekst:** W sytuacji idealnej zespół oceniający powinien składać się z członków i członkiń społeczności przyjmującej i przesiedlonej, a przynajmniej ze specjalistów i specjalistek, znających kontekst lokalny i język używany w regionie, którego dotyczy ocena. Jeśli nie jest to możliwe, w wywiadach powinien uczestniczyć co najmniej kulturowy mediator/mediatorka lub tłumacz/tłumaczka.
- **Zaangażowanie społeczności:** Upewnij się, że społeczności zostały zaangażowane w proces, a ich członkowie i członkinie zostali powołani do zespołu oceniającego. Więcej informacji na temat doboru zespołów zawiera rozdział **Mobilne zespoły wsparcia psychospołecznego**.



W zależności od kontekstu można oczekiwać, że każda osoba w zespole przeprowadzi dziennie 3 do 4 wywiadów indywidualnych lub 2 do 3 grupy fokusowe oraz sporządzi raporty.

3.2.5.4 Szkolenie osób przeprowadzających ocenę

Przed rozpoczęciem oceny wszystkie osoby, które będą ją przeprowadzać, należy przeszkolić w następującym zakresie:

- Przeprowadzanie wywiadów i umiejętność komunikacji;
- Umiejętność sporządzania dokumentacji;
- Umiejętności analityczne i rozwiązywanie problemów;

- Wiedza na temat podstawowych problemów z zakresu zdrowia psychicznego i zagadnień psychospołecznych;
- Zasady etyki, poufność i świadoma zgoda;
- Pierwsza pomoc psychologiczna (PFA) dla respondentów i respondentek w razie potrzeby;
- Zarządzanie określonymi narzędziami stosowanymi w procesie oceny, w tym wykorzystanie pytań z zestawu Washington Group w celu rozróżnienia danych dla poszczególnych typów zaburzeń. Sprawdź, **Jak zadawać pytania z zestawu Washington Group**.



W sytuacjach kryzysowych, gdy protokoły przygotowuje się w pośpiechu, szkolenie może obejmować warsztaty mające na celu omówienie i zmodyfikowanie protokołów oceny na podstawie informacji zwrotnych otrzymanych przez badaczy i badaczki pod względem ich adekwatności, słownictwa, aspektów kulturowych i ewentualnych elementów stygmatyzujących. Niekiedy część pozycji należy usunąć, ponieważ nie są zrozumiałe dla zespołu.

Istotnym elementem szkolenia jest ciągły nadzór i wsparcie w trakcie gromadzenia danych (patrz rozdział **Nadzór merytoryczny**). Szkolenie powinno trwać co najmniej trzy dni, a maksymalnie pięć.



3.2.6 Gromadzenie danych

Metodologia właściwego gromadzenia danych, o ile jest to możliwe, powinna obejmować następujące punkty:

- Czytanie analiz sytuacyjnych pochodzących z co najmniej trzech punktów widzenia, włącznie z zewnętrznym i społecznościowym (triangulacja danych), podczas przeprowadzania wywiadów z kluczowymi osobami oraz gromadzenia spostrzeżeń na miejscu;
- Spotkania z przywódcami i przywódczyniami społecznościowymi i religijnymi, interesariuszami, nauczycielami i nauczycielkami, personelem opieki zdrowotnej, dyskusje w grupach fokusowych z członkami i członkiniami społeczności dotkniętymi zaburzeniami zdrowia psychicznego, zaburzeniami neurologicznymi i uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, a także osobami z niepełnosprawnościami oraz ich rodzinami;

- Korzystanie z różnych pomocy wizualnych (zdjęcia, rysunki, emotikony) i interaktywnych (ranking uczestniczący, głosowania, aktywność fizyczna), aby umożliwić aktywny udział także dzieciom i osobom z niższym wykształceniem;
- Konsultacje w ramach społeczności, które powinny mieć formę częściowo ustrukturalizowanych wywiadów, umożliwiające zdobycie pełnego zakresu danych jakościowych;
- Ćwiczenia z zakresu mapowania uczestniczącego, których celem jest identyfikacja istniejących usług MHPSS oraz zasobów ludzkich (przesiedlony personel opieki zdrowotnej, nauczyciele i nauczycielki, trenerzy i trenerki), które należy przeprowadzić na tym etapie oraz schematy sieci społecznych, które należy rysować w obozach, ośrodkach przejściowych i obszarach przyjmujących osoby przesiedlone wewnętrznie, uchodźców/ uchodźczynie i migrantów/ migrantki.

Istotne jest poinformowanie uczestników i uczestniczek dyskusji oraz liderów i liderów, że gromadzenie danych jest elementem procesu szkolenia i może zostać powtórzone na kolejnym etapie. Sposób gromadzenia danych będzie różnił się w zależności od przyjętej metodologii.

Należy pamiętać, że gromadzenie danych ma przede wszystkim przebiegać zgodnie z zasadami etyki i standardami uczestnictwa określonymi w *Wytycznych Stałego Komitetu Międzyagencyjnego (IASC) w obszarze MHPSS w sytuacjach kryzysowych (IASC, 2007:8)*. W związku z tym należy obowiązkowo zapewnić poufność gromadzonych danych, zagwarantować osobom uczestniczącym anonimowość oraz działać w oparciu o dobrowolność uczestnictwa i świadome zgody. Proces zostanie zrealizowany w krótkim czasie ze względu na dużą zmienność uwarunkowań w sytuacji kryzysowej, a także w celu szybkiego wdrożenia programu.

Badacze i badaczki będą na ogół przydzielani do poszczególnych sektorów obozu lub do obszaru, a każdy zespół będzie składał się z osób różnej płci, aby umożliwić badanym wskazanie preferencji odnośnie do płci badacza lub badaczki. W razie potrzeby należy zapewnić wsparcie tłumacza lub tłumaczki i mediatora lub mediatorki kulturowego. Biorąc pod uwagę, że osoby uczestniczące mogą mieć różnorodne potrzeby, należy unikać zbyt długich wywiadów. W niektórych sytuacjach lepiej



jest zorganizować kilka spotkań w celu przeprowadzenia wywiadu zamiast jednego, które byłoby bardzo długie.

Szczególnie w sytuacji, gdy ocena uwzględnia aspekty kliniczne, należy opracować system skierowań przed przeprowadzeniem oceny. Ponadto proces gromadzenia danych powinien być wrażliwy na konflikty i w minimalny sposób zakłócać strukturę społeczności w związku ze sposobem zbierania danych. Najlepiej, aby aspekty te zostały ocenione i zweryfikowane przez komitet i zespół projektowy, jak również kierownictwo obozu i inne władze lokalne.

Do kluczowych elementów, które należy brać pod uwagę w kontekście podejścia opartego na społeczności, należą:

- Wrażliwość kulturowa, różnorodność płci i inkluzywność: np. omawianie kwestii przemocy seksualnej z kobietą w grupie mieszanej może skutkować jej ukaraniem lub wykluczeniem po spotkaniu. Na innym poziomie, jeśli narzędzie jest adresowane do rodziny jako grupy, mężczyzna może przyjąć rolę nadrzędną, przez co konieczne może okazać się zorganizowanie grup fokusowych z udziałem kobiet i osób młodszych, aby zrównoważyć pozyskane informacje;
- Relacje władzy: osoby, które mają władzę, mogą wykorzystywać ją w celu kontrolowania tego, co mówią inni, a osoby uczestniczące mogą stosować autocenzurę w ich obecności;
- Wszystkie osoby uczestniczące w ocenie mają pewne uprzedzenia, co może prowadzić do marginalizacji odmiennych poglądów określonych grup, dlatego należy stale zwracać uwagę na możliwość stygmatyzacji oraz pojawiania się uprzedzeń w stosunku do poszczególnych grup, włącznie ze społecznością niosącą pomoc humanitarną;
- Grupa fokusowa nie zawsze sprzyja wyłonieniu najbardziej palących potrzeb całej populacji dotkniętej kryzysem, ponieważ niektóre osoby mogą zmonopolizować dyskusję, zwłaszcza jeśli dotyczy ona kwestii drażliwych. Pomocne może okazać się wyłączenie takiej osoby z dynamiki grupy i przeprowadzenie z nią indywidualnej

rozmowy z uwagi na posiadane przez nią informacje i formułowane opinie.

Ramka 19

Struktura władzy

W realizacji podejścia opartego na społeczności kluczowe znaczenie ma świadomość roli, jaką odgrywają w społeczności struktury władzy, dlatego należy propagować równoległe wywiady lub grupy fokusowe z pojedynczymi osobami lub niewielkimi grupami, ponieważ omawianie niektórych zagadnień w dużych grupach może być niewłaściwe. Ogromnie ważne jest stworzenie przestrzeni, w której ludzie będą mogli rozmawiać otwarcie. Dzielenie grup według płci i wieku może okazać się użyteczne dla potrzeb oceny, jednak uwzględnienie dynamiki społecznej, religijnej i kulturowej w danym kontekście kryzysowym umożliwia usłyszenie wszystkich głosów i zidentyfikowania potrzeb, problemów i zasobów wszystkich osób uczestniczących, co wzbogaca uzyskane wyniki, jak w poniższym przykładzie:

Zapytaj młodych mężczyzn, co ich zdaniem jest najważniejszym problemem kobiet w ich społeczności. Równoległe niech kobiety omawiają ważne dla siebie zagadnienia w małej grupie. Gdy wszyscy ponownie się spotykają, mężczyźni mają możliwość podzielenia się swoimi przemyśleniami na temat tego, co kobiety uznają za ważne w swoim życiu. Z reguły ich przekonania są mylne, co wywołuje śmiech uczestników i uczestniczek. Role ulegają odwróceniu – każdy ma szansę się przekonać, że się myli i pośmiać się. To daje poczucie, że śmiejemy się razem z innymi, a nie z nich (Sliep, 2009:16).

Takie refleksyjne ćwiczenie może zostać przeprowadzone tylko we wczesnej fazie spotkania i przez doświadczonych prowadzących. Może ono okazać się całkowicie nieadekwatne lub bezużyteczne w społecznościach, w których kobietom nie wolno osądzać **mężczyzn** lub w których nie mają one tego w zwyczaju.



3.2.7 Analiza danych i dyskusja z interesariuszami

Procedura analizy danych jest też w dużej mierze uzależniona od przyjętej metodologii angażowania społeczności i gromadzenia informacji. Narzędzia ideograficzne i jakościowe są zwykle trudniejsze do odczytania w porównaniu z nomotetycznymi narzędziami ilościowymi. Procedury analizy danych oraz niezbędne zasoby należy uwzględnić od początkowego etapu projektowania oceny (patrz rys. 8).

Rysunek 8: Analiza danych

Analiza danych przy pomocy nomotetycznego narzędzia ilościowego:	Analiza sieci społecznej, analiza klastrow, analiza trendów, opisowa analiza statystyczna, analiza wystąpień i częstości, regresji i korelacji.
Analiza danych przy pomocy ideograficznego narzędzia jakościowego:	Analiza dyskursu, analiza narracji, analiza treści, analiza ugruntowana (tematy, kategorie i kodeksy), analiza ramowa.
Analiza danych przy pomocy metody mieszanej:	Analiza komplementarna, analiza porównawcza, analiza kontekstowa, analiza inferencyjna.

Analiza wstępna oraz wyniki pogrupowane należy zaprezentować przedstawicielom i przedstawicielkom społeczności i omówić je z nimi w najszerszym możliwym zakresie, używając pomocy wizualnych takich jak rysunki, wykresy i zdjęcia. W spotkaniach mogą uczestniczyć:

- Zespół oceniający, w skład którego wchodzi eksperci i ekspertki oraz aktywistki i aktywiści ze społeczności dotkniętej kryzysem;
- Komitet projektowy lub odpowiedni interesariusze (w tym co najmniej osoby, z którymi przeprowadzono wywiady);
- Liderki i liderzy lokalni oraz przedstawiciele i przedstawicielki populacji dotkniętych kryzysem, w tym reprezentujący najbardziej wrażliwe grupy.

Dzięki temu interpretacja wyników może być bardziej spójna z punktem widzenia społeczności i możemy uniknąć nieporozumień. Ten proces analityczny w strategii angażowania społeczności ma także na celu identyfikację lokalnych zasobów, które należy uwzględnić w fazie wdrażania, a także monitorowania i ewaluacji końcowej.

W ramach szybkiej oceny MHPSS IOM wyniki są prezentowane na podstawie siatki skutków Renosa Papadoulousa. Patrz [tutaj](#).

Aby poznać szerszy kontekst, zapoznaj się z pełnym badaniem [tutaj](#). Informacje na temat nowszego badania z wykorzystaniem zbliżonego, lecz uproszczonego modelu zawiera ocena MHPSS przeprowadzona w Sudanie Południowym w roku 2014, [dostępna tutaj](#).



3.2.8 Dyskusja i upowszechnianie

Wyniki oraz analizę danych należy omówić ze wszystkimi zainteresowanymi: NGO, agencjami rządowymi, przedstawicielami i przedstawicielkami społeczności i poszczególnych podgrup. Po takiej dyskusji wyniki i analiza danych powinny umożliwić określenie potrzeb i dostępnych zasobów oraz sformułowanie zaleceń programowych, włącznie z oceną przeszkód, błędnych założeń oraz wszelkich problemów w zakresie wiarygodności związanych z oceną.

Wyniki (np. raport, podsumowanie i/lub prezentację) należy udostępnić w języku lokalnym, w sposób adekwatny pod względem kulturowym, jeśli jest to możliwe. Dla celów niniejszego podręcznika wyniki oceny i zalecenia należy przekazać do systemu IASC, szczególnie jeśli pojawią się rekomendacje dla innych sektorów w zakresie MHPSS, udostępnić je partnerom akademickim, a także za pośrednictwem wyodrębnionych „strażników dostępu” i komitetu projektowego. „Strażnicy dostępu” i komitet projektowy mogą opisać wyniki i zalecenia członkom i członkiniom swojej społeczności oraz jej podgrup w celu (re)aktywacji zasobów indywidualnych i zbiorowych, co pozwoli ograniczyć ryzyko „wyczerpanej bezradności” powstałej w wyniku problemów zidentyfikowanych podczas oceny.

→ 3.3. WYZWANIA I WZGLĘDY SZCZEGÓLNE

Z fazą oceny w sytuacji kryzysowej wiążą się liczne wyzwania:

- Problematiczne może okazać się dotarcie do odległych terenów, które silnie ucierpiały w wyniku kryzysu, aby umożliwić wszystkim podgrupom społeczności (wyróżnionym ze względu na

status społeczny, etniczno-religijny, polityczny) reprezentację w zespole oceniającym, jak i w badanych populacjach (w tym osobom starszym, kobietom, mężczyznom, młodzieży, dzieciom, osobom z zaburzeniami zdrowia psychicznego i/lub z niepełnosprawnościami). Zaangażowanie społeczności i współpraca z partnerami mogą zmniejszyć skalę tego problemu.

- Oceny mogą zrodzić fałszywe oczekiwania społeczności. Konieczne jest poinformowanie jej członków i członkinie o celach oceny z góry i w sposób uczciwy.
- Przeszkolenie osób ze społeczności zgodnie ze standardami jakości, bezpieczeństwa, wrażliwości kulturowej i etyki podczas gromadzenia danych może okazać się wyzwaniem w związku z ograniczeniami czasowymi.
- Analiza danych często bywa wyzwaniem w związku z brakiem wiedzy zespołów MHPSS z zakresu statystyki. Istotne jest dobranie celów oceny, jak również metodologii na podstawie dostępnego potencjału analitycznego; w przeciwnym razie wiele wysiłku może pójść na marne z powodu niemożności przeprowadzenia wartościowej analizy zgromadzonych danych.
- Trudne może okazać się gromadzenie danych wrażliwych, np. dotyczących naruszeń praw człowieka; należy zapewnić poufność tych danych (**UNFPA, 2014**).
- Narzędzia mają swoje ograniczenia, co opisano w niniejszym rozdziale.

Odstąpienie od oceny może nastąpić m.in. z następujących przyczyn:

- Jeśli przeprowadzenie oceny potrzeb naraża osoby gromadzące dane na niebezpieczeństwo lub jest szkodliwe;
- Jeśli grupa czuje się nadmiernie oceniana i przejawia wrogą postawę wobec badaczy i badaczek.



Tabela nr 2: Co należy robić, a czego nie


Należy	Nie należy
Przestrzegać zasad etycznych i standardów ochrony	Krzywdzić
Gromadzić wyłącznie informacje przydatne do celów interwencji	Gromadzić informacji, które nie mają wpływu na decyzje w ramach programu
Koordinować oceny ze wszystkimi interesariuszami	Gromadzić informacji bez angażowania innych
Angażować dotknięte kryzysem grupy w projektowanie, analizę i podejmowanie decyzji	Ignorować perspektywy osób dotkniętych kryzysem humanitarnym
Oceniać problemy i zasoby	Skupiać się jedynie na problemach
Zadbać, aby narzędzia oceny były adekwatne kulturowo	Bezmyślnie stosować tych samych narzędzi oceny w różnych kontekstach kulturowych
Dostosować każdą ocenę do sytuacji oraz do fazy kryzysu	Stosować ustandaryzowanych pakietów ocen
Sprawdzić przed oceną, co już wiadomo o danym miejscu	Od razu przystępować do gromadzenia danych
Uwzględnić różne grupy wiekowe, płciowe, etniczne, religijne	Nie zapominać o grupach „pozbawionych głosu”
Zwracać uwagę na konflikty i napięcia	Narażać ludzi na ryzyko poprzez zadawanie pytań
Zapewnić odpowiednie przeszkolenie i wiedzę zespołów oceniających w zakresie kontekstu lokalnego, równowagę zespołów pod względem płci oraz udział członków i członkiń społeczności	
Zapewnić szybką realizację procesu oceny, stosownie do fazy kryzysu humanitarnego	

Źródło: Na podstawie Ventevogel i Schininà (2009).

Grupa tematyczna IASC do spraw programów MHPSS realizowanych w oparciu o społeczność przeprowadziła dyskusję online na temat wyzwań związanych z oceną, monitorowaniem i ewaluacją końcową; nagranie można obejrzeć [tutaj](#).


MATERIAŁY DODATKOWE

International Medical Corps (IMC)

2016 *Rapid Mental Health and Psychosocial Support Assessment: Needs, Services, and Recommendations for Support to Individuals Affected by the Mosul Emergency.* IMC, Erbil, Irak. 

2017 *Ethnographic Assessment of Psychosocial Needs of Children at Vasilika Camp.* IMC, Atheny. 

Międzynarodowa Organizacja ds. Migracji (IOM)

2011 *Who am I? Assessment of Psychosocial Needs and Suicide Risk Factors Among Bhutanese Refugees in Nepal and After the Third Country Resettlement.* IOM, Kathmandu, Nepal. 

Pełna bibliografia zawierająca materiały dodatkowe jest dostępna [tutaj](#). 

4. MOBILNE ZESPOŁY WSPARCIA PSYCHOSPOŁECZNEGO





4.1. CO POWINNA WIEDZIEĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

Programy CB MHPSS IOM realizowane w związku z wystąpieniem kryzysu wykorzystują zwykle standardowe rozwiązanie: mobilne zespoły wsparcia psychospołecznego (Psychosocial Mobile Teams – dalej: PMT).

PMT to wielodyscyplinarne zespoły wsparcia psychospołecznego, oferujące usługi w oparciu nie o konkretne ośrodki, ale o społeczności, dlatego określa się je mianem zespołów mobilnych. Zostały one powołane przez IOM w celu zaspokajania potrzeb populacji wysiedlonych w zakresie MHPSS w licznych sytuacjach kryzysowych w ciągu ostatnich dwóch dekad, m.in. w Czadzie, na Haiti, w Libanie, Libii, Nepalu, Nigerii, Serbii, Sudanie Południowym, Sri Lance, Kosowie¹ i wielu innych. Mimo że wiele elementów pracy zespołów jest uzależnione od wymiaru, jakości, cech, kontekstu kulturowego i istniejącego potencjału MHPSS w związku z daną sytuacją kryzysową, wyszczególniono dla tego obszaru szereg wspólnych standardów i sugerowanych procesów.

Kluczowe zalety PMT to:

- Wielodyscyplinarny skład: połączona wiedza członków i członkiń zespołu pozwala im udzielać wszechstronnego, opartego o społeczność wsparcia jednostkom, rodzinom i grupom (IOM, 2016);
- Strategia uczestnicząca: do zespołów należą członkowie i członkinie społeczności dotkniętych kryzysem o różnym poziomie wykształcenia, kompetencjach kulturowych i zawodowych;
- Elastyczność tworzenia programów (ośrodki, reakcje, czas), która jest kluczowym czynnikiem w nagłych sytuacjach;
- Mobilny charakter, który pozwala zwiększyć zasięg i docierać do wszystkich społeczności w odpowiednim czasie w kolejnych fazach wysiedlenia;
- Łatwy dostęp świadczonych przez nie usług dla kobiet, osób z niepełnosprawnościami, starszych, rodzin wielodzietnych oraz osób o ograniczonych możliwościach przemieszczania się.

Niniejszy rozdział podręcznika przedstawia proces tworzenia i prowadzenia PMT bardziej w kontekście pracy zespołowej niż zadaniowej. Faktyczne działania i usługi oferowane przez zespoły zostały opisane w kolejnych częściach podręcznika. Niniejszy rozdział przedstawia głównie doświadczenia PMT działających z ramienia IOM, jednak zasady ich działania i rekrutacji może wykorzystać dowolny zespół MHPSS.

4.1.1 Skład PMT IOM i zadania członków i członkiń zespołu

Każdy PMT składa się z maksymalnie sześciu osób o następujących kwalifikacjach/rolach:

Liderka lub lider zespołu, koordynujący działania zespołu, łączący potrzeby zespołu i kierownictwa projektu, określający braki w szkoleniach, wspierający zespół w projektowaniu działań na podstawie oceny potrzeb i uczestniczący w monitorowaniu na poziomie wyników (patrz rozdział **Monitorowanie i ewaluacja**) oraz odpowiedzialny za raportowanie. Odpowiednio przeszkoleni liderzy i liderki zespołów mogą także nadzorować zespoły (patrz rozdział **Nadzór merytoryczny**).

- Osoba odpowiedzialna za świadczenie lub organizowanie porad i wsparcia psychologicznego: Najlepiej, aby była to osoba o specjalizacji psychologa klinicznego lub terapeuta. Jeżeli tego rodzaju specjalista lub specjalistka nie są dostępni, rolę tę może pełnić pracowniczka lub pracownik socjalny, terapeuta lub terapeutka opieki zdrowotnej, duchowny, położna lub osoba pełniąca tradycyjną rolę, która będzie objęta nadzorem i szkoleniem stosownie do **zakresu** działań zespołu;
- Osoba odpowiedzialna za wsparcie socjalne, która kieruje potrzebujących do organizacji świadczących usługi dodatkowe, zapewnia mediacje rodzinne i zarządza indywidualnymi przypadkami. Najlepiej, aby była to osoba o specjalizacji praca socjalna. Jeśli na miejscu nie ma takich osób, tę funkcję może pełnić terapeuta lub terapeutka, aktywistka lub aktywista społeczny; takim osobom **należy odpowiednio zapewnić szkolenia i nadzór**.



¹ Odniesienia do Kosowa należy rozumieć w kontekście Rezolucji Rady Bezpieczeństwa ONZ nr 1244 (1999).

- Osoba odpowiedzialna za organizację sesji uwrażliwiających, psychoedukacyjnych i informacyjnych oraz za nieformalną edukację społeczności. Osoba ta powinna być pedagogiem lub pedagożką, trenerką lub trenerem;
- Osoba odpowiedzialna za organizację i promowanie działalności kulturalnej, towarzyskiej, sportowej i rekreacyjnej, zarówno w ramach zajęć ustrukturalizowanych, które nadzoruje bezpośrednio, jak i w formie mobilizacji, wspierania, ustanawiania ram oraz włączania do sieci już istniejących działań. Osoba ta jest z reguły artystą lub artystką, antropologiem lub antropolożką, trenerką lub trenerem sportowym, animatorką lub animatorem kulturalnym bądź społecznym (aktywista/aktywistka, dziennikarz/dziennikarka), pełniącym funkcję tzw. artysty-animatora;
- Organizator lub organizatorka społeczności, doskonale rozumiejący społeczność i wspierający proces mobilizowania jej poszczególnych sektorów. Osoba ta może działać w ramach jednego z zespołów lub też pełnić rolę punktu kontaktowego dla wszystkich zespołów. Ta druga funkcja obejmuje głównie wsparcie i nie musi oznaczać zatrudnienia na pełen etat. Ponadto „punkt kontaktowy” nie jest mobilny, ale przypisany do konkretnego sektora obozu lub obszaru.

W zespole mogą także znaleźć się:

- Mediator lub mediatorka na wypadek konfliktów na niewielką skalę (patrz rozdział **MHPSS a transformacja i mediacje w sytuacji konfliktu**).
- Pracownik lub pracowniczka sektora opieki zdrowotnej (zwykle pielęgniarz/ pielęgniarzka), jeśli nikt inny nie świadczy usług w tym zakresie, wyłącznie na czas wystąpienia takiego deficytu.

Oдноśne zakresy zadań znajdziesz [tutaj](#).

Ramka 20

Wybór PMT

W pewnych przypadkach niektóre z wymienionych tu profili mogą nie istnieć lub nie są reprezentowane w miejscu przesiedlenia. W takiej sytuacji, na podstawie mapowania potencjału, zespoły dobiera się spośród najbardziej pasujących ekspertów i ekspertek lub aktywistek i aktywistów. Częstotliwość i zakres nadzoru, jak również szkolenia są więc ściśle powiązane z faktycznym potencjałem zespołów, charakterem potrzeb, jakie dany zespół zaspokaja, oraz typem/ kontekstem sytuacji kryzysowej (patrz rozdziały **Nadzór merytoryczny i szkolenie**).

PMT zaczynają współpracę ze społecznościami od oceny potrzeb konkretnych ośrodków i/lub grup na podstawie narzędzi oceny i mapowania IOM i innych (patrz rozdział 3 **Ocena i mapowanie**).

Następnie zapewniają wsparcie psychospołeczne w ujęciu wielopoziomowym zgodnie z piramidą **interwencji** MHPSS obejmującą poziom pierwszy (usługi podstawowe i bezpieczeństwo, głównie pod względem informacji, koordynacji w terenie, rzecznictwa oraz kierowania do instytucji świadczących usługi); poziom drugi (wsparcie społeczności i rodzin); oraz poziom trzeci (usługi ukierunkowane) i kierują poszczególne przypadki do zespołów odpowiedzialnych za poradnictwo kliniczne i **obserwację** lub do instytucji/ agencji zapewniających opiekę zdrowotną osobom z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Patrz **ramka 22**.



Działają one dwukierunkowo. Najczęściej zespoły mobilne zapewniają wsparcie poprzez:

- Bezpośrednie świadczenie usług i działania; oraz
- Mobilizowanie i wspieranie zasobów znajdujących się w posiadaniu społeczności.

Zasadniczo każda osoba w zespole ma przypisaną funkcję, wszyscy jednak współpracują przy ocenie potrzeb i planowaniu interwencji. Kierują beneficjentów i beneficjentki (jednostki i grupy) do siebie nawzajem, a w sytuacji, gdy wsparcie wewnętrzne okazuje się niewystarczające, sięgają po pomoc i nadzór międzynarodowych lub krajowych ekspertów i ekspertek w ramach programu (osoba koordynująca i nadzorująca).



Każda osoba w zespole jest przeszkolona w zakresie pierwszej pomocy psychologicznej (PFA).

Edukatorzy i edukatorki opracowują i rozpowszechniają przekazy związane z dobrostanem psychospołecznym i promocją zdrowia. Zapewniają lub organizują edukację nieformalną dla dzieci i nastolatków oraz organizują bezpieczną i przyjazną dziecku przestrzeń. Organizują także nauczanie nieformalne dla dorosłych i wspierają działania edukacyjne i informacyjne wdrażane przez inne osoby z zespołu.

Pracowniczki i pracownicy socjalni opiekują się osobami szczególnie wrażliwymi i kierują je do świadczeniodawców zidentyfikowanych i zmobilizowanych na podstawie mapowania. Ponadto wspierają także odbudowę wspólnotowych systemów wsparcia i sieci bezpieczeństwa oraz uczestniczą w mediacjach rodzinnych.

Animatorki i animatorzy kulturalni lub społeczni angażują społeczność w działania tradycyjne, kulturowe i religijne sprzyjające zachowaniu poczucia tożsamości. Są to m.in. warsztaty sztuki i rzemiosła tradycyjnego, wykorzystywane jako źródła dochodu, jak również forma wsparcia psychospołecznego (Babcock i in., 2016). Mogą także organizować i oferować inne ustrukturalizowane zajęcia kulturalne i artystyczne w formie warsztatów lub imprez promujących

ekspresję za pomocą środków artystycznych, w sposób bezpośredni lub poprzez mobilizację istniejących zasobów twórczych.

Konsultanci i konsultantki w zespole zapewniają (świeckie) poradnictwo grupowe lub indywidualne dla osób bezpośrednio przez nich zidentyfikowanych, które poszukują pomocy lub które zostały skierowane do nich przez innych członków i członkinie zespołu, oraz szkołą beneficjentów i beneficjentki w zakresie wdrażania **systemów** wsparcia koleżeńskiego i **PFA**.

Mediatorki i mediatorzy konfliktów interweniują w formie mediacji w rodzinach nuklearnych oraz w sytuacjach konfliktu w społeczności, zaś pielęgniarki i pielęgniarze lub inni specjaliści/specjalistki opieki zdrowotnej kierują potrzebujących do systemu ochrony zdrowia i wspierają edukatorów i edukatorki w planowaniu programów promocji zdrowia.

Organizator lub organizatorka społeczności lub jej „punkt kontaktowy” wspiera zespół, przekazując ważne informacje o bezpieczeństwie i sytuacji socjalnej w ośrodkach, kierując osoby ze społeczności do lokalnych władz i organizacji, a także informując społeczność i przypominając jej o działaniach zespołów.

Specyfika każdego z sektorów zaangażowania zespołów została objaśniona bardziej szczegółowo w kolejnych rozdziałach.

Ramka 21

Partnerzy lokalni

W pewnych przypadkach IOM może nie być w stanie bezpośrednio zrekrutować osób do zespołu mobilnego lub w społeczności mogą istnieć już zbliżone wielofunkcyjne struktury. W takich sytuacjach osoba koordynująca współpracować z wyodrębnionymi partnerami lokalnymi. Mapowanie (patrz rozdział **Ocena i mapowanie**) pomaga w zidentyfikowaniu lokalnych interesariuszy i dostępnych zasobów; IOM dostarcza wówczas programy uzupełniające w rodzaju szkoleń, nadzoru merytorycznego i innych inicjatyw budowania potencjału (patrz rozdział **Nadzór merytoryczny i Szkolenie**).





4.2. CO POWINNA ROBIĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

4.2.1 Jak wybiera się członków i członkinie PMT

IOM, jak każda agencja, wykorzystuje sprawdzone praktyki, począwszy od rekrutacji po uruchomienie programu, do których należy stosować się w takich przypadkach. Niniejszy rozdział nie zawiera opisu procedur administracyjnych ani rodzajów umów – opisuje jedynie ogólny zakres selekcji. Zarówno w IOM, jak i w innych agencjach, PMT tworzone są poprzez aktywną mobilizację społeczności, aby dotrzeć do ludzi w obozach, ośrodkach recepcyjnych, na obszarach miejskich i wiejskich. Dobór osób do zespołu jest zatem niezwykle istotnym zagadnieniem. Zastosowanie strategii opartej na społeczności do selekcji osób do zespołu wymaga dobrego zrozumienia/zaangażowania, jeśli chodzi o:



- Społeczność i podgrupy oraz ich **dynamikę**;
- Konteksty ekonomiczne, społeczne i polityczne oraz związanych z nimi aktorów (interesariuszy i interesariuszki, liderów/ liderki, osoby wpływowe);



- **Konflikt i wrażliwość na konflikt**;
 - Koncepcje i potrzeby w zakresie MHPSS.
- W sytuacji idealnej, po uwzględnieniu zakresu zadań, za pośrednictwem ministerstw, władz lokalnych, odpowiednich wydziałów miejscowych uczelni, grup interesu, organizacji branżowych i społeczeństwa obywatelskiego, stron internetowych i mediów społecznościowych ogłaszany jest nabór na poszczególne stanowiska. Następnie formuje się PMT, biorąc pod uwagę umiejętności językowe, doświadczenie, referencje, pochodzenie etniczne, narodowość, równowagę płci oraz wykształcenie, a także – o ile to możliwe – równowagę pomiędzy członkami i członkiniami społeczności przyjmującej i przesiedlonej. Trzeba jednak zaznaczyć, że nie zawsze jest możliwe ze względu na ograniczenia biurokratyczne, kwestie pozwoleń na pracę i inne przeszkody.

Biorąc pod uwagę okoliczności kryzysu, fakt, że w sytuacjach kryzysowych często brakuje profesjonalnych

zasobów oraz fakt, że PMT mogą liczyć na szeroko zakrojony nadzór i szkolenie, osoby do zespołu można także rekrutować spośród osób pracujących na wyższych uczelniach, w ministerstwach oraz istniejących grupach branżowych i grupach społeczeństwa obywatelskiego. Mogą one zostać oddelegowane, zatrudnione w ramach wolontariatu poza godzinami pracy lub też zatrudnione na część etatu, na podstawie umów z ich stałymi pracodawcami. Pozwoli to odpowiednim instytucjom, uczelniom i organizacjom społeczeństwa obywatelskiego pozyskać doświadczony i przeszkolony personel w dłuższej perspektywie, co sprzyja trwałości rozwiązań. Oprócz zasadniczego składu do zespołu mogą zostać włączeni i objęci szkoleniami także inni członkowie i członkinie w zależności od zidentyfikowanych potrzeb lub na wskazane okresy czasu, w celu budowania potencjału. Rozpoczęcie programu od działań promujących i uwrażliwiających może zwiększyć szanse na jego skuteczne wdrożenie. Społeczność należy poinformować o rolach i funkcjach zespołów z wyprzedzeniem, co zwiększy akceptację dla działań z obszaru MHPSS.

Ramka 22

Opieka nad osobami z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego

PMT nie oferują bezpośredniego wsparcia medycznego dla osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego. Na ogół są one wspomagane przez mniejsze zespoły dedykowane składające się z terapeutek lub terapeutów medycznych oraz – w miarę możliwości – pielęgniarzy lub pielęgniarek opieki psychiatrycznej. Z reguły jednostki są kierowane do takich zespołów przez PMT i inne podmioty po podpisaniu świadomej zgody, a po konsultacji z osobą koordynującą i nadzorującą pracę zespołów te organizują wizyty i transport osób potrzebujących do najbliższego ośrodka opieki psychiatrycznej lub zdrowotnej. Zapewniają one psychoedukację i wsparcie rodziny, a także oferują opiekę po zakończeniu programu, w tym dbają o wypełnianie zaleceń lekarskich, oraz włączenie beneficjentów i beneficjentek oraz ich rodzin w działania propagowane przez PMT. Więcej informacji zawiera rozdział **Wsparcie społeczności dla osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego**.



Ramka 23

Angażowanie środowiska akademickiego

Przykładem zaangażowania studentów i studentek są działania po trzęsieniu ziemi na Haiti, gdzie zniszczeniu uległa cała infrastruktura wyższych uczelni, zaś osoby studiujące na czwartym roku psychologii mogły ukończyć ostatni rok studiów, wspierając PMT IOM oraz angażując się w sesje szkoleniowe i nadzorujące, co uczelnia uznała za element programu nauczania na tamten rok. W ten sposób cały rocznik psychologii zyskał doświadczenie w praktycznym wspieraniu psychospołecznych osób dotkniętych klęską żywiołową, a uczelnia dostosowała program nauczania do szkoleń, które odbyli studenci i studentki.

4.2.2 Jak wygląda szkolenie i nadzór PMT

Nadzór i szkolenie PMT ma kluczowe znaczenie, dlatego zespoły są nieustannie szkolone w ramach różnych systemów:

- Szkolenie wprowadzające przed przystąpieniem do programu z zakresu podstawowych zagadnień MHPSS: program obejmuje wprowadzenie do Wytycznych IASC, koncepcji MHPSS opartego na społeczności, PFA, umiejętności komunikacyjnych, względów etycznych, dbałości o siebie i inne ważne zagadnienia;
- Comiesięczne sesje szkoleniowe poświęcone tematami bardziej specjalistycznym: osoba koordynująca i nadzorująca pracę zespołów ustalają tematy szkoleń stosownie do potrzeb pojawiających się podczas pracy terenowej, są to np. wsparcie koleżeńskie, zarządzanie przypadkami, poradnictwo, **GBV**, praca z dziećmi, praca z osobami z niepełnosprawnościami, interwencje na bazie działań artystycznych, mediacja w sytuacjach konfliktu oraz zagadnienia przedstawione w poszczególnych rozdziałach niniejszego podręcznika;
- Szkolenie i nadzór w miejscu pracy: członkowie i członkinie zespołów są poddawani szkoleniom i nadzorowi w miejscu pracy w formie regularnych spotkań lub wizyt w terenie. Osoba koordynująca i nadzorująca pracę zespołów może także zorganizować szkolenie w miejscu pracy z udziałem ekspertów i ekspertek zewnętrznych, stosownie do zidentyfikowanych potrzeb.

Szkolenia wprowadzające i kluczowe podlegają standaryzacji i instytucjonalizacji w najszerszym możliwym zakresie. Więcej informacji na ten temat zawiera rozdział **Szkolenie**.



4.2.3 Rola centrów integracji jako punktów zbiórki dla prac zespołu

Centra integracji to tymczasowe struktury prowadzone przez PMT, które mogą różnić się od siebie pod względem formy i skali, stosownie do potrzeb. Zwykle są konstruowane przy pomocy tych samych materiałów, jakie wykorzystuje się przy innych obiektach w obozach lub ośrodkach dla wysiedlonych (namioty, przyczepy, prefabrykaty, osłony) lub też tworzone w istniejących pomieszczeniach lub lokalach w pobliżu. Na ogół składają się na nie niewielkie biuro przeznaczone do celów koordynacji i poradnictwa, duża sala do większych wydarzeń oraz dwa pomieszczenia, w których odbywają się warsztaty i szkolenia; jedną z nich można także wykorzystać do celów konsultacji. O ile to możliwe, centra integracji powinny znajdować się w pobliżu szkół i ośrodków sportowych lub mogą obejmować:

- Plac zabaw dla dzieci (m.in. po to, aby umożliwić osobom opiekującym się dziećmi udział w szkoleniach i sesjach psychospołecznych);
- Boiska do koszykówki/ piłki nożnej, aby ułatwić młodzieży, w szczególności dziewczętom, uprawianie sportów w bezpiecznej, chronionej przestrzeni.

Przestrzeń ta powinna być bezpieczna i chroniona (należy wybrać lokalizację i ewentualne środki ochrony we współpracy ze służbami bezpieczeństwa), znajdować się w pobliżu toalet damskich i męskich, punktów czerpania wody i mycia rąk.

Centra integracji są z reguły ozdobione wewnątrz, jak i na zewnątrz, jeśli jest to stosowne, aby stworzyć przyjazną atmosferę dla grup dotkniętych kryzysem. PMT są z definicji mobilne w tym sensie, że zasięg ich działania obejmuje różne obozy i obszary oraz że dostosowują się do ruchu populacji, którym udzielają wsparcia, aby zapewnić ciągłość interwencji. Jednak w niektórych sytuacjach korzystne jest stworzenie centrów integracji w różnych sekcjach obozu, ośrodka przejściowego bądź obszaru mieszkalnego, co pozwala





Mobilizacja społeczności w ośrodkach IDP. MHPSS PMT, Etiopia.

© IOM 2018

zespołom na lepszą organizację i wdrażanie działań. W centrach integracji mogą odbywać się zajęcia zorganizowane przez zespoły, jak i przez członków i członkinie społeczności zaangażowanych przez zespoły, w tym spotkania, warsztaty, szkolenia i imprezy. Zajęcia powinny zawsze odbywać się według harmonogramu (codziennie, raz w tygodniu), a informacje na ich temat należy udostępniać na tablicach oraz w formie ogłoszeń wizualnych/ustnych (dla osób niepotrafiących czytać). Harmonogram ustala lider lub liderka zespołu, a za codzienne działania ośrodka może odpowiadać animatorka lub animator, stosownie do okoliczności.

Centra integracji nie mają charakteru długoterminowego – są to tymczasowe ośrodki, które ułatwiają zespołom organizację logistyczną działań i zapewniają niezbędną przestrzeń do zadań wymagających wyższego stopnia poufności (poradnictwo, dyskusje w grupach na tematy drażliwe), jak również rytualizację poprzez powiązanie wykonywanej pracy z fizyczną przestrzenią. Charakter pracy zespołów pozostaje jednak w dużej mierze mobilny i bazuje na działaniach zwiększających zasięg oddziaływania.

4.2.4 Co dalej?

Z reguły PMT lub przynajmniej ci członkowie i członkinie zespołów, którzy pochodzą ze społeczności przesiedlonych, podążają za społecznością, gdy ta się przemieszcza. Przykładowo na Haiti, dwa lata po trzęsieniu ziemi, zespoły MHPSS były w pełni zaangażowane w proces powrotu z obozów do własnych społeczności, oferując pomoc w zakresie MHPSS, kierując potrzebujących do odpowiednich instytucji,

wspierając osoby z niepełnosprawnościami i osoby z grup wrażliwych w ich powrocie do domów.

Gdy społeczność pozostaje na dłużej w jednym miejscu w związku z przesiedleniem, powrotem lub przedłużającym się wysiedleniem, prace zespołu są konsolidowane na dwa sposoby:

- Z jednej strony, jeśli populacja dotknięta kryzysem oraz władze uznają, że zapotrzebowanie na pomoc w zakresie MHPSS w regularnym wymiarze nie znikło, tworzone są ośrodki rekreacji i poradnictwa dla rodzin. Ich funkcje wykraczają poza zakres interwencji kryzysowych, dlatego nie zostały one omówione w niniejszym podręczniku;
- Z drugiej strony szkolenie zespołów podlega ocenie i konsolidacji w ramach krajowego programu, który może przybrać postać programu studiów lub szkolenia, programu akademickiego, przygotowując kraj na kolejne kryzysy, co lepiej objaśnia rozdział **Szkolenie**.



→ 4.3 STUDIUM PRZYPADKU

Aby zapoznać się z przykładem działania PMT, obejrzyj materiał **wideo** o tym, jak wykorzystano zespoły wsparcia psychospołecznego w północno-zachodniej Nigerii. Od tamtego czasu działania zespołów rozszerzono, a niektóre z nich towarzyszyły przesiedlonym w powrocie do domu.



→ 4.4. WYZWANIA I WZGLĘDY SZCZEGÓLNE

Pojawiają się także wyzwania związane z podejściem opartym na zasobach społeczności do selekcji członków i członkiń zespołu:

- Jeżeli społeczność przyjmująca i przesiedlona posługują się różnymi językami, proces rekrutacji i szkolenia pracowników i pracowniczek może okazać się wyzwaniem. W takim przypadku należy rozważyć powiększenie zespołu o mediatora lub mediatorów kulturowych (patrz rozdział **Poradnictwo**).
- W niektórych krajach problemem jest zatrudnienie mężczyzn i kobiet z tym samym wykształceniem, doświadczeniem i umiejętnościami w tym samym zespole ze względu na kulturowe uwarunkowania związane z płcią. W takich sytuacjach można zwiększyć liczbę członków i członkiń zespołu, aby zapewnić równowagę płci.
- Osiągnięcie w zespole równowagi etnicznej osób o tym samym wykształceniu i umiejętnościach także może okazać się trudne. Można rozważyć zwiększenie liczby członków i członkiń w taki sposób, aby reprezentowali różne grupy etniczne.
- Współzawodnictwo organizacji pomocowych w trakcie operacji humanitarnej może utrudniać rekrutację lub utrzymanie członkiń i członków zespołu po ich przeszkoleniu. Związane z tym ryzyko można ograniczyć, zawierając umowy międzyagencyjne oraz włączając inne agencje w szkolenia dla zespołów.
- Mimo że różni członkowie i członkinie zespołu otrzymują różne umowy stosownie do doświadczenia i umiejętności, zespoły mogą pozwolić na dołączenie wolontariuszy i wolontariuszek, aby zwiększyć elastyczność i stabilność funkcjonowania zespołu. Różnorodność zawieranych umów może budzić niezadowolenie i napięcia w zespole, z czym należy radzić sobie przy pomocy strategii uczestnictwa, za pomocą nadzoru oraz jednoznacznych i przejrzystych rozróżnień.

- Podobnie gdy zespoły wdrażają strategię włączenia społeczności, różnica pomiędzy członkiem/członkinią zespołu otrzymującym wynagrodzenie a osobą ze społeczności, na ogół angażującą się w działania bezinteresownie, może doprowadzić do powstania szarej strefy. W takich przypadkach istotne jest ustalenie formy gratyfikacji dla osoby ze społeczności (szkolenie, wynagrodzenia rzeczowe, uznanie na forum publicznym) oraz określić różnice w zakresie czasu pracy i zaangażowania pomiędzy osobami zatrudnionymi a pracującymi w oparciu o wolontariat.
- Mogą także wystąpić konflikty w zespołach lub pomiędzy nimi oraz pomiędzy zespołami a innymi świadczeniodawcami lub członkami/członkiniami społeczności. Powody mogą obejmować różnice charakterów, kwestie kulturowe i polityczne, jak i stresujące warunki pracy. Z czasem mogą one ulec zaostrzeniu. Odpowiedzią na te problemy może okazać się **nadzór**. Na **opiekę nad personelem** należy także przeznaczyć odpowiednie środki i czas.



Ramka 24

Ile zespołów dla ilu rodzajów usług?

Nie istnieje jednoznaczna odpowiedź na pytanie, ile potrzeba zespołów, aby wesprzeć określoną liczbę ludzi. Liczba ta jest uzależniona ściśle od rodzaju świadczonych usług, doświadczenia członkiń i członków zespołu, skali problemów, dostępności innych usług i sieci wsparcia oraz ogólnego charakteru populacji dotkniętej kryzysem. Z zasady pięcioosobowy zespół powinien być w stanie zrealizować około 4000 usług w miesiącu. Liczba ta obejmuje jednostki uczestniczące w spotkaniach indywidualnych i sesjach psychoedukacji, szereg sesji warsztatów z udziałem wielu populacji dotkniętych kryzysem, imprezy sportowe i inne, organizowane przy wsparciu osób z zespołu (maksymalnie 500-800) lub innych osób facylitujących lub członków i członkinie społeczności zmobilizowanych i nadzorowanych przez zespół (do 3500). Nie należy opierać się w tym wypadku na łącznej liczbie jednostek, którym udzielono porad lub wsparcia – liczba ta nie może przekroczyć 30 miesięcznie na daną osobę z zespołu.



MATERIAŁY DODATKOWE

Bjerneld, M.

2009 Images, Motives and Challenges for Western Health Workers in Humanitarian Aid. *Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine* (453).



Kutash, K. i in.

2014 Quality Indicators for Multidisciplinary Team Functioning in Community-Based Children's Mental Health Services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(1):55–68.



Schininà, G., M. Aboul Hosn, A. Ataya, G. Dieuveut and M. Salem

2010 Psychosocial Response to the Haiti Earthquake: The Experiences of International Organization for Migration. *Intervention*, 8(2):158–164.



Schininà, G., N. Nunes, P. Birot, L. Giardinelli and G. Kios

2016 Mainstreaming Mental Health and Psychosocial Support in Camp Coordination and Camp Management. The Experience of the International Organization for Migration in the North East of Nigeria and South Sudan. *Intervention*, 14(3), 232–244.



Yeboah-Antwi, K., G. Snetro-Plewman, K.Z. Waltensperger, D.H. Hamer, C. Kambikambi, W. MacLeod, S. Filumba, B. Sichamba i D. Marsh

2013 Measuring Teamwork and Taskwork of Community-Based Teams Delivering Life-Saving Health Intervention in Rural Zambia: The Qualitative Study. *BMC Medical Research Methodology*, 13:84.



Pełna bibliografia zawierająca materiały dodatkowe jest dostępna [tutaj](#).



5. DZIAŁANIA SPOŁECZNO-RELACYJNE I KULTURALNE





5.1. CO POWINNA WIEDZIEĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

Ramka 25

Materiał wideo do rozdziału

Treść tego rozdziału została objaśniona w **tym filmie** opracowanym jako materiał uzupełniający do podręcznika. Aby uzyskać informacje zaprezentowane w tym rozdziale w formie wizualnej, obejrzyj film, zanim przeczytasz rozdział lub po jego przeczytaniu.



W pierwszym rozdziale zaprezentowano szereg modeli operacyjnych MHPSS. Pierwszy z modeli koncentruje się na czynnikach społeczno-relacyjnych, kulturowych i biopsychologicznych oraz na ich wzajemnym oddziaływaniu, zarówno w kontekście definiowania dobrostanu psychospołecznego, jak i skutecznego wdrażania działań w zakresie **MHPSS**. Część podręcznika, którą stanowią rozdziały **Działania społeczno-relacyjne i kulturalne, Działania kreatywne i artystyczne, Rytuale i święta, Sport i zabawa** oraz **Edukacja pozaformalna i uczenie się nieformalne**, dopisuje działania na poziomie kulturowym i społeczno-relacyjnym, które mogą wywrzeć ogromny wpływ na dobrostan biopsychologiczny osób dotkniętych kryzysem. Działania te mogą przyczynić się do połączenia tradycji z nieuchronnością zmiany, a dzięki temu odmienić charakter tego, z czym zmagają się jednostki i społeczności po wystąpieniu kryzysu, pozwalając im zachować poczucie **tożsamości**. Biorąc pod uwagę model **programowania** MHPSS, działania te są odpowiedzią na cierpienie jednostek i grup, koncentrują się na wzmacnianiu czynników odporności oraz zajęć, które tradycyjnie łagodzą stres, a zarazem przynoszą pozytywne wyniki w postaci nowych umiejętności, pobudzenia kreatywności i refleksji. Kultura wywiera znaczący wpływ na dobrostan jednostki, ponieważ wzmacnia tkankę społeczną, dając jednostkom i społecznościom poczucie przynależności i **wsparcia**. Wymiar społeczno-relacyjny i kulturowy dotyczy całego spektrum programu dotyczącego zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego w społecznościach w sytuacjach kryzysowych, włącznie ze specjalistyczną ochroną zdrowia psychicznego i ukierunkowanymi usługami poradnictwa.

Aspekty społeczno-relacyjne i kulturowe tych usług zostały omówione w poszczególnych rozdziałach (**Poradnictwo i Wsparcie społeczności dla osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego**). Poniższe rozdziały prezentują dedykowane działania społeczno-relacyjne i kulturowe, które mogą stanowić element projektowania programów MHPSS na drugim i trzecim poziomie **piramidy dotyczącej MHPSS w sytuacjach kryzysowych**.



Wytyczne *Stałego Komitetu Międzyagencyjnego (IASC) w obszarze MHPSS w sytuacjach kryzysowych* (IASC, 2007) podkreślają istotność praktyk kulturowych, duchowych i religijnych zarówno jako formy zaangażowania wspólnotowego, jak i w kontekście świadczenia usług z zakresu zdrowia psychicznego, co zawarto w **Action Sheets 5.3 i 6.4**. Treść tych punktów jest zwięzła i zawierają one całościowy opis zagadnienia, dlatego należy zalecać ich przeczytanie jako materiału dodatkowego.



W odniesieniu do dzieci i rodzin dokument UNICEF *Wytyczne operacyjne: zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne w społecznościach w kontekście humanitarnym. Trzy poziomy wsparcia dla dzieci i rodzin* (UNICEF, 2018), oraz **Kompendium zasobów zakresie MHPSS w społecznościach opracowane przez UNICEF** (UNICEF 2021) zawiera wytyczne dotyczące aktywowania lub przywracania struktur wspólnotowych, które wzmacniają więzi społeczne oraz chronią i wspierają dzieci i rodziny. Należy traktować je jak użyteczny materiał dodatkowy.

Ramka 26

Zabezpieczenia dla dzieci

W przypadku dzieci należy wdrożyć środki ochrony przed przemocą. Są to zasady zachowań dla personelu, szkolenia, jak i systemy składania skarg. Dotyczy to nie tylko działań społeczno-relacyjnych i kulturalnych, ale także interwencji w formie działań twórczych i artystycznych, sportu i zabawy, edukacji pozaformalnej i uczenia się nieformalnego. Aby uzyskać informacje na temat praktycznego wdrażania tych zasad, **patrz tutaj**.





Zabawy dla osób bez i z niepełnosprawnościami ośrodek Rekreacyjny i Socjalny dla Rodzin, Moultakana-Abu Sliem, Trypolis, Libia. © IOM 2013/Stefano SPSSA

Ramka 27

Dobór zajęć

Dobór zajęć opisanych w niniejszym i kolejnych rozdziałach wpisuje się w ramy operacyjne IOM oraz dotychczasowe doświadczenia organizacji i w tym sensie ma charakter częściowy. W szczególności nie należy lekceważyć znaczenia społeczno-relacyjnego i kulturowego mediów społecznościowych i innych narzędzi internetowych dla kształtowania ciała, jego percepcji, umysłu, wartości, poczucia wspólnoty, wartości wspomnień, budowania grupy i praktyk socjalizacji, jak również reakcji na sytuacje kryzysowe. Społeczności dotknięte kryzysem, w szczególności młodzież oraz osoby przesiedlone, zwykle łączą się między sobą oraz z sieciami zewnętrznymi przy pomocy smartfonów i komputerów, poszukując informacji, rozrywki oraz porad. W programach należy uwzględnić wpływ tej komunikacji na zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny członków i członkiń społeczności. Mimo że zaprezentowano tu przykłady dobrych praktyk, niniejsza wersja podręcznika nie zawiera pełnego omówienia możliwości związanych z tym obszarem.

Oprócz działań zaprezentowanych w kolejnych rozdziałach bazujących na konkretnych mediach programy w zakresie MHPSS powinny wspierać także spontaniczne lub indukowane zgromadzenia dotkniętych kryzysem populacji, aby wzmacniać ich spójność społeczną i wsparcie społeczne. tu przykłady dobrych praktyk, niniejsza wersja podręcznika nie zawiera pełnego omówienia możliwości związanych z tym obszarem.

Działania te bardzo często bazują na istniejących praktykach. W każdej społeczności i grupie ludzie znajdują sposoby nawiązywania więzi i wspierania się nawzajem. W niektórych kulturach mężczyźni spotykają się, by grać w szachy lub w tryktraka po zakończeniu pracy na głównym placu. W innych, kobiety spotykają się, by wspólnie gotować. Tego rodzaju działania społeczno-relacyjne i kulturalne należy przywrócić, ułatwić i wspierać po wystąpieniu kryzysu. Na przykład w trakcie wojny na Bałkanach zauważono, że kobiety – szczególnie mężatki z obszarów wiejskich – gromadzą się tradycyjnie o określonej godzinie po południu, by wspólnie dziergać i wyszywać. Była to dla nich okazja do wymiany zasobów i umiejętności, nawiązywania więzi, uczestniczenia w życiu towarzyskim oraz otrzymania wsparcia społecznego. W trakcie kolejnych wojen na Bałkanach i po ich zakończeniu wiele organizacji zaczęło wspierać kobiety w odtwarzaniu tych praktyk w obozach, ośrodkach dla uchodźców i na obszarach dotkniętych wojną. Zakres wsparcia był uzależniony od kontekstu i mógł obejmować działania informacyjne, zapewnienie bezpiecznej przestrzeni, materiałów i narzędzi, dostępu do targowisk i rynków, a w niektórych przypadkach wsparcie osób facylitujących, animatorów i animatorek, a nawet psychologów i psycholeżek, pomagających grupie w wykorzystaniu tych kanałów do prowadzenia dyskusji. Taka dyskusja mogła się przez to odbywać w sposób bardziej uporządkowany i pozbawiony stygmatyzacji, a przy tym i dotyczyć problemów psychospołecznych i negatywnych uczuć lub zapewnić uczestniczkom **psychoedukację**. Kolejnym przykładem może być ceremonia parzenia kawy w Etiopii.



Ceremonie parzenia kawy – zgromadzenia, podczas których kobiety palą, mielą i parzą kawę dla rodziny, przyjaciół i przyjaciółek, sąsiadów i sąsiadek – zapewniają silne wsparcie społeczne oraz są okazją do pozytywnej socjalizacji. Po przesiedleniu dotknięta kryzysem populacja straciła możliwość uczestniczenia w ceremoniach i zgłaszała, że wpływa to negatywnie na jej zdolność do radzenia sobie ze stresem. Dlatego w ramach programu MHPSS zapewniono wsparcie materialne (m.in. kubeczki, kawę, dzbanki), aby umożliwić reaktywację tych ceremonii. Ceremonie parzenia kawy nie tylko wzmacniały strukturę społeczną i sieć wsparcia – stały się też dobrym kanałem nawiązywania relacji pomiędzy członkami i członkiniami zespołu MHPSS i społecznością lokalną.

Zajęcia tego rodzaju mają charakter socjalizujący, nie są w pełni ustrukturyzowane, a często także nie podlegają pod walidację. Plasują się pomiędzy dyskusjami w grupach, wsparciem materialnym, grupową interwencją psychologiczną i poradnictwem, nie wpisując się w pełni w standardy żadnego z tych działań. Jednak w programach MHPSS realizowanych w oparciu o społeczność stanowią kluczowe narzędzie wsparcia, zakorzenione w ich odporności i tradycji. Kolejna trudność związana z zajęciami tego typu wynika z faktu, że są one ściśle uzależnione od kontekstu, podczas gdy w działalności humanitarnej preferuje się interwencje, które można powielić i skalować.

W ramach programów MHPSS IOM zidentyfikowano sposoby wspierania grup w spontanicznej organizacji tradycyjnych zgromadzeń towarzyskich, tak aby realizować określone cele MHPSS.

Grupy te można zasadniczo podzielić na następujące kategorie:

- Grupa interesu: grupa, która gromadzi się w związku z określonym interesem, zajęciem lub przynależnością. IOM Irak pracuje z osobami przesiedlonymi w środowiskach miejskich, które chcą stać się aktywnymi członkami i członkiniami swoich nowych społeczności. Grupy sąsiedzkie zbierają się regularnie, aby rozmawiać na ważne dla nich tematy związane z higieną, wystrojem wnętrz itd. i proponują inicjatywy mające na celu wprowadzanie ulepszeń, takich jak akcje sprzątania;
- Grupa zajęciowa: grupa, która gromadzi się w celu wspólnego wykonywania zajęć, np. oglądania telewizji,

grania w szachy, wyszywania, przygotowania kościoła czy świątyni na cotygodniowe bądź codzienne nabożeństwa. W Sudanie Południowym objęto wsparciem grupy kobiet, które spotykały się co tydzień, aby wspólnie szyć i przygotowywać dekoracje oraz tkaniny na niedzielną mszę;

- Grupa problemowa: grupa, która gromadzi się w związku z problemem, np. mężczyźni będący głowami rodziny, bezrobotni mężczyźni. Zarówno w Iraku, jak i w Sudanie Południowym IOM wspomagała grupy wsparcia dla kobiet, które straciły mężów na wojnie. Spotykały się one regularnie w celach towarzyskich, aby razem szyć, szydełkować lub gotować i nawiązywać relacje z innymi kobietami w podobnej sytuacji. PMT wspierały te grupy w trakcie sesji komplementarnych poświęconych zagadnieniom utraty, żałoby, umiejętności życiowych lub rodzicielskich;
- Grupa tradycyjna: osoby starsze, spotkania grup kościelnych, tradycyjne, spontaniczne grupy taneczne, grupy religijne/ międzywyznaniowe i inne. W Koks Badżar w Bangladeszu wsparta została organizacja ceremonii uzdrawiania z udziałem członków i członkiń społeczności Rohingja, którzy dzięki temu mogli nawiązać na nowo więź z różnymi aspektami swojej kultury. Ceremonie składały się z trzech części: muzyki – wyrażającej emocje i doświadczenia; sztuki i malowania – aby pielęgnować kulturę, historię, podzielić się opowieściami indywidualnymi i zbiorowymi; oraz części trzeciej, podczas której każda uczestnicząca osoba wybierała symbol siły reprezentujący jej kulturę, jej jedność i siłę. Te trzy części ceremonii łączył silny element międzypokoleniowy – starsze pokolenia były w stanie przekazywać określone aspekty swojej historii i kultury młodszemu. Ceremonie uzdrawiania pozwalały osobom uczestniczącym zbliżyć się do własnej narracji historycznej, tożsamości kulturowej i wspólnotowej, rozwijając w nich zarazem pozytywne mechanizmy radzenia sobie ze stresem i poczucie wsparcia społecznego;
- Grupa ustrukturalizowana: grupy skautów, zorganizowane grupy młodzieżowe, zrzeszenia osób studiujących.

Grupy należą często do więcej niż jednej kategorii. Na przykład w Koks Badżar (Bangladesz) IOM zorganizowała kuchnie społeczne, gdzie uchodźczynie z różnych części obozu mogły zbierać się, aby wspólnie gotować. Powstała w ten sposób grupa, która była jednocześnie grupą interesu dążącą do wspólnego celu, jakim było nakarmienie rodziny, grupą zajęciową skupioną na gotowaniu oraz grupą problemową, ponieważ skupiała głównie kobiety z grup wrażliwych. Bez względu na ich charakter, wszystkie te grupy funkcjonują jako grupy wsparcia rówieśniczego, jeśli zyskają niezbędny w tym celu potencjał. Przykładowo kuchnie społeczne przyczyniły się do zidentyfikowania kobiet z grup szczególnie wrażliwych i pozwoliły skierować je do specjalistów i specjalistek oraz zapewnić im podstawowe formy wsparcia w zakresie MHPSS, ponieważ psychologowie i psycholożki IOM spędzali czas z grupami kobiet w trakcie gotowania.

→ 5.2 CO POWINNA ROBIĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

Osoby koordynujące powinny projektować i planować programy wsparcia dla spontanicznych i tradycyjnych zgromadzeń, które mogą wiązać się z konkretnymi celami i wynikami w zakresie MHPSS. Mimo że nie realizują tych działań bezpośrednio, powinny mieć świadomość procesów, jakie należy wdrożyć w celu ich wspierania, do których należą:

- (a) Ocena, które z tradycyjnych zgromadzeń nadal funkcjonują w społeczności, z uwzględnieniem wieku i płci osób uczestniczących, jak w przykładzie grup zajmujących się szyciem na Bałkanach;
- (b) Określenie, jakie wsparcie może być potrzebne w celu reaktywacji lub utrzymania tych grup. Może to być wsparcie rzeczowe, transport lub też utworzenie przestrzeni, w której ludzie mogliby spotykać się tak jak dawniej.
- (c) Identyfikacja wartości, jaką grupy i sposoby gromadzenia się mogą mieć dla celów programu, na przykład:
 - (i) Ułatwianie punktów dostępu do społeczności,
 - oraz organizacja procesów oceny i grup fokusowych;
 - (ii) Zwiększanie mobilizacji społeczności i jej sprawczości;
 - (iv) Wkład w identyfikację i wsparcie osób lub grup szczególnie wrażliwych;
- (d) Wsparcie w tworzeniu innych grup, które nie powstają spontanicznie, ale są owocem realizacji projektu. Mogą one okazać się użyteczne we wspieraniu osób szczególnie wrażliwych lub reagowaniu na zidentyfikowane problemy. Przykład: kuchnie społeczne w Koks Badżar lub grupy mężczyzn w Sudanie Południowym;
- (e) Jeśli grupa może mieć szczególną wartość z punktu widzenia działań MHPSS, lub powstała by zrealizować cel MHPSS, należy:
 - (i) Wyodrębnić lidera/ liderkę lub osobę facylitującą w grupie i przeszkolić ją w zakresie wsparcia rówieśniczego i mentoringu (patrz punkt 5.2.1); lub
 - (ii) Zapewnić grupie wprawną osobę facylitującą z zespołu programu MHPSS;
- (f) Utworzenie sieci pomiędzy powiązаныmi grupami poprzez wymianę informacji i wspólne wydarzenia lub mobilizowanie grupy do wzajemnego wsparcia przy organizacji rytuałów i świąt, wydarzeń sportowych itd. W Sudanie Południowym grupa taneczna wspierana przez IOM stała się znana i zaczęto zapraszać ją na ważne dla społeczności wydarzenia: wesela, świętowanie urodzin i ważne rocznice. Odgrywając ważną rolę w procesie radzenia sobie poszczególnych uczestników i uczestniczek, grupa miała zarazem wpływ na całą społeczność. W Iraku uczestnicy i uczestniczki kursów fryzjerstwa, gotowania, szycia i makijażu często wspierali społeczność swoimi umiejętnościami, np. oferując darmowe strzyżenie przed ważnymi uroczystościami, przygotowując słodkości dla społeczności, robiąc zabawki dla dzieci, oferując usługi fryzjerskie i makijażu przed weselami itp.;
- (g) Monitorowanie i ocena tego, w jaki sposób działania grupy przyczyniły się do osiągnięcia zamierzonego celu MHPSS.

5.2.1 Jak wyodrębnić i wspierać osoby facylitujące grupy w zakresie celów MHPSS

Mentoring i wsparcie koleżeńskie bazuje na relacji wzajemnego wsparcia pomiędzy rówieśnikami i rówieśniczkami o podobnych doświadczeniach. To niezwykle skuteczna świecka forma wsparcia psychospołecznego, wyuczona poprzez zorganizowane zajęcia szkoleniowe.

Mentor lub mentorka jest spontanicznym liderem lub liderką grupy społeczno-kulturowej, który jest w stanie wspierać swoją grupę, nie prowadzi natomiast działalności terapeutycznej.

Rola ta zawiera się w pomaganiu innym członkom i członkiniom grupy w identyfikowaniu problemów oraz przekazywanie informacji o usługach, sieciach i zasobach. Mentorka lub mentor powinni być wrażliwi, empatyczni i dostępni.

Osoba pełniąca tę funkcję powinna odbyć szkolenie obejmujące takie aspekty, jak:

- Typy aktywności, jakie można podejmować z grupą;
- Efektywne słuchanie;
- Zarządzanie oczekiwaniami i ich adaptacja;
- Budowanie więzi opartych na równości i szacunku;
- Kierowanie innych do usługodawców;
- Zapewnienie PFA;
- Zakończenie działalności grupy;
- Szczególne potrzeby dzieci i rodzin (tu znajdziesz więcej informacji i wytycznych na temat zasobów dotyczących **szkolenia**).



Program może przyczynić się do utworzenia skutecznego systemu mentoringu poprzez:

- Określenie mentorów i menterek;
- Organizację formalnych szkoleń obejmujących wyżej wymienione tematy, które zwykle powinny obejmować pięciodniowe szkolenia wstępne i przypominające;
- Organizację nadzoru merytorycznego (patrz rozdział 15 **Nadzór merytoryczny i szkolenie**);

- Wspieranie osób uczestniczących w zaspokajaniu potrzeb emocjonalnych;
- Regularne oceny systemu.

5.2.2 Grupy nieformalne jako grupy wsparcia koleżeńkiego

W niektórych przypadkach spotkania mogą przerodzić się w formę wsparcia koleżeńkiego, stwarzając przestrzeń do interakcji i tworzenia więzi pomiędzy osobami o podobnych doświadczeniach życiowych. W tym sensie grupy wsparcia koleżeńkiego zapewniają wsparcie społeczne, emocjonalne, fizyczne i rzeczowe i mogą pomóc uczestnikom i uczestniczkom w przewyciężeniu społecznej izolacji oraz nawiązywaniu więzi ze społecznością. Ustrukturalizowana grupa wsparcia koleżeńkiego obejmuje:

- (a) Jedno spotkanie wstępne;
- (b) Idealnie od 8 do 20 uczestników i uczestniczek. Nowe osoby nie powinny być włączane do istniejących grup, ale tworzyć nowe. Można zachować pod tym względem elastyczność ze względu na odległości geograficzne, jak i nawiązane wcześniej więzi;
- (c) Wyszkolonego facylitatora lub facylitatorkę, np. mentora/ mentorkę;
- (d) Podczas pierwszego spotkania – objaśnienie celów, ustalenie kalendarza i wybór tematów do rozmowy. Uczestnicy i uczestniczki uczą się, jak ważne jest słuchanie tego, co inni mają do opowiedzenia, bez nacisku na otwarcie się i natarczywości. Przekonują się, jak korzystne emocjonalnie jest odkrycie, że z innymi łączą ich nie tylko problemy, ale także wspólne zasoby;
- (e) Kolejne sesje zorganizowane pod kątem zainteresowań i dostępności grupy.

Ten **przewodnik** zawiera więcej informacji o sposobach organizowania grup tego rodzaju.

Aby sfinalizować plan i zorganizować szkolenie dla facylitatorów i facylitatorek, można skorzystać z pomocy Sekcji IOM ds. MHPSS pod adresem contactpss@iom.int.



→ 5.3. STUDIA PRZYPADKU

5.3.1 Sudan Południowy

Jeden z przykładów pochodzi z Sudanu Południowego, gdzie spontanicznie utworzone grupy objęto wsparciem programowym poprzez ułatwienie grupom spotkań oraz szkolenie liderów i liderek oraz fasilitatorów i fasilitatorek.

Materiał wideo przedstawia genezę i ewolucję spotkań kobiet prowadzących samodzielnie gospodarstwa domowe (grupa problemowa), które najpierw utworzyły grupę wsparcia, a następnie przekształciły się w grupę wsparcia koleżeńskiego, grupę zajęciową, a wreszcie skupiły się wokół aktywności związanej z **utrzymaniem**.



Ta publikacja oddaje głos fasilitatorce, które zapewniły wsparcie koleżeńskie innym członkiniom grup interesu i grup problemowych.

5.3.2 Etiopia

Kolejny przykład pochodzi z Etiopii, gdzie wspólne zajęcia dały początek grupie młodzieżowej, co pozwoliło wzmocnić spójność społeczną młodych ludzi z różnych środowisk. Młodzież pochodziła ze społeczności zarówno przesiedlonej, jak i przyjmującej, w grupie znaleźli się dziewczęta i chłopcy, a wsparcie zapewniły dwie osoby z zespołu MHPSS w różnym wieku. Chcąc znaleźć aktywność, która byłaby pożyteczna dla grupy i całej społeczności, młodzi ludzie postanowili zająć się pozyskiwaniem miodu. Przy wsparciu rzeczowym IOM zbudowali tradycyjne ule. Proces ten pozwolił grupie wejść w interakcje z innymi członkami i członkiniami społeczności, przełamał negatywne stereotypy na temat młodzieży, a ostatecznie doprowadził do zrodzenia inicjatyw, w ramach których członkowie i członkinie grupy włączyli się w wolontariat na rzecz społeczności, budując schronienia i pomagając innym w załatwianiu spraw. Wpływ grupy wykroczył poza jej bezpośrednią działalność, wzmacniając pozytywne interakcje społeczne pomiędzy osobami w różnym wieku i o zróżnicowanym pochodzeniu.

→ 5.4. WYZWANIA I WZGLĘDY SZCZEGÓLNE

Jednym z głównych wyzwań jest określenie, kto należy do grupy. Niekiedy grupy powstają spontanicznie, co może rodzić problemy. Przykładowo, skład grupy może stwarzać problematyczną dynamikę, jeśli wszystkich jej członków i członkinie łączy pochodzenie etniczne (w kontekście napięć na tle etnicznym). Grupy, do których należy kilku członków lub członkiń tej samej rodziny, mogą wzbraniać się przed rozmowami na tematy prywatne. Z drugiej strony spontanicznie tworzone grupy mogą okazać się niezwykle użyteczne: wywodzą się z wewnętrznych struktur wsparcia społeczności i dobrze rozumieją ich funkcjonowanie. Członkowie i członkinie grupy czują się swobodniej, ponieważ znają się nawzajem i darzą się zaufaniem.

Tworzenie grup może ułatwić wywieranie wpływu na ich dynamikę – osoby uczestniczące można dobrać tak, aby zapewnić grupie równowagę.

Jednak z tym doborem mogą także wiązać się wyzwania. Należy zdecydować, czy grupa powinna mieć charakter heterogeniczny czy też homogeniczny. Członkostwo powinno determinować cele przyjęte przez grupę. Przykładowo jeśli grupa chce stworzyć bezpieczne forum socjalizacji dla kobiet samotnie utrzymujących rodzinę, może ona wyrazić chęć wykluczenia mężczyzn z uczestnictwa. Czynniki, które należy wziąć pod uwagę przy ustalaniu kryteriów członkostwa, to np. wiek, płeć, przynależność do klanu/grupy etnicznej, zainteresowania, obowiązki, miejsce pochodzenia, status społeczny, przynależność do społeczności dotkniętej kryzysem/ przyjmującej, przynależność do grupy religijnej i inne. Nie oznacza to, że należy wprowadzić segregację na podstawie tych czynników, ale jedynie to, że istotne jest wzięcie pod uwagę faktu, że będą one oddziaływały na dynamikę wewnętrzną grupy, jak i na postrzeganie jej przez resztę społeczności, co może z kolei wpłynąć na obraz własny grupy.

Kolejna kwestia, którą należy wziąć pod uwagę, to pytanie, czy grupa będzie otwarta na nowe członkostwo czy zamknięta. W tym celu należy przeanalizować szereg kryteriów:

- Rozmiar grupy – jeśli grupa zbyt się rozrośnie, osiągnięcie jej celów może stać się utrudnione;
- Struktura grupy – czy jest to grupa raczej nieformalna, skupiona na zajęciach społecznych, czy sformalizowana, z określonym podziałem ról wśród członków i członkiń, i ze sformułowanym celem psychospołecznym. W tym drugim przypadku otwarcie się na nowe osoby może okazać się trudniejsze;
- Rozwój grupy – w miarę jak grupa ewoluuje, a jej członkowie i członkinie doświadczają kolejnych etapów jej rozwoju, dołączenie do grupy może stawać się coraz trudniejsze.

Należy uwzględnić konieczność radzenia sobie z trudnymi członkami i członkiniami grupy wsparcia i ich niezamierzonym wpływem na podejmowaną aktywność. Zespoły MHPSS powinny mieć świadomość potencjalnego niekorzystnego wpływu trudnych osób w grupie na działania socjalne i kulturalne i zastosować odpowiednie środki w celu jego ograniczenia. Przykładowo:

- Osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego mogą czuć się gorzej i zamknąć się w sobie, jeśli próbują czegoś, co okazuje się dla nich zbyt trudne. Wpływa to na atmosferę w grupie.
- Osoby, które przejawiają dużą skłonność do przeszkadzania innym, mogą utrudniać pozostałym uczestnictwo w zajęciach.
- Udział w niektórych zajęciach może okazać się niekorzystny dla zdrowia osób borykających się z problemami zdrowotnymi.
- Należy zapobiegać ewentualnym przejawom przemocy i bójkom.
- Członkowie i członkinie, którzy biorą udział, ale nie w sposób aktywny lub mają problemy z komunikacją, mogą wpływać na atmosferę w grupie.
- Bardziej dominujące osoby w grupie mogą próbować narzucać własne wartości.
- Ważne jest wyznaczenie granic i zarządzanie oczekiwaniami, tak aby wszyscy wiedzieli, co jest stosowne i czego można się spodziewać. Negatywne doświadczenia mogą utrudniać członkom i członkiniom grupy zaangażowanie się w jej działalność.

Należy także ustalić priorytety i zdecydować, czy bardziej odpowiednie dla sytuacji jest zastosowanie rozwiązań efektywnych z punktu widzenia kosztów, czy wdrażanie kilku pomysłów jednocześnie. Najpopularniejsze zajęcia obejmą swoim zasięgiem szersze grono członków i członkiń społeczności dotkniętej kryzysem, jednak jednocześnie istnieje ryzyko, że w związku z tym z programu wykluczone zostaną pewne jednostki lub nie zostaną zaspokojone konkretne potrzeby.

Podtrzymanie działalności grupy może okazać się trudne, szczególnie w sytuacji przedłużonego przesiedlenia.

Dynamika grupy może się z czasem zmieniać: Przykładowo zmianie mogą ulec typy aktywności i zasady członkostwa. Grupy mogą także dać początek nowym grupom lub podgrupom, o ile pojawi się taka potrzeba. Przykładowo w ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej w Wwau (Sudan Południowy) w ramach programu zdrowego odżywiania zostały zorganizowane grupy wsparcia matek. Nastoletnie i młode matki nie zabierały zwykle głosu podczas zajęć. Gdy osoba moderująca zapytała je dlaczego, odparły, że nie czują się swobodnie, mówiąc o kwestiach związanych z ich statusem w obecności starszych kobiet, w tym ich krewnych. Ostatecznie powstała nowa podgrupa w ramach grupy matek.

Grupa może także ulec rozwiązaniu, co następuje z różnych przyczyn: na podstawie decyzji członków i członkiń w związku ze zrealizowaniem przyjętych celów lub w wyniku kolejnego przesiedlenia. W miarę jak grupa ewoluuje, a osoby tworzące ją angażują się w nią emocjonalnie, przygotowanie się na taką ewentualność staje się coraz istotniejsze. Potencjalne rozwiązanie grupy może także wpłynąć na sposób powstawania kolejnych. Przykładowo, w Nigerii utworzyły się grupy złożone z osób pochodzących z tej samej okolicy, po to, aby po powrocie móc kontynuować działalność w miejscu pochodzenia.

Pełna bibliografia zawierająca materiały dodatkowe jest dostępna [tutaj](#).



6. DZIAŁANIA KREATYWNE I ARTYSTYCZNE





6.1. CO POWINNA WIEDZIEĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

Ramka 28

Materiał wideo do rozdziału

Treść tego rozdziału została objaśniona w tym materiale **wideo** opracowanym jako materiał uzupełniający do podręcznika. Aby uzyskać informacje zaprezentowane w tym rozdziale w formie wizualnej, obejrzyj film, zanim przeczytasz rozdział lub po jego przeczytaniu.



W tym rozdziale pojawi się wprowadzenie do zagadnienia ekspresji poprzez sztukę i zajęć kreatywnych, obejmujących m.in. muzykę, teatr i przedstawienia, opowieści, poezję i twórcze pisanie, taniec, malarstwo, rzeźbę, fotografię i kręcenie filmów w ramach programów MHPSS. Celem jest przedstawienie osobom koordynującym działania MHPSS, w jaki sposób należy planować i monitorować programy MHPSS, które uwzględniają elementy kulturowe sprzyjające ekspresji, relaksacji, symbolicznemu przekształceniu i transformacji bolesnych przeżyć, komunikacji, tworzeniu więzi, rozwiązywaniu problemów oraz spokojnym rozmowom przy użyciu metafor, komunikacji społecznej i dokumentacji. Działania te mogą zaowocować aktywowaniem procesów, które są zarazem uzdrawiające, edukacyjne, społeczne i kulturowe, a przy tym zakorzenione w ustrukturalizowanej i rozpoznawalnej (a tym samym bezpiecznej) formie, otwierając tym samym drogę do przemian i transformacji indywidualnych, subkulturowych i zbiorowych.

Działania artystyczne i kreatywne są ściśle powiązane z paradygmatami przedstawionymi w rozdziale **Modele działania**. Interwencje artystyczne umożliwiają powiązanie trzech wymiarów **modelu psychospołecznej strategii planowania w sytuacjach kryzysu i przesiedlenia**, ponieważ tworzą związek pomiędzy ciałem i umysłem w ramach twórczego działania, które jest relacyjne, zakorzenione w kulturze i prowadzi do stworzenia dóbr kultury w postaci pieśni, rzeźb, obrazów, spektakli, filmów itp.

Mają one kluczowe znaczenie dla modelu programowania CB MHPSS, ponieważ:

- Sztuka, która ma moc przekształcania cierpienia, złych doświadczeń i zbiorowych traum w dzieła o znaczeniu estetycznym, społecznym i kulturowym, działa na styku wymiaru indywidualnego, grupowego i społecznego – w miejscu, gdzie zbiegają się cierpienie, zdolność i praktyki prowadzące do jego przezwyciężania oraz pozytywne skutki zdarzeń kryzysowych.
- Jednoczą jednostki z rodzinami, podgrupami i większymi komórkami społeczeństwa, prowadząc potencjalnie do pojawienia się nowych narracji w dyskursie publicznym.
- Ich metaforyczny, lecz czytelny język jest w stanie niekiedy wyrazić to, co niewyraźne, połączyć kwestie, które pozornie się ze sobą nie łączą.

Działania te stanowią niezwykle ważny wymiar tożsamości, ponieważ są fundamentalną cechą tożsamości zbiorowych oraz mogą udzielać głosu tożsamościom subkulturowym, promując zarazem jednostki.

Ramka 29

Efekty działań artystycznych i twórczych

Zajęcia artystyczne i twórcze mogą mieć pozytywny wpływ na społeczne i kulturowe wyznaczniki zdrowia, takie jak kapitał społeczny, umiejętność czytania i pisanie, inne umiejętności życiowe i zaradność. Ponadto najnowsze badania z zakresu neurobiologii, psychologii, neuroendokrynologii i odporności wskazują, że uczestnictwo w zajęciach kulturalnych i artystycznych może wywierać pozytywny wpływ na poziomie organicznym, sprzyjając kontrolowaniu negatywnych skutków długotrwałego stresu i wzmacniając odpowiedź układu odpornościowego. Według najnowszych badań z dziedziny neuroestetyki wizja i kreacja form artystycznych sprzyja aktywności neuronów lustrzanych, stymuluje empatię i „dostrojenie”.





Zajęcia teatralne dla dzieci w Izmirze (Turcja). © IOM 2019

Związek pomiędzy tymi działaniami i piramidą MHPSS IASC zostanie objaśniony w kolejnym podrozdziale.

W pierwszej kolejności w niniejszym rozdziale przeanalizowane zostaną aspekty, które należy rozważyć w kontekście uwzględnienia zajęć artystycznych w programie MHPSS. Następnie opiszemy etapy projektowania programu, które powinny umożliwić włączenie do niego tych działań. Wreszcie przedstawimy szczegółowo niektóre procesy i modele działania, które dotyczą tylko jednej z dziedzin sztuki, to jest teatru. Teatr został wykorzystany jako przykład ze względów, które zostaną objaśnione w dalszej części rozdziału.

6.1.1 Wskazania dotyczące projektowania programu

Działania artystyczne i kreatywne są zakorzenione w działalności społeczności ludzkich i występują we wszystkich społecznościach. Program MHPSS powinien zostać opracowany w taki sposób, aby chronić lub reaktywować te praktyki po wystąpieniu kryzysu i/lub po wysiedleniu, tak aby zespoły teatralne, taneczne, muzyczne oraz poszczególni artyści i artystki mogli kontynuować swoją twórczość. Do tego celu może np. posłużyć wsparcie rzeczowe i dystrybucja materiałów, utworzenie centrum integracji lub świetlicy wyposażonej w instrumenty muzyczne. Są to tzw. działania generowane przez społeczność. Jako że działania te prowadzą do wytworzenia kapitału społecznego, stwarzają okazję do zbiorowych dyskusji

i budowania znaczeń, program wsparcia psychospołecznego powinien stwarzać okazję do tworzenia powiązań pomiędzy tymi doświadczeniami, a w przypadku przesiedlenia – powiązań pomiędzy podobnymi doświadczeniami artystycznymi w społeczności przyjmującej i wysiedlonej. Oznacza to tworzenie przestrzeni wsparcia w rodzaju festiwalów, imprez, konkursów i wystaw tematycznych. Obejmuje to także tworzenie wspólnych dzieł, jak i dedykowanej przestrzeni multidyscyplinarnej, która ułatwi integrację na opierającą się na działaniu i wspólnym języku sztuki, a nie – bezradności i świadczonych usługach. Działania te są definiowane jako wspierane przez program.

Dodatkowo, w sposób jak najbardziej spójny z przyjętymi celami, program MHPSS powinien dążyć do zmobilizowania i wspierania potencjału artystów i artystek oraz osób, które lubią wykorzystywać różne formy sztuki w ramach warsztatów i procesów poświęconych MHPSS (relaksacja, samoocena, spójność społeczna, rozwój społeczności, pokojowa dyskusja, dokumentacja) i ukierunkowanych na osoby z grup szczególnie wrażliwych. Chodzi nie tylko o wspieranie istniejących praktyk, ale także o angażowanie różnych społeczności artystycznych i indywidualne artystki i artystów, aby podzielili się wiedzą i umiejętnościami z innymi w ramach swoich społeczności, mając na celu ich odbudowę i regenerację. Większość tych form sztuki wykorzystuje się do różnych celów społecznych i psychologicznych w krajach rozwiniętych, jak również w obszarze psychospołecznym



działalności humanitarnej od dziesięcioleci (**Schininà, 2009**). Na przestrzeni lat wyodrębniono najlepsze tego rodzaju praktyki. Działania te są definiowane jako generowane przez program.

Wreszcie interwencje twórcze i artystyczne mogą stanowić punkt dostępu do społeczności, a także narzędzie oceny dla potrzeb projektowania programu.

Ramka 30

Trzy kategorie działań

- Działania generowane przez społeczność chronią, wspierają i reaktywują istniejące zasoby twórcze i artystyczne;
- Działania wspierane przez program bazują na istniejącym potencjale twórczym i artystycznym, stwarzając okazję do budowania więzi, mobilizacji oraz dobrej komunikacji;
- Działania generowane przez program mobilizują potencjał twórczy i artystyczny w ramach konkretnych działań i warsztatów ukierunkowanych ściśle na wsparcie psychospołeczne, określone problemy lub szczególnie wrażliwe grupy.

Działania twórcze i artystyczne operują jednocześnie na różnych poziomach:

- Ekspresja indywidualna (np. malowanie, śpiew, taniec);
- Budowanie grupy (np. chóry, zespoły muzyczne, grupy taneczne i teatralne);

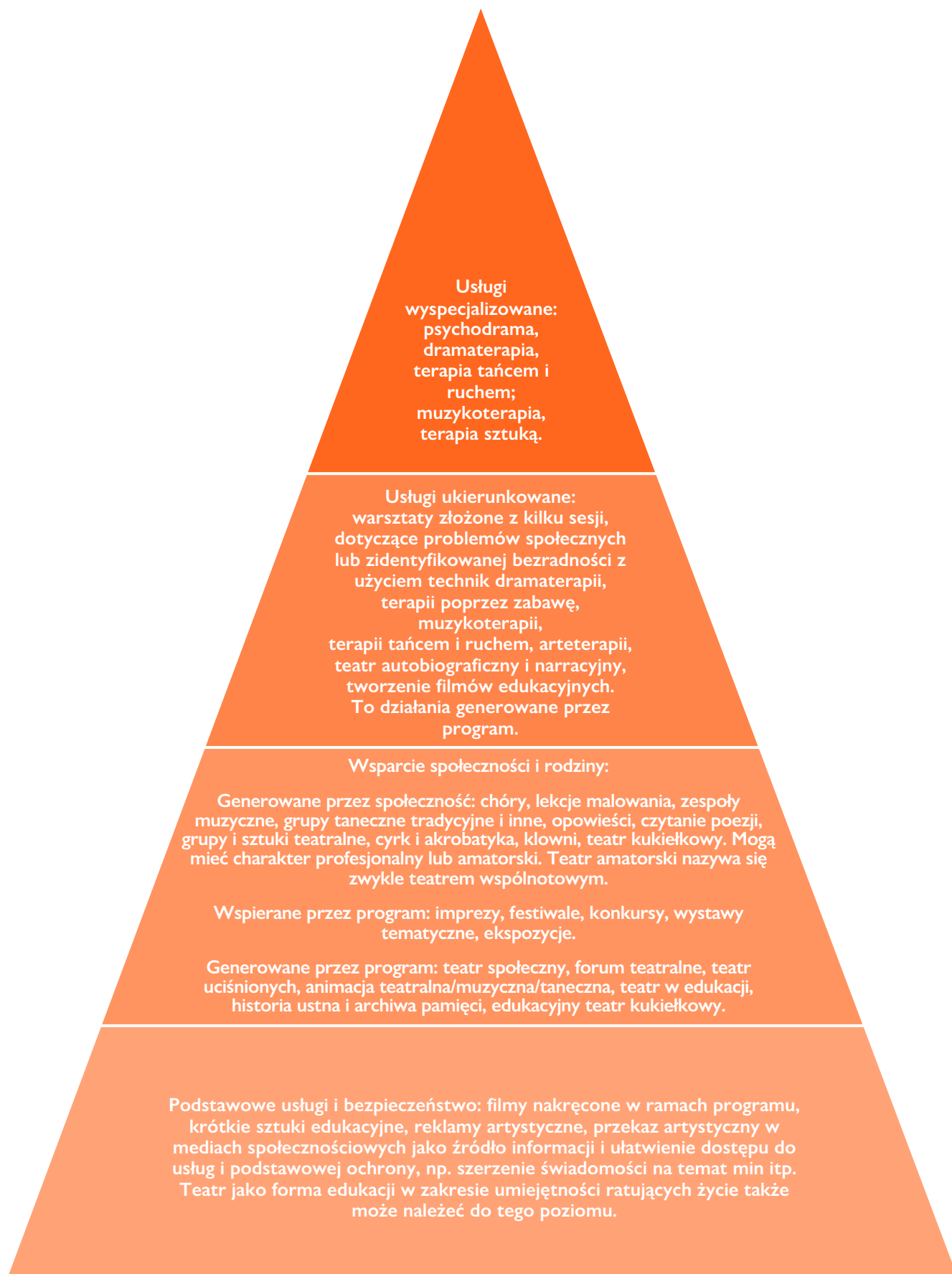
- Pokojowa dyskusja i identyfikacja problemów w ramach grupy (np. fora teatralne, opracowanie programu koncertu i inne);
- Komunikacja społeczna pomiędzy grupą i społecznością (np. przedstawienia teatralne, koncerty, wystawy, filmy).

Istnieją znaczne różnice pomiędzy poszczególnymi formami sztuki pod względem siły ich oddziaływania na każdym z tych poziomów. Przykładowo sztuka figuratywna aktywuje poziom indywidualnej ekspresji artystycznej, a także komunikacji społecznej poprzez „obiekty”, które wytwarza. Teatr i taniec kładą większy nacisk na aspekty relacyjne i budowanie grupy, ponieważ często wymagają pracy zespołowej oraz widowni, co skutkuje nawiązaniem relacji z grupą zewnętrzną. Produkcje filmowe i wystawy fotografii koncentrują się zwykle na komunikacji społecznej. Programy MHPSS bazują zwykle na istniejących zasobach i praktykach, należy jednak rozważyć trwałość wykorzystanych środków, przypisując danemu działaniu cele w zakresie wsparcia psychospołecznego. Działania artystyczne i kreatywne obejmują szereg praktyk funkcjonujących na czterech poziomach piramidy interwencji psychospołecznych, przy czym większość praktyk lokuje się na **poziomach 2 i 3**. Schemat przedstawiony na rysunku 9 przedstawia kategoryzację niektórych działań, nie jest on jednak wyczerpujący.



6. DZIAŁANIA KREATYWNE I ARTYSTYCZNE

Rysunek 9: Działania twórcze w kontekście piramidy MHPSS



Jednakże w kontekście sytuacji kryzysowej:

- Terapie poprzez sztukę jako forma leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego (poziom czwarty) mogą mieć zastosowanie wyłącznie, jeśli dostępni są certyfikowani specjaliści i specjalistki; w przeciwnym razie program nie powinien obejmować działań w tym zakresie.
- Zastosowanie praktyk w ramach wsparcia ukierunkowanego na problem (poziom trzeci) może stanowić element programu MHPSS – możliwe jest przeszkolenie artystów i artystek oraz aktywistów i aktywistek w tym zakresie – jednak zawsze powinny one być facylitowane lub z udziałem zespołów mieszanych złożonych z artystów i artystek oraz osób z wykształceniem psychologicznym lub terapeutycznym.
- Projekty artystyczne i twórcze w ramach społeczności mogą realizować i nadzorować wszystkie osoby, które posiadają odpowiednie umiejętności w danej dziedzinie sztuki. Można wyróżnić tu dwie kategorie: działania generowane przez społeczność oraz jedynie wspierane przez program oraz działania generowane przez projekt w odpowiedzi na konkretne potrzeby społeczne. Kategoria ta obejmuje rekreacyjne wykorzystanie sztuki.
- Na poziomie usług podstawowych sztuka może posłużyć do kreatywnego informowania ludzi o dostępnych usługach i środkach ratujących życie poprzez występy, symulacje, reklamy radiowe czy piosenki stworzone specjalnie w tym celu.

Podział powyższych praktyk w ramach poziomów interwencji może okazać się płynny. Jest on jednak istotny, ponieważ bardzo często w programach humanitarnych MHPSS terminy i koncepcje związane z psychospołecznym zastosowaniem dziedzin sztuki nie są używane w sposób konsekwentny. W wielu przypadkach gry edukacyjne oferowane na poziomie wsparcia społeczności są nazywane psychodramą, co stwarza fałszywe wrażenie, że mają one potencjał leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego, a także obawę, że mogą okazać się szkodliwe. To samo dotyczy definicji dramaterapii, arteterapii i innych określeń używanych błędnie do zdefiniowania działań, które w istocie nie mają z tymi nazwami nic wspólnego, a dotyczą jedynie zastosowania

kreatywnych narzędzi w programie MHPSS. Jednak w sytuacji, gdy faktycznie wykorzystuje się terapie poprzez sztukę, należy także zapewnić nadzór merytoryczny, ochronę oraz wdrożyć odpowiednie dla tej dziedziny metody.



6.2. CO POWINNA ROBIĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

Osoby koordynujące programy MHPSS nie prowadzą na ogół zajęć artystycznych i twórczych samodzielnie, powinny jednak zapewnić możliwość wykorzystania w ramach programu związanych z nimi metod i praktyk w następujący sposób:

- (a) Poprzez mapowanie istniejących i wcześniej istniejących praktyk i zasobów twórczych oraz ocenę sposobu ich postrzegania przez społeczność, włącznie z:
 - (i) Indywidualnymi artystami i artystkami (w tym nieprofesjonalnymi);
 - (ii) Nauczycielami i nauczycielkami powiązanych dziedzin;
 - (iii) Zespołami, grupami i firmami, zarówno formalnymi, jak i nieformalnymi;
 - (iv) Przestrzeniami i lokalami, w której działania te są realizowane, o ile takie istnieją;
 - (v) Działaniami artystycznymi i twórczymi bardziej rozpoznawalnymi dla całej społeczności, w tym z tradycjami powiązаныmi z jej spuścizną kulturową i artystyczną.
- (b) Poprzez odtworzenie i ochronę istniejących lub wcześniej istniejących praktyk i zasobów. Działania te mogą być realizowane na wiele sposobów i wymagają umieszczenia w odpowiednim kontekście. Wsparcie może mieć charakter materialny lub niematerialny, być realizowane w ramach sieci lub szkoleń oraz obejmować wymianę. Przykładowo projekt może zapewnić wsparcie rzeczowe dla poszczególnych artystów lub artystek i grup twórczych w postaci materiałów, instrumentów, wyposażenia oraz bezpiecznej przestrzeni. Wsparcie to może podlegać wymianie (patrz (d) mobilizacja sztuki, poniżej) i powinno obejmować:
 - (i) Raczej inicjatywy zbiorowe niż indywidualne (np. chór, a nie solista lub solistka);

6. DZIAŁANIA KREATYWNE I ARTYSTYCZNE

- (ii) Inicjatywy skierowane do grup najbardziej wrażliwych, jeśli takie istnieją (np. klasa teatralna w szkole lub sąsiedztwie o trudnej sytuacji bądź ośrodku kultury dla mniejszości);
- (iii) Procesy artystyczne o szerszym zasięgu (np. tradycyjne grupy taneczne występujące podczas mszy niedzielnych lub świąt, występy radiowe);
- (iv) Dedykowaną przestrzeń, np. centra integracji psychospołecznej (patrz rozdział poświęcony psychospołecznym zespołom mobilnym) lub schroniska.

Ze względu na fakt, że praktyki te mają dużą wartość subkulturową, należy mieć świadomość, że ich realizacja i postrzeganie przez różne grupy w tej samej społeczności może być zróżnicowane. Przy doborze działań objętych wsparciem należy także przyjąć postawę wrażliwości na konflikty i kontekst oraz postępować zgodnie z zasadą „nie szkodzić”.

- (c) Poprzez katalizowanie tych inicjatyw i łączenie ich w sieć. Działania takie są zwykle wspierane przez program i odbywają się poprzez:
 - (i) Wznawianie festiwali, konkursów i świąt;
 - (ii) Poszukiwanie sposobów włączania efektów pracy artystycznej osób z niepełnosprawnościami do programu imprez, wystaw i festiwali organizowanych w społeczności przyjmującej;
 - (iii) Organizację konkursów, festiwali, imprez, kampanii tematycznych, wystaw, odczytów, kina objazdowego lub stałego oraz wycieczek, aby wzmocnić integrację sieci;
 - (iv) Działania te mogą bazować na określonych mediach (np. festiwal filmowy, dzień teatralny, konkurs taneczny) lub obejmować określony obszar (patrz przykładowy model w ramce 31);
 - (v) Informowanie władz lokalnych i nawiązywanie kontaktu z nimi.

(d) Poprzez mobilizowanie działań artystycznych. Potencjał i energię w tym obszarze należy zmobilizować w kierunku rozwiązania problemów społeczności lub włączania określonych grup bądź wzmacniania spójności społecznej, przypisując im bezpośrednio

lub konkretne funkcje wsparcia psychospołecznego. Można to osiągnąć na wiele sposobów, m.in. poprzez:

- (i) Kampanie wzywające osoby uzdolnione artystycznie do działań na rzecz społeczności (patrz np. ramka 32);
- (ii) Organizowanie szkoleń z wykorzystaniem sztuki jako formy działania społecznego, np. teatru społecznego, sztuki w edukacji, adaptacji terapii poprzez sztukę i teatr do mobilizacji społecznej, grup problemowych (patrz np. ramka 33);
- (iii) Oferowanie zachęt lub dotacji dla interwencji na małą skalę z udziałem bardziej narażonych społeczności z wykorzystaniem działań artystycznych dla celów społecznych. Mogą być one powiązane ze szkoleniem;
- (i) Wymianę w związku z udzieleniem wsparcia. Przykładowo jeśli program przewiduje wyposażenie jednego z centrów integracji psychospołecznej w instrumenty dla zespołu muzycznego i udostępnienie ich zespołom z sąsiedztwa w formie zmianowej, można zwrócić się do tych zespołów, aby w zamian podjęły działania na rzecz społeczności. Działania zwrotne mogą przybierać różne formy, takie jak:
 - koncert, samodzielny lub związany z daną imprezą lub świętem;
 - nauka gry na instrumencie dla przesiedlonej młodzieży;
 - jeśli artyści i artystki zechcą poddać się szkoleniu i czują taką potrzebę i/lub wykazują właściwą postawę, można zorganizować warsztaty z wykorzystaniem muzyki i rytmu jako formy ekspresji i relaksu;
 - istotne jest, aby nie zmuszać nikogo do pełnienia funkcji wsparcia psychospołecznego, jeśli dana osoba nie jest na to gotowa lub nie jest zainteresowana wymianą, ale znaleźć najlepszą formę wymiany w kontekście obserwowanych postaw i zaangażowania w realizację programu MHPSS.

To tylko jeden z przykładów – podobne propozycje można kierować do malarzy i malarek, aktorów i aktorek, poetów i poetek, pisarzy i pisarek oraz innych.



Warsztaty artystyczne w obozie dla osób wewnętrznie przesiedlonych w Gubio, Maiduguri, Nigeria. © IOM 2018

Mobilizacja może skutkować szeregiem działań angażujących określone grupy członków i członkiń społeczności w warsztaty teatralne, taneczne, muzyczne, filmowe czy twórczego pisania, w których grupa spełnia się twórczo i w których dynamika i dobrostan uczestniczek i uczestników są ważniejsze od walorów estetycznych powstającego produktu. W przypadku gdy taki produkt powstanie i zostanie zaprezentowany, odpowiedni pokaz, wystawa, projekcja itd. powinny być otwarte wyłącznie dla najbliższej społeczności – znajomych, rodziny, opiekunów i opiekunek.

Ramka 31

Mobilizacja zasobów artystycznych i twórczych

Spółdzielniowa grupa zajmująca się badaniem teatru przy uniwersytecie w Turynie przyjęła model mobilizowania zasobów artystycznych i twórczych na obszarach i w obozach zagrożonych marginalizacją. Zespół tworzy okazje do wymiany artystycznej w formie imprez lokalnych, na które zaprasza się najbardziej kreatywnych członków i członkinie społeczności jako osoby przedstawiające, pozostałych zaś – jako widzów. Projekty takie powinny być realizowane w miejscach, które są bezpieczne, przystosowane i które mogą mieć wymiar symboliczny dla danej społeczności, m.in. w centrach integracji i wsparcia psychospołecznego IOM. Zaliczają się do nich parady, koncerty, odczyty, pokazy sztuki i rzemiosła, które mogą przerodzić się w rytuał/ zdarzenie powtarzalne.

(e) Poprzez uwzględnienie w programie grup wsparcia, interwencji wspólnotowych na rzecz osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego oraz wsparcia ukierunkowanego w formie warsztatów i procesów twórczych. Działania te, ze względu na ich cel psychospołeczny, który może być zróżnicowany (od relaksacji i kontroli stresu po spójność społeczną), są na ogół związane z szeregiem zabezpieczeń i ograniczeń. Osoba koordynująca program MHPSS nie jest ekspertem czy ekspertką w dziedzinie sztuk stosowanych i powinna w fazie projektowania polegać na odpowiednich zasobach krajowych, regionalnych i międzynarodowych. Jednak większość stosowanych technik i procesów ma pewne elementy wspólne:

- (i) Stopniowa realizacja: nie chodzi o to, aby stworzyć coś jak najszybciej – uczestnicy i uczestniczki mają czas na indywidualną ekspresję, budowanie relacji, tworzenie bezpiecznej przestrzeni i zaufania, eksplorację, negocjacje, informacje zwrotne;
- (ii) Bazowanie na zasobach: działania przebiegają w oparciu o zasoby. Możliwe jest podzielenie osób uczestniczących na grupy stosownie do ich potrzeb, jednak w ramach grupy roboczej praca koncentruje się wokół zasobów (związanych z narzędziami artystycznymi);
- (iii) Bazowanie na działaniu: wsparcie psychospołeczne przy pomocy sztuki nie jest udzielane ogólnie ani nie ma charakteru dydaktycznego – to procesy facylitacji i oceny realizowane wspólnie z uczestnikami i uczestniczkami. Warunkiem, jak i celem działalności artystycznej jest inicjatywa.
- (iv) Ukierunkowanie na różnorodność: działania umożliwiają wszystkim osobom uczestniczącym wyrażenie własnej tożsamości osobistej i kulturowej oraz pokojowe zetknięcie się z tożsamościami innych osób w atmosferze szacunku poprzez rozwój zachowań inkluzywnych. Socjalizacja różnic jest możliwa dzięki temu, że w procesach twórczych większa różnorodność prowadzi do ciekawszych wyników;
- (v) Budowanie grupy: osoby uczestniczące są zachęcane poprzez zajęcia, gry i procesy artystyczne do odkrywania dzielących ich różnic, jak i łączących ich podobieństw na poziomie fizycznym, psychologicznym i kulturowym. Ekspresja poprzez teatr i twórczość artystyczną sprzyjają komunikacji i współpracy w grupie, często bez użycia słów, które mogą stać się punktem zapalnym w sytuacjach konfliktowych;
- (vi) Bazowanie na metaforach: większość działań, szczególnie tych związanych z teatrem, sztuką i muzyką, ma charakter metaforyczny. Ekspresja problemów oraz osobistych uczuć i doświadczeń następuje za pośrednictwem tzw. obiektu przejściowego – pieśni, postaci, kukielki lub rzeźby – który pozwala wyrazić siebie, a zarazem zdystansować się do swoich osobistych przeżyć;
- (vii) Jakość procesów i produktów: zajęcia nie tylko zachęcają do wyrażania siebie, ale także

do wspólnego poszukiwania najskuteczniejszych metod komunikacji. Badanie jakości relacji, jak i tworzenia pozwala uruchomić strategię zaradności i posiadane zasoby oraz poczuć zadowolenie estetyczne, co jest istotne z punktu widzenia ich dobrostanu;

- (viii) Interdyscyplinarność: zwykle w warsztatach uczestniczą artyści/ artystki oraz psycholog/ psycholożka lub terapeuta/ terapeutka.

Z reguły warsztaty rozpoczynają się od procesu, który ma na celu wzmocnienie poszczególnych uczestników i uczestniczek, a następnie stworzenie bezpiecznej przestrzeni dla swobodnej ekspresji i nawiązywania relacji z innymi. Gdy grupa jest wystarczająco zintegrowana, może przystąpić do rozwiązywania problemów przy pomocy metafory i środków artystycznych, aby na koniec stworzyć obiekt artystyczny dla widowni, która zwykle jest wyselekcjonowana i składa się z osób bliskich uczestnikom i uczestniczkom (rodziny, przyjaciele i przyjaciółki, sąsiedzi i sąsiadki, opiekunowie i opiekunki oraz interesariusze podejmujący decyzje w stosownych kwestiach). Angażowanie artystów i artystek w takie formy wsparcia powinno być poprzedzone ich starannym przeszkoleniem, odpowiednio do stosowanych technik i środków artystycznych.

Ramka 32

“Dam radę”

W dolinie Bekaa, jednym z regionów Libanu najdotkliwiej poszkodowanych przez wojnę z Izraelem w roku 2006, po jej zakończeniu i powrocie ludzi do domu, IOM i UNICEF uruchomiły kampanię I can do („Dam radę”). Jej celem było zmobilizować jednostki i grupy o zdolnościach artystycznych i kreatywnych do opracowania interwencji społecznych na rzecz najbardziej dotkniętych społeczności. (Patrz wersja angielskojęzyczna [materiałów dotyczących kampanii](#)). Kampania przyciągnęła rzeszę ludzi, którzy zaproponowali działania wdrożone następnie w celu uruchomienia centrum rekreacji i porad dla rodzin, prowadzonego przez IOM. Po dwunastu latach ośrodek wciąż działa i jest prowadzony przez lokalną NGO, a część osób, które odpowiedziały pierwotnie na wezwanie do udziału, nadal facylituje jego działania.



→ 6.3. PRZYKŁADY ZAJĘĆ TEATRALNYCH GENEROWANYCH PRZEZ PROGRAM

Techniki i procesy artystyczne, które można wykorzystać w ramach generowanych przez program działań w zakresie MHPSS, są zróżnicowane i nie zostały wyczerpująco omówione w treści niniejszego rozdziału. Dla przykładu poniżej zaprezentowano szereg technik związanych z teatrem. Teatr i performans to dziedziny sztuki, które cieszą się szczególną popularnością w kontekście rozwoju społeczności, wsparcia psychospołecznego i zdrowia psychicznego.

Może mieć to związek z faktem, że na ogół bazują one na ekspresji fizycznej i emocjonalnej oraz powiązaniach między nimi, a także na improwizacji i relacjach w zespole. Efekty takich działań mają charakter relacyjny, ponieważ wymagają obecności co najmniej dwóch osób – aktora i widza – oraz mogą wywoływać katharsis (emocjonalne oczyszczenie poprzez identyfikowanie się z doświadczeniami odgrywanej postaci) lub metaxis (zdolność do zrozumienia fundamentalnych podstaw problemu dzięki grze aktorskiej).

- (a) Dramaterapia – jest to certyfikowana forma terapii bazująca na powiązaniach pomiędzy ciałem i umysłem, pamięcią i ekspresją, regulacją emocjonalną i ekspresją fizyczną emocji, odgrywaniem ról i twórczą dyskusją.

Jej zadaniem jest przepracowanie w bezpieczny sposób doświadczeń osobistych przy użyciu obiektów przejściowych (kukielki, opowieści, postaci) i metafor. W dramaterapii wyróżnia się dwie główne praktyki – w ramach jednej z nich uczestnicy i uczestniczki pracują nad gotowymi sztukami teatralnymi, postaciami, historiami, mitami i legendami, które mogą wywoływać skojarzenia z ich własnym życiem; druga polega na odgrywaniu własnych traumatycznych przeżyć z przeszłości. Dramaterapia może być wykorzystywana w programach MHPSS IOM w sytuacjach kryzysowych z udziałem osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego, wyłącznie jeśli praktyki takie są znane, a prowadzący zostali odpowiednio przeszkoleni. W przeciwnym razie możliwe jest nauczenie się niektórych praktyk dramaterapii i wykorzystywanie ich jako wsparcia ukierunkowanego na konkretny problem, w szczególności z użyciem już opracowanych materiałów kreatywnych. Aby uzyskać więcej informacji na temat wykorzystania dramaterapii w ramach wsparcia ukierunkowanego, patrz Jennings (2005, 2009, 2017, 2018).

- (b) Psychodrama. Zbliżona do dramaterapii psychodrama to terapia certyfikowana, w ramach której odgrywa się traumatyczne zdarzenie z przeszłości wraz z grupą koleżeńską, co pozwala osobie, która doświadczyła traumy zmienić elementy własnych zachowań w danej sytuacji, lub poprosić o to samo innych, aby osiągnąć katharsis. Stosowanie tej formy terapii jest możliwe, wyłącznie jeśli na miejscu dostępni są





eksperci lub eksperki zajmujący się tą dyscypliną. W przeciwnym razie nie jest to zalecane ze względu na niezbędne do tego umiejętności, czas oraz inne uwarunkowania. Patrz Moreno (1987) oraz **tutaj**, a także **tutaj**.

- (c) Teatr z playbacku to forma podobna do psychodramy, lecz mniej angażująca emocjonalnie. Teatr z playbacku wymaga grupy aktorów/ aktorek lub osób przeszkolonych, które są w stanie zaimprovizować historię opowiedaną przez osobę z grupy lub widowni, nadając jej formę wizualną. Jest to technika powszechnie stosowana w sytuacjach naruszenia praw człowieka.

Ramka 33

Szkolenie IOM w Syryjskiej Republice Arabskiej

W latach 2014-2015 IOM zorganizowała w Damaszku roczny kurs dla artystów i artystek oraz aktywistów i aktywistek wspierających przeprowadzanie warsztatów artystycznych w ramach programów wsparcia psychospołecznego dla kobiet, młodzieży i dzieci przesiedlonych i dotkniętych kryzysem w całym kraju. Wśród osób uczestniczących znaleźli się malarze i malarki, aktorzy i aktorki, muzycy i muzyczki oraz animatorzy i animatorki pracujący dla 20 różnych organizacji, grup wolontariackich i kościołów, a szkolenie składało się z pięciu 24-godzinnych modułów oraz uwzględniało nadzór na odległość. Moduły obejmowały dramaterapię i techniki terapii poprzez sztukę, teatr społeczny, teatr kukielkowy w ramach interwencji społecznej oraz Teatr Uciśnionych. Techniki te okazały się szczególnie użyteczne dla przyjętych celów, ponieważ umożliwiły uczestnikom i uczestniczkom wyrażenie opinii przy pomocy metafor, gwarantowały prywatność i bezpieczeństwo, jakich brakowało w interwencjach opartych w większej mierze na rozmowach ze względu na szczególny charakter sytuacji kryzysowej. Proces oceny, który trwał 18 miesięcy, wykazał, że uczestnicy i uczestniczki bardzo skorzystali na szkoleniu zarówno pod względem profesjonalnych umiejętności, jak i osobistego wzmocnienia czerpanego z interaktywnych i eksperymentalnych części modułu. Moduły można pozyskać pod adresem **contactpss@iom.int**.

- (d) Teatr społeczny (teatr stosowany). Na początku lat 90. drogę do budowania bezpośrednich interakcji z problemami jednostek i grup w określonych obszarach odnalazła nowa forma teatru, czerpiąca inspirację i metody z animacji teatralnej oraz teatru wspólnotowego, nowego teatru oraz terapii poprzez sztukę i teatr. Był to teatr bazujący na ciele i relacjach, dystansujący się jednak od strategii czysto terapeutycznych – jego cele miały charakter wyłącznie estetyczny i artystyczny. Była to w istocie forma teatru mniej skupiona na sobie – gotowe narzędzie działań społecznych do wykorzystania poprzez laboratoria, warsztaty i występy w celu uzdrawiania i poprawy jakości interakcji społecznych. Teatr ten połączył doświadczenia grupy z jej kontekstem społeczno-kulturowym, ekonomicznym i historycznym. Nosi on nazwę teatru społecznego. Jak podkreśla Bernardi, teatr społeczny jest elementem aktualnego zainteresowania antropologii społeczeństwem i toruje drogę do społecznego budowania jednostki, dynamizacji relacji interpersonalnych i rozumienia intersubiektywnego, jak i strukturalizacji całej społeczności i pomniejszych instytucji społecznych, z których składa się społeczność, takich jak szkoły, szpitale, czy wioski. Patrz Schinin (2004c) na liście materiałów dodatkowych oraz Pitruzzella (2006). Aby zapoznać się z praktykami i przykładami zróżnicowanego zastosowania dramaterapii i teatru społecznego, patrz Jennings (2009), **tutaj**. Aby zapoznać się z praktykami i przykładami zastosowania teatru społecznego w sytuacjach uchodźstwa, patrz Balfour (2013) w sekcji **materiały dodatkowe**.
- (e) Teatr Uciśnionych to zestaw technik i praktyk teatralnych do wykorzystania do celów społecznych, politycznych oraz osiągania dobrostanu. Najsłynniejsze z technik to gry, Teatr Wyobraźni i Teatr Forum, które są opisane w aneksach do niniejszego rozdziału. Patrz **Boal** (1995, 2002, 2008).



- (f) Teatr w edukacji/ teatr dla rozwoju.
Teatr w edukacji obejmuje przygotowanie sztuki teatralnej w celach edukacyjnych, z założenia interaktywnej, której towarzyszy rozgrzewka w formie zabaw. Sztuka jest prezentowana dwukrotnie przed publicznością (zwykle złożoną ze studentów/ studentek).
Za drugim razem w kluczowych momentach następuje przerwa i rozmowa na temat poruszonych w przedstawieniu kwestii. Patrz [tutaj](#).



→ 6.4. STUDIA PRZYPADKU: DZIAŁANIA ARTYSTYCZNE I TWÓRCZE W RAMACH PROGRAMÓW

Do przykładów należą:

- (a) Warsztaty artystyczne z grupą. Ich cele nadrzędne i podrzędne są uzależnione od typologii osób uczestniczących, oceny potrzeb i wykorzystanych mediów. Czas trwania jest zróżnicowany (co najmniej pięć spotkań po dwie godziny), a liczba uczestników i uczestniczek może wynosić od 5 do 30. Dokument znajdujący się pod linkiem to raport dotyczący **modułu szkoleniowego** Guglielmo Schininy przeprowadzonego ze studentami i studentkami jednego rocznika Szkoły Letniej Interwencji Psychospołecznych w Sytuacjach Migracji, Kryzysu i Wyszędlenia obejmującej warsztaty teatralne, których elementy strukturalne można zastosować w innych formułach. Są to z reguły działania nastawione na wsparcie wspólnotowe lub ukierunkowane, w zależności od składu grupy i przyjętego celu.
- (b) Teatr narracyjny: jest to strategia narracyjna pracy ze społecznościami dotkniętymi traumą, konfliktem i wojną. Strategia została początkowo przetestowana w wioskach Malawi w związku z zakażeniami HIV/AIDS. Następnie rozwijała się przez ostatnich 10 lat w różnych częściach świata, a obecnie jest wdrażana w Ugandzie, Burundi oraz we wschodniej części Demokratycznej Republiki Konga.



Model ten bazuje na analizie zdarzeń lub sytuacji zakłócających życie społeczności i reakcji na nie oraz wyrażaniu ich poprzez formę teatralną. Strategia została opracowana z zastosowaniem koncepcji i praktyk Terapii Narracyjnej i Teatru Forum (Sleip, 2005, 2009). Może ona być stosowana na poziomie wsparcia wspólnotowego, jak i wsparcia ukierunkowanego.

- (c) Teatr Forum. Kolejny przykład przekuwania opowieści w przedstawienia jest inspirowany techniką Teatru Forum opracowaną przez Augusto Boala (Sullivan i Lloyd, 2006). Wyróżnia ją aktywne uczestnictwo widzów w spektaklu. Problem, z którym zmagają się jednostka, zostaje przedstawiony na scenie teatralnej bez podania rozwiązania. Scenę powtarza się dwukrotnie, za drugim razem z udziałem osoby facylitującej – prezentera/ prezenterki lub łącznika/ łączniczki, która jest zarazem ekspertem lub ekspertką w moderowaniu interakcji. Każda z osób na widowni może zatrzymać przedstawienie w dowolnej chwili, by zająć miejsce prześladowanej postaci i pokazać, w jaki sposób mogłaby ona zmienić sytuację, aby osiągnąć odmienny rezultat. Technika ta przełamuje bariery pomiędzy aktorami i aktorkami oraz widownią, co owocuje bardzo silnym, dynamicznym zaangażowaniem i ma transformacyjny wpływ na wszystkich widzów. Dodatkowo proces przyczynia się do poszukiwania praktycznych rozwiązań problemów natury ogólnej. Zwykle inscenizacja jest efektem pracy w ramach kilkudniowych warsztatów z udziałem osób o podobnych doświadczeniach. Przykładowo IOM wykorzystwała Teatr Forum po trzęsieniu ziemi na Haiti – proces ten został przedstawiony w załączonym artykule (**Schininà et al., 2011**). Mimo że Forum stanowi przykład wsparcia wspólnotowego opartego na procesie, może także służyć jako forma wsparcia ukierunkowanego.
- (d) Sztuka cyrkowa: może być wykorzystana jako forma ekspresji w różnych grupach wiekowych. Zrzeszenia clownów uczestniczą w działaniach podejmowanych w sytuacjach kryzysowych w różnych krajach, pracując przede wszystkim z rodzinami i dziećmi. Przykładowo Clown Science Dreams, we współpracy



6. DZIAŁANIA KREATYWNE I ARTYSTYCZNE

z Jezuicką Służbą Uchodźcom, działało na rzecz zwiększenia odporności, zdolności do samorozwoju i pewności siebie przy pomocy interwencji artystycznych, **teatralnych oraz zajęć z udziałem clownów** w Iraku.

(e) Imprezy wspólnotowe z narracją lub inne działania artystyczne (m.in. muzyka, taniec). Imprezy te są odpowiednio ustrukturalizowane i zaplanowane stosownie do kompetencji artystów i artystek (zawodowych lub nie). Mogą one być organizowane z inicjatywy niewielkiej grupy interesariuszy i członków oraz członkiń społeczności, obejmować sztukę tradycyjną, składać się z pojedynczego występu lub szeregu koncertów lub wymagać aktywnego uczestnictwa widzów. Są to w pełnym zakresie działania wsparcia wspólnotowego. **Patrz** przykład dotyczący wykorzystania chórów.

(f) Zbiorowa praktyka narracyjna, rozpoznanie i korzystanie z lokalnych umiejętności, opowieści i wiedzy. W wielu kontekstach kulturowych rozmawianie w pierwszej osobie o własnych trudnościach nie jest dobrze widziane. Metodologie narracji zbiorowej w rodzaju **Drzewa Życia** i **Zespołu Życia** pozwalają przekazać znaczenie poprzez metaforę w sposób kulturowo zróżnicowany i budzący oddźwięk. Te zakorzenione w tradycji ludowej metodologie kulturowe mogą wdrażać nie tylko przeszkoleni specjaliści i specjalistki, ale też kluczowi liderzy i liderki społeczności i rodzin, nawet jeśli nie mieli możliwości zdobycia gruntownego wykształcenia (Denborough, 2008, 2012, 2014; oraz Ncube, 2006). Działania te mają charakter wsparcia zarówno

wspólnotowego, jak i ukierunkowanego, w zależności od przyjętego zakresu i celów.

(g) Sztuki wizualne. Sztuki wizualne są wykorzystywane w różny sposób w kontekście MHPSS na poziomie społeczności, od malowania murali po odtwarzanie życia codziennego i doświadczeń ludzi w obrazach. To cenne narzędzie wyrażania rzeczywistości i idei bez słów, często używane w pracy z dziećmi i młodzieżą. Może obejmować malarstwo, rysunek, ceramikę, sztukę tekstylną, fotografię, film, a także inne formy ekspresji w zależności od kontekstu kulturowego. Sztuki wizualne można łączyć z innymi rodzajami interwencji. Przykładowo IOM Nigeria wykorzystuje **malowanie portretów oraz opowiadanie historii** jako narzędzia do budowania wewnętrznej siły członków i członkiń społeczności dotkniętych kryzysem. Z kolei IOM Sudan Południowy wykorzystywała do pracy z młodzieżą dotkniętą konfliktem teatr i film.

(h) Opowiadanie historii (storytelling). Opowiadanie historii to skuteczne narzędzie mobilizacji społeczności i promowania spójności społecznej na rzecz integracji i procesów zdrowienia. **Opowieści o doświadczeniach** mogą przynieść zrozumienie oraz mają moc jednoczenia ludzi. Działają one na poziomie emocjonalnym, z korzyścią dla wszystkich uczestników i uczestniczek. Uczą się nie tylko słuchający, ale także opowiadający, uświadamiając sobie wartość własnych unikatowych przeżyć i położenia, a rozpoznanie zbliżonych uczuć i doświadczeń stwarza poczucie solidarności. Opowieść może być przekazywana ustnie, w formie filmu lub odczytu. Osoba facylitująca może pomóc



powracającym w połączeniu ich opowieści i różnych narracji w celu zaprezentowania ich publicznie.

Za pomocą technologii opowiadanie może przybrać nowe formy. Media cyfrowe odgrywają coraz większą rolę zarówno w kontekście postrzegania, jak i skutków sytuacji kryzysowych. Połączenie słów i obrazów może wzmocnić oddziaływanie opowieści. IOM podaje przykład zaangażowania publiczności w opowieść wizualną **tutaj**. Tego rodzaju działania wspierające społeczność mogą wywodzić się z interwencji ukierunkowanych.



- (i) Archiwa Pamięci. W wielu miejscach, od Kosowa¹ po Kolumbię, IOM stosuje strategię, która łączy działania twórcze, rytuały, przekaz ustny i dokumentację. W wyniku wspierania społeczności w tworzeniu Archiwów Pamięci, które mają postać fizycznego i/lub cyfrowego zbioru wspomnień osobistych, twórczych, fotografii, pamiętników na temat doświadczeń związanych z wysiedleniem, ma szansę powstać testament kulturowy i żywy pomnik dla kolejnych pokoleń. Na liście materiałów dodatkowych znalazła się broszura opisująca doświadczenia z Kosowa¹. Powstanie nowych mediów, które umożliwiają przechowywanie i rozpowszechnianie wspomnień niepowiązanych z fizyczną przestrzenią, zmieniło sposób budowania archiwów. W roku 2017 IOM Indonezja zorganizowała w ośrodku migracyjnym cyfrową salę opowieści dla uchodźców i uchodźczyń oraz osób przesiedlonych. Sala została wyposażona w sprzęt umożliwiający nagrywanie krótkich filmów autobiograficznych z wykorzystaniem zdjęć i ścieżki dźwiękowej oraz w krótki samouczek dla migrantów i migrantek zainteresowanych tworzeniem takich materiałów. W 2010 roku IOM Jordania, działając we współpracy z River Jordan Foundation, utworzyła internetowe Archiwum Pamięci irackich dzieci z doświadczeniem uchodźczym, uczęszczających do szkół w Jordanii. Każde dziecko otrzymało swój profil, w którym znalazły się zdjęcia, rysunki i wspomnienia; profile tworzone pod nadzorem osoby facylitującej. Archiwum było dostępne w sieci przez pięć lat.

- (j) Warsztaty dla młodzieży. Przykład warsztatów dla młodzieży zatytułowano: „Dzieła sztuki dla pokoju”. Była to interwencja interaktywna, która miała na celu wzmocnienie więzi pomiędzy członkami i członkiniami grupy w Sudanie Południowym. Chodziło o to, aby zbliżyć do siebie wieloetniczne grupy wysiedlonych dzieci i nastolatków w ramach regularnych spotkań w ośrodkach wsparcia psychospołecznego poprzez zajęcia sportowe, związane z rzemiosłem lub dyskusje grupowe. W ramach tych warsztatów uczestnicy i uczestniczki uczyli się rozwijania i umacniania relacji bez konieczności uciekania się do zaawansowanych technik werbalnych. Określone techniki zachęcały do wyrażania uczuć i myśli oraz stymulowały dynamikę relacji interpersonalnych, których nie da się łatwo ująć słowami. Interaktywny charakter projektów artystycznych stwarza kontekst dla eksploracji i zrozumienia „zakłóceń” interpersonalnych oraz celebracji więzi, zarówno poprzez rozmowy, jak i tworzenie.

- (k) Programy i warsztaty bazują często na łączeniu różnych praktyk i celów. Przykładowo w Libanie w roku 2013 grupa młodzieży z doświadczeniem uchodźczym z Syrii, które angażowały się w różne działania w jednym z ośrodków rekreacji i poradnictwa IOM, zapisała się na warsztaty tworzenia animacji filmowych. Warsztaty poprowadził psycholog i twórca filmów, a w ich treści połączono elementy artystyczne, techniczne oraz autobiograficzne. Po wstępnym etapie uczestnicy i uczestniczki zdecydowali, że warsztaty powinny skupiać się na aspekcie autobiograficznym, zachowując element nauki animacji tylko w niewielkim stopniu. W ten sposób powstał film List od uchodźcy, który następnie zdobył nagrody praw człowieka w konkursach filmowych i został przetłumaczony na kilka języków, aby posłużyć jako narzędzie edukacji i zwalczania stygmatyzacji, między innymi w krajach, do których mieli być przesiedleni Syryjczycy i Syryjki. Obejrzyj film **tutaj**.



¹ Odniesienia do Kosowa należy rozumieć w kontekście Rezolucji Rady Bezpieczeństwa ONZ nr 1244 (1999)

Ramka 34

Interwencje artystyczne w programach akademickich

IOM uwzględnia elementy interwencji artystycznych oraz kultury w programach studiów i innych programach akademickich dotyczących MHPSS w sytuacjach kryzysowych oraz po kryzysach, a także włącza artystów i artystki do udziału w tych programach. Jednym z przykładów jest tu specjalna sekcja Interwencji Dziennikarskiej zawierająca dane z prac terenowych studentów i studentek programu IOM dotyczącego wsparcia psychospołecznego i transformacji w sytuacji konfliktu, powstałego we współpracy z uniwersytetem w **Ankarze**.



6.5. WYZWANIA I WZGLĘDY SZCZEGÓLNE

Większość sprawdzonych zastosowań działań artystycznych w programach zdrowia i wsparcia społecznego – np. dramaterapia, terapia sztuką, teatr z playbacku czy Teatr Uciśnionych – bazuje na zachodnich praktykach i tradycjach artystycznych. Należy brać pod uwagę konieczność zaadaptowania ich do danej kultury, co należy szczegółowo omówić z lokalnymi ekspertami i ekspertkami oraz przedstawicielami i przedstawicielkami społeczności. Zajęcia należy zawsze dostosowywać do potrzeb i preferencji populacji docelowej, ze świadomością, że ekspresja twórcza przybiera różne formy w różnych kulturach, ale jest obecna we wszystkich. Dorośli mężczyźni mogą niechętnie angażować się w działania ludyczne i występy w niektórych kulturach. Jednak inne artystyczne środki wyrazu – śpiew, muzyka, poezja – mogą być postrzegane jako odpowiednie. Podczas gdy na Zachodzie ćwiczenia fizyczne są wstępem do warsztatów teatralnych, kobiety w niektórych kulturach mogą mieć opory przed ekspresją cielesną.

Programy MHPSS mogą odgrywać podwójną rolę we wdrażaniu działań artystycznych. Po pierwsze umożliwiają wsparcie odtworzenia istniejących praktyk kulturowych i artystycznych, przy czym zawsze należy brać pod uwagę uwrażliwienie na konflikt oraz inkluzywność. Po drugie programy te inicjują określone działania z zakresu wsparcia psychospołecznego, których celem jest osiągnięcie dobrostanu dzięki działaniom artystycznym. Ich wdrażanie wymaga specjalistycznej wiedzy zespołu MHPSS lub zespołu nadzorującego oraz przeszkolenia osób facylitujących, które mogą być utalentowanymi artystami lub artystkami pozbawionymi niezbędnych umiejętności psychospołecznych lub pracownikami i pracowniczkami psychospołecznymi pozbawionymi umiejętności z zakresu wykorzystywanych mediów i dziedzin sztuki, podczas gdy oba te aspekty należy traktować jako równie istotne.

Kluczem do sukcesu tych interwencji jest ich ciągłość. Pojedyncze sesje rekreacyjne mogą służyć zabawie, nie pozwolą jednak na osiągnięcie przyjętych celów psychospołecznych. Jednak ze względu na uwarunkowania związane z bezpieczeństwem odpowiedni czas trwania i ciągłość mogą okazać się trudne do zagwarantowania.

➔ MATERIAŁY DODATKOWE

Armaghanyan, S.

2018 *Theatre as Psychosocial Approach in Humanitarian Settings*. (Niepublikowana praca magisterska).

Balfour, M. (red.)

2013 *Refugee Performance, Practical Encounters*. Intellect, Bristol, Wielka Brytania.

Międzynarodowa Organizacja ds. Migracji (IOM)

2001 *Archives of Memory: Supporting Traumatized Communities Through Narration and Remembrance*.

Schininà, G.

2004 Here we are. Social Theatre and Some Open Question on its Development. *The Drama Review*, 48(3):17–31.

Pełna bibliografia zawierająca materiały dodatkowe jest dostępna [tutaj](#).



7. RYTUAŁY I ŚWIĘTOWANIE





7.1. CO POWINNA WIEDZIEĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

Ramka 35

Materiał wideo do rozdziału

Treść tego rozdziału została objaśniona w tym **wideo** opracowanym jako materiał uzupełniający do podręcznika. Aby uzyskać informacje zaprezentowanych w tym rozdziale w formie wizualnej, obejrzyj film, zanim przeczytasz rozdział lub po jego przeczytaniu.



Niniejszy rozdział omawia kwestię włączenia i promowania rytuałów i świąt w ramach programu CB MHPSS. Po krótkim wprowadzeniu na temat funkcji rytuałów i świąt w programie CB MHPSS w rozdziale tym znajdują się praktyczne informacje dla koordynatorek i koordynatorów programów MHPSS na temat uwzględniania rytuałów i świąt w programach MHPSS. Mimo że przywrócenie indywidualnych i rodzinnych rytuałów odgrywa ważną rolę w kontekście dbania o siebie i dobrostanu psychospołecznego, niniejszy rozdział omawia wyłącznie zagadnienie rytuałów i świąt zbiorowych i istotnych dla społeczności.

Ramka 36

Informacje uzupełniające

Dokument UNICEF *Wytyczne operacyjne: zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne w społecznościach w kontekście humanitarnym. Trzy poziomy wsparcia dla dzieci i rodzin (UNICEF, 2018)* zawiera wytyczne na temat wspierania społeczności w przywracaniu rytuałów lub imprez kulturalnych (np. uroczystości upamiętniających, które sprzyjają uzdrawianiu społeczności, festiwali kulturalnych lub świąt religijnych) we współpracy z tradycyjnymi uzdrowicielami i uzdrowicielkami lub liderami i liderkami w stosownych **przypadkach**. Informacje w tym rozdziale mają charakter uzupełniający w stosunku do Wytycznych UNICEF z punktu widzenia projektowania programów.



Po sytuacji kryzysowej rytuały i święta mogą pełnić szereg funkcji. Poprzez skodyfikowane zasady i scenariusze, rytualny ruch, wyuczone narracje oraz symboliczne obrazy i praktyki:

- Stwarzają okazję do skodyfikowanej ekspresji negatywnych emocji i pozytywnych reakcji emocjonalnych jednostek;
- Przyczyniają się do przezwyciężenia izolacji, pomagają ludziom socjalizować się i współpracować;
- Wykorzystując metafory, obrazy, postaci zakorzenione w tradycji, umożliwiają ludziom opisanie negatywnych doświadczeń w bezpieczny, mniej bezpośredni sposób;
- Będąc przyswajane i powtarzane od pokoleń, sprzyjają umieszczeniu obecnego cierpienia w kontekście historii i dziedzictwa, zapewniając poczucie ciągłości oraz perspektywę;
- Mogą dostarczyć ram interpretacyjnych dla cierpienia osobistego i zbiorowego. Opowieści, legendy, przedstawienia rytualne, pieśni, przysłowia i teksty religijne zawierają elementy refleksji na temat kondycji ludzkiej, które mogą rzucić światło także na aktualne problemy;
- Pomagają ludziom odnowić więzi z rodziną, grupą pochodzenia i społecznością przyjmującą;
- Rytuały mogą reprezentować i walidować transformację oraz jej towarzyszyć. Funkcja transformacyjna jest ściśle związana z rytuałami, które często są rytuałami przejścia – takimi jak małżeństwo, święta sezonowe, inicjacje, pogrzeby – odzwierciedlającymi społeczną akceptację dla zmian jednostki;
- Ponadto w sytuacji zakłóceń, które prowadzą do rozłamu w społeczności, możliwe jest zrytualizowanie doświadczenia przemocy, wysiedlenia i przesiedlenia oraz celebrowanie wewnętrznej siły społeczności. Świątowanie przybycia do obozu, jak i jego zamknięcia, kultywowanie nowych rytuałów międzykulturowych – wspólnie ze społecznością przyjmującą – może przyczynić się do poprawy stanu psychicznego społeczności dotkniętych kryzysem.

Ramka 37

Przykład ze wspólnoty Jezydów w Iraku

W latach 2015-2016 wspólnota Jezydów w północnej części Iraku powitała powracające kobiety, które zostały wcześniej uprowadzone przez ISIS jako niewolnice seksualne, i zorganizowała dla nich tradycyjne rytuały oczyszczenia, które pozwoliły im w pełni zintegrować się na nowo z rodzinami. Jest to przykład zbiorowego rytuału przejścia w odpowiedzi na okrucieństwa wojny (aby dowiedzieć się więcej, kliknij [tutaj](#) i [tutaj](#)).



➔ 7.2. CO POWINNA ROBIĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

Koordinatory i koordynatorki programów psychospołecznych nie powinni organizować ani przeprowadzać rytuałów i świąt na własną rękę. Powinni jednak projektować i wdrażać programy przewidujące się wsparcie dla rytuałów i świąt w różnych formach, jak opisano poniżej.

7.2.1 Wspieranie istniejących lub przywracanie przerwanych praktyk

7.2.1.1 Mapowanie rodzajów rytuałów i świąt we współpracy z liderami i liderkami społeczności oraz informatorami i informatorkami

Rytuały i święta mogą mieć charakter religijny lub świecki. Zarówno rytuały i święta religijne mogą odbywać się codziennie (np. muzułmańskie modlitwy, wciąganie flagi na maszt), raz w tygodniu (np. msza niedzielna, spotkanie starszyny), raz do roku (np. Id al-Fitr, Boże Narodzenie, Święto Pracy, Dzień Niepodległości), okazjonalnie (np. wesela, pogrzeby), okresowo (np. inicjacje, święta związane z dojrzewaniem). Planowanie programu wsparcia psychospołecznego należy zacząć od sporządzenia kalendarza rytuałów i świąt, które można w nim umieścić, aby zrozumieć zakres niezbędnego wsparcia finansowego i osobowego. Należy pamiętać, że:

- Przemieszczanie się (a niekiedy także organizowanie zgromadzeń publicznych) uchodźców/ uchodźczyń, osób wewnątrznie przesiedlonych i migrantów/ migrantek poza teren obozów i ośrodków może wymagać pozwoleń i koordynacji działań z siłami ochrony. Spełnienie tego warunku może okazać się czasochłonne i niełatwe;
- Rytuały i święta należy zweryfikować w rozmowach z liderami i liderkami społeczności, aby zidentyfikować ewentualne przypadki naruszenia praw człowieka oraz jasno określić, które z nich mogą otrzymać wsparcie w ramach programu, a które nie i dlaczego.

7. RYTUAŁY I ŚWIĘTOWANIE.

Tabela nr 3: Przykłady rytuałów

Przykłady rytuałów	
Rytuały osobiste	<ul style="list-style-type: none"> • Poranna kawa. • Rutyna wieczorna, np. opowiadanie bajek, modlitwa. • Osobiste praktyki religijne. • Rytuały związane z poczuciem komfortu/ zarządzaniem stresem.
Rytuały społeczne	<ul style="list-style-type: none"> • Gościnność: ceremonie parzenia kawy, posiłki, „dobre maniery”, powitanie i pożegnanie, relacje z gośćmi. • W gronie przyjaciół: herbata i szachy, chodzenie po barach, taniec, sporty. • Obchodzenie świąt, urodzin, imienin. • Upamiętnianie wydarzeń. • Prezentacja siebie, tzn. postaw, zachowań, podejścia do innych. • Relacje i aktywności rodzinne.
Rytuały religijne	<ul style="list-style-type: none"> • Modlitwy i przygotowanie do nich. • Rytuały wyrażające pobożność: post, powstrzymywanie się od X, izolacja, jałmużna, kult, specjalne jedzenie. • Obchodzenie dni świętych, festiwale. • Upamiętnianie. • Modlitwa/ kult. • Tworzenie świątyń/ ołtarzy/ miejsc kultu. • Wywyższanie osób obdarzonych specjalnymi zdolnościami lub szkolenie liderów/ liderek.
Rytuały kulturowe	<ul style="list-style-type: none"> • Rytuały inicjacji/ członkostwa. • Rytuały członkostwa w grupach: grupy polityczne, zachowania grupowe. • Zachowanie symboliczne. • Odzież/ uczesanie jako wyznacznik tożsamości grupy. • Obywatelstwo lub pochodzenie etniczne. • Rozwój sztuki, w tym pieśni, tańca, sztuk wizualnych, rzemiosła. • Przekazywanie historii/ narracji grupy. • Przekazywanie tradycji kolejnym pokoleniom.
Rytuały wydarzeń życiowych (kulturowych, tradycyjnych lub religijnych)	<ul style="list-style-type: none"> • Uznanie, że dana osoba przeszła przemianę, która skutkuje zmianą jej pozycji społecznej/ w relacji. • Rytuały przejścia z jednego stanu w drugi. Niekiedy dotyczy to ofiar lub osób ocalałych z kataklizmu. • Narodziny i nadawanie imion. • Dojrzewanie i inicjacja w grupie dorosłych. • Małżeństwo.
Rytuały smutku, straty, nieszczęścia	<ul style="list-style-type: none"> • Zgromadzenie żałobne. • Wsparcie rodziny i przyjaciół osób zmarłych. • Uroczystość publiczna, publiczne okazywanie uczuć, procesje. • Modlitwy. • Zapalanie zniczy, przynoszenie kwiatów. • Jedzenie, wspólne posiłki. • Rytuały oddawania czci przodkom.

7. RYTUAŁY I ŚWIĘTOWANIE.

Ramka 38

Rytuały religijne

Na wczesnym etapie sytuacji kryzysowej powinny odbyć się rytuały religijne, np. publiczna modlitwa i rytuały związane z cyklem życia – osiągnięcia dojrzałości, małżeństwa, a co najważniejsze, żałoby. Kliknij [tutaj](#), aby uzyskać więcej informacji, i obejrzyj [ten film](#), który pokazuje, w jaki sposób programy MHPSS dostosowano do okoliczności pandemii COVID-19 we współpracy ze społecznościami przeżywającymi stratę i żałobę.



tradycyjne instrumenty, materiały biurowe, krzesła lub siedzenia, oświetlenie i świece – może sprawić, że rytuały religijne i publiczne zgromadzenia będą odbywały się w ciepłej i przyjaznej atmosferze. Istotne jest, aby wszystkie grupy religijne oraz etniczne/kulturowe w obozie były reprezentowane, zawsze przy zastosowaniu strategii wrażliwej na konflikt (patrz rozdział [Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne a transformacja i mediacje w sytuacji konfliktu](#)).

7.2.1.2 Identyfikacja i wyposażenie (lub przygotowanie nowych) ośrodków i lokalizacji

Dotyczy to m.in. meczetów, kościołów, świątyń, sal spotkań, hal miejskich, szkół, muzeów, kin i teatrów, gdzie można bezpiecznie i w przyjaznej atmosferze organizować zgromadzenia w celu odprawienia rytuałów religijnych i świeckich. Jeśli w pobliżu brakuje miejsc tego rodzaju, w projekcie można rozważyć wyznaczenie przestrzeni tymczasowej (zadaszenia, namioty, przyczepy, wiaty) lub wynajęcie/odnowienie dostępnych konstrukcji. Ważne jest wyznaczenie symbolicznych granic takich miejsc, nawet przy pomocy prostych środków w rodzaju ogrodzenia, ścieżki, tablic, obrazów, roślin i ozdób.

Na ogół przekazanie doraźnego sprzętu – takiego jak projektory, ekrany, systemy nagłośnienia,

7.2.1.3 Mapowanie i angażowanie organizacji wyznaniowych, obywatelskich i kulturalnych oraz ich liderów i liderek

Należy zidentyfikować religijnych przywódców lub przywódczynię, działaczki i działaczy kulturalnych oraz artystki i artystów, którzy wyrażają chęć współpracy w ramach projektu wsparcia psychospołecznego poprzez organizację rytuałów i zgromadzeń oraz zachęcanie do uczestnictwa w nich, na podstawie uzgodnionych procedur i celów. Należy szukać ich zarówno wewnątrz grupy, jak i poza nią. Jeśli to możliwe, koordynatorzy i koordynatorki programów powinni aktywnie dążyć do współpracy ze zgromadzeniami religijnymi, ośrodkami kultury oraz organizacjami wyznaniowymi i obywatelskimi w celu przeszkolenia ich personelu oraz wolontariuszek i wolontariuszy w zakresie MHPSS. Dotyczy to zarówno społeczności przesiedlonej, jak i przyjmującej. W stosownych przypadkach należy dążyć do nawiązania z nimi partnerstwa, aby wspólnie działać w tym celu.



7.2.1.4 Wspieranie inkluzywności

Koordinatory i koordynatorki programów powinni wspierać włączanie jednostek i rodzin, które mogą mieć utrudniony dostęp do zgromadzeń publicznych i miejsc kultu. Do przykładów takich działań należą:

- organizacja lub finansowanie transportu;
- zatrudnienie osób do tłumaczeń (w razie konieczności także języka migowego);
- korzystanie z dostępnej infrastruktury;
- umożliwienie uczestnikom i uczestniczkom udziału wraz z osobą wspierającą;
- jednoznaczne zapraszanie grup i osób marginalizowanych.

Należy zawsze dążyć do zapewnienia mieszanego uczestnictwa oraz włączania różnych podgrup w wydarzenia świeckie, kampanie publiczne czy obrzędową wymianę darów.

Rytuały i święta mogą być także czynnikiem, który dzieli i wyklucza, co należy ocenić na wstępnym etapie planowania **programu**.



7.2.1.5 Mobilizacja interesariuszy i partnerów

Władze lokalne, kierownictwo obozów, nauczyciele i nauczycielki, prasa i media, artyści i artystki oraz powinni uczestniczyć w działaniach od fazy wstępnej projektu. Należy omawiać z nimi stosowność poszczególnych działań, planowanie i wdrażanie poszczególnych kroków, dostępne zasoby finansowe i materialne, wsparcie logistyczne oraz niezbędne pozwolenia. W razie konieczności można także doraźnie tworzyć komitety odpowiedzialne za organizację imprez świeckich i religijnych, przy czym te ostatnie rządzą się niekiedy określonymi zasadami, zwłaszcza w kwestii dostępu do nich. Dobrą praktyką jest mobilizowanie grup i jednostek w organizację tych imprez (np. młodzieży, skautów, głów rodzin, liderek grup kobiet oraz działaczy/ działaczek religijnych).

Ramka 39

Bezpieczeństwo i ochrona

Może zaistnieć potrzeba zapewnienia uczestników i uczestniczek o ich ochronie w obliczu ryzyka zewnętrznych i wewnętrznych prowokacji. Należy nie tylko zapewnić bezpieczeństwo, ale także poinformować osoby uczestniczące o podjętych środkach w tym zakresie.

7.2.1.6 Angażowanie personelu

W sytuacji idealnej w wielodyscyplinarnych PMT powinny znaleźć się osoby, których zadaniem będzie poznanie wierzeń religijnych i duchowych społeczności, tradycyjnych narracji i ikonografii, kalendarza rytuałów i świąt obywatelskich (np. działacze i działaczki kulturalne i medialne, nauczycielki i nauczyciele, osoby ze środowiska naukowego i artystycznego). PMT składają się zwykle ze specjalistów i specjalistek o zróżnicowanym pochodzeniu etnicznym i religijnym oraz statusie społecznym, płci, wieku i poglądach politycznych. Dlatego też istotne jest wstępne omówienie charakteru ich uczestnictwa w rytuałach i świętach. Szczególnie w przypadku rytuałów religijnych i zgromadzeń publicznych, które mogą wymagać pełnej mobilizacji zespołu, ważna jest koordynacja ról i funkcji stosownie do umiejętności zawodowych, postaw społecznych oraz bliskości kulturowej w stosunku do społeczności dotkniętych kryzysem. Pracownicy i pracowniczki, którzy nie czują się komfortowo, uczestnicząc w danym wydarzeniu, lub postrzegają swoją obecność jako przeszkodę dla jego harmonijnego przebiegu, powinni mieć swobodę odstąpienia od udziału w nim. Osoby nadzorujące wsparcie psychospołeczne powinny przeprowadzić rozmowy z zespołami i wewnątrz zespołów po odprawieniu rytuałów i świąt w ramach dobrych praktyk zarządczych oraz wyciągniętych wniosków.



Ceremonia uzdrawiania z udziałem kobiet Rohingja w Koks Badżar (Bangladesz). © IOM 2018

7.2.2 Promowanie działań dodatkowych, nowych rytuałów i świąt

7.2.2.1 Promowanie przywrócenia rytuałów i świąt

Po dokonaniu wstępnej oceny najbardziej odpowiednich rytuałów religijnych i świąt obywatelskich akceptowanych przez społeczność, stosownie do określonych celów, fazy kryzysu i grupy docelowej, należy zdefiniować zbiory działań (np. publiczne modlitwy, marsze ze świecami, pielgrzymki i wizyty w miejscach symbolicznych, pogrzeby, wesela, rocznice i uroczystości upamiętniające, konkursy opowiadań i poezji, rozmowy radiowe i wydarzenia w mediach społecznościowych), które zostaną objęte bezpośrednim wsparciem w ramach projektu – albo dlatego, że ich brakuje, albo dlatego, że uznano je za szczególnie istotne. Należy zwrócić szczególną uwagę na weryfikację założeń co do pozytywnego wpływu określonych działań na dobrostan uczestników i uczestniczek w rozmowach z przywódcami/ przywódczyniami religijnymi, działaczami/ działaczkami kulturalnymi i wybranymi osobami ze społeczności. **Patrz** przykład uczt iftar z inicjatywy społeczności w Turcji.

7.2.2.2 Promowanie nowych świąt

W ramach programu MHPSS w ścisłej współpracy z przywódcami/ przywódczyniami religijnymi i działaczami/ działaczkami obywatelskimi należy promować nowe rytuały, takie jak:

- Rocznica wysiedlenia;
- Otwarcie, rocznica otwarcia lub zamknięcie obozu lub obszaru tranzytowego;
- Dzień poświęcony relacjom pomiędzy przesiedlonymi i społecznością przyjmującą;
- Święta międzywyznaniowe stosownie do struktury religijnej mieszkańców obozu, społeczności przesiedlonej i przyjmującej.

7.2.3 Powiązania ze sportem, twórczą działalnością kulturalną i edukacją nieformalną

Przygotowanie do świąt i rytuałów można powiązać z imprezami sportowymi, takimi jak turnieje i konkursy. Rytuały i święta można także powiązać z innymi zajęciami twórczymi realizowanymi przy wsparciu programu lub z nim związanymi. Przykładowo w trakcie święta lub w związku z nim można organizować seminaria, przedstawienia, występy muzyczne, pokazy tańca, w tym tradycyjnego, odczyty poezji i literatury, wystawy zdjęć i dzieł sztuki. Ponadto rytuały i święta można wykorzystać do promowania grup wsparcia i innych działań w ramach programu.

7.2.4 Dokumentacja

Wiele z tych wydarzeń może zyskać znaczenie historyczne i powinny one zostać odpowiednio udokumentowane w ramach projektu. Należy archiwizować:

- Zdjęcia i filmy wykonane przez uczestników i uczestniczki, zespoły PMT i media;
- Materiały drukowane, w tym broszury i plakaty;
- Profesjonalną dokumentację.

Niektóre z tych dokumentów trafią następnie do **Archiwum Pamięci**.



7.4. WYZWANIA I WZGLĘDY SZCZEGÓLNE

W sytuacjach, gdy publiczne uroczystości i rytuały religijne wiążą się z bolesnymi wspomnieniami, budzą głęboki sprzeciw, a ich znaczenie jest podważane, uwzględnienie ich w programie wsparcia należy starannie rozważyć, aby zapobiec wytworzeniu skojarzeń pomiędzy interwencją psychospołeczną a antagonistycznymi i upolitycznionymi postawami. Szczególnie problematyczne w sytuacjach kryzysowych mogą okazać się obchody świąt męczenników i weteranów, jak również rocznic bitew, przesiedleń i ludobójstwa.

Rytuały religijne i święta mogą w niektórych sytuacjach stać się źródłem konfliktu – należy więc ocenić to ryzyko. Ze szczególną ostrożnością należy także rozpatrzyć zaangażowanie tradycyjnych uzdrowicieli lub uzdrowicielek i mistrzów lub mistrzyń ceremonii.

Uczestnicy i uczestniczki mogą czuć się niekomfortowo, jeśli rytuały będą dokumentowane. Tak jak w przypadku wszelkich innych zajęć, należy zapytać ich o zgodę na fotografowanie i nagrywanie wydarzenia.

Rytuały są często wykorzystywane do tworzenia podziałów i wykluczeń, szczególnie w sytuacjach konfliktowych. Staranna analiza możliwości instrumentalnego wykorzystania rytuałów w celu zaostrzenia konfliktu i wykluczenia w ramach programu MHPSS jest niezbędna przed podjęciem decyzji o włączeniu ich w zakres programu. Dodatkowe wytyczne można znaleźć [tutaj](#).

Ocena wpływu rytuałów i świąt może nastąpić z trudnością. Mechanizmy oceny i informacji zwrotnych mogą okazać się przydatne, by upewnić się, że dane działanie wywiera pozytywny wpływ na dobrostan grupy docelowej.

→ 7.3. STUDIUM PRZYPADKU

Po trzęsieniu ziemi na Haiti w 2010 roku podczas mszy niektórzy chrześcijańscy duchowni obwiniali za klęskę żywiołową wiernych, którzy nie w pełni przestrzegali zasad swojej religii. Z kolei kosmologiczna wizja świata związana z wierzeniami vodou pomogła jednostkom i społecznościom przypisać trzęsieniu ziemi wartość transcendentalną, co ułatwiło im nadanie znaczenia skutkom kataklizmu. Wiele rodzin wyznających vodou martwiła się niemożnością pochowania około 80 000 ciał, których nie udało się znaleźć, ponieważ w religii vodou rytuały pogrzebowe są niezwykle istotne dla życia pozagrobowego zmarłych, jak i dla ich możliwości komunikowania się ze światem żywych.

Dlatego też IOM, początkowo samodzielnie, a później w ramach Grupy Roboczej IASC ds. MHPSS, promowała organizację międzywyznaniowego forum przywódców i przywódczyń religijnych. W trakcie forum uwrażliwiono ich na psychologiczne skutki obarczania wiernych winą, omówiono zasady rozpowszechniania informacji o dostępnym wsparciu, a w szczególności opracowano zaaprobowane przez wszystkich uczestników i uczestniczki wytyczne, aby odprawiać rytuały pogrzebowe mimo braku ciała osoby zmarłej oraz uzgodniono, że takie zbiorowe rytuały odbędą się w kilku obozach.



➔ MATERIAŁY DODATKOWE

Międzynarodowa Organizacja ds. Migracji (IOM)

2018c *Psychosocial Support and Dialogue in the Syrian Arab Republic and Lebanon*. IOM, Genewa.

Schininà, G.

2004a Cursed Communities, Rituals of Separation and Communication as Vengeance. A Redefinition of Artistic Interventions in War and War-Torn Societies. In: *War Theatres and Actions for Peace* (C. Bernardi, M. Dragone and G. Schininà, eds.). Euresis, Mediolan.

University of Oxford Refugee Studies Centre

2013 Local faith communities and the promotion of resilience in humanitarian situations: A scoping study (E. Fiddian-Qasmiyeh and A. Ager, eds.). Working Paper No. 90.

Pełna bibliografia zawierająca materiały dodatkowe jest dostępna **tutaj**.



8. SPORT I ZABAWA



→ 8.1. CO POWINNA WIEDZIEĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

Sport i zabawa należą w pełni do zbioru doświadczeń kulturowych i relacyjnych społeczności, które mogą przyczynić się do ochrony i promocji zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego jednostek i grup, bez względu na wiek, płeć i status społeczny ich członków i członkiń.

Sport można zdefiniować jako zorganizowaną, zwykle opartą na współzawodnictwie formę aktywności fizycznej; zabawa natomiast to angażowanie się w działania rekreacyjne dla przyjemności. Zabawy mogą mieć charakter bierny lub aktywny; w kontekście niniejszego rozdziału będziemy mówić o zabawie w formie aktywnej. Istotne jest rozróżnienie pomiędzy sportem, zabawą, aktywnością fizyczną i ćwiczeniami. Aktywność fizyczną można opisać jako dowolny ruch, natomiast ćwiczenie to rodzaj aktywności fizycznej o ustrukturyzowanym i celowym charakterze. Sport, zabawa i ćwiczenia mogą więc być formami aktywności fizycznej. Więcej informacji oraz zalecenia w zakresie aktywności fizycznej i jej aspektów zdrowotnych można znaleźć [tutaj](#).

Znaczenie aktywności fizycznej dla zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego można postrzegać jako związek **dwukierunkowy** i przyczynowy pomiędzy zdrowiem fizycznym i psychicznym oraz przez pryzmat efektów aktywności fizycznej w zakresie **profilaktyki i ochrony** przed stresem psychospołecznym. Ponadto osoby, u których występują problemy ze zdrowiem psychicznym są znacznie bardziej narażone na wystąpienie chorób kardiometabolicznych, a także cechują się wyższym od przeciętnego **wskaźnikiem przedwczesnej umieralności**.

Sport i zabawa to działania głęboko zakorzenione i – w takiej czy innej formie – obecne w każdej społeczności. Jako łatwo odtwarzalny element wyuczonych interakcji i zachowań, są często odtwarzane spontanicznie nawet w sytuacjach kryzysu i przesiedlenia. Dlatego też są potężnym środkiem wspierania interakcji pomiędzy członkami i członkiniami w sytuacjach kryzysowych, jak i punktem dostępu umożliwiającym angażowanie społeczności i podgrup w ich strukturze w **programy MHPSS**.

Sport i zabawa odgrywają kluczową rolę w rozwoju fizycznym i psychicznym dzieci, ponieważ poprzez zabawę dzieci mają możliwość ekspresji i eksternalizacji w bezpiecznym środowisku, uczą się nawiązywania relacji i współpracy z innymi oraz mogą nadać symboliczną strukturę swoim doświadczeniom. Gry to także przestrzeń eksploracji, rozwiązywania problemów, a także narzędzia edukacyjne dla dorosłych. W tym sensie sport i zabawa mogą pomóc jednostkom w rozwoju odporności (rezyliencji). Więcej informacji można znaleźć [tutaj](#).





Gry na świeżym powietrzu, ośrodek rekreacyjno-społeczny DARI, Misrata, Libia. © IOM 2013/Stefano SPESSA

Ramka 40

Dobrostan i odporność (rezyliencja) dzieci

Dobrostan jest określeniem pozytywnego stanu jednostki, w którym cieszy się ona pełnią życia. U dzieci jest on wynikiem oddziaływania czynników fizycznych, psychologicznych, poznawczych, emocjonalnych, społecznych i duchowych, które wpływają na ich zdolność do rozwoju, uczenia się i osiągnięcia pełni potencjału. W działaniach MHPSS dobrostan jest zwykle definiowany w kontekście trzech obszarów, do których należą:

- Dobrostan osobisty: pozytywne myśli i uczucia, w tym nadzieja, spokój, wysoka samoocena i pewność siebie;
- Dobrostan interpersonalny: dbanie o relacje, poczucie przynależności, zdolność zbliżania się do innych;
- Umiejętności i wiedza: umiejętność efektywnego wchodzenia w interakcje z innymi, radzenia sobie ze stresem i poszukiwania informacji.

Źródło: Program Odporności Dzieci (IFRC i [Save the Children](#)).

Więcej informacji na temat rozwoju dziecka, jego dobrostanu i odporności, nie tylko w kontekście zajęć sportowych, można znaleźć [tutaj](#).



Na poziomie społeczności, w kontekście humanitarnym, dane wskazują, że sport, zabawa i inne działania rekreacyjne i zorganizowane mogą okazać się potężnymi narzędziami na rzecz włączenia społecznego, spójności społecznej, transformacji konfliktu i budowania silnego poczucia przynależności i **jedności**. Mogą one także przyczynić się do odbudowania poczucia normalności i wzmocnić procesy rozwoju.

Z psychospołecznego punktu widzenia, sport i zabawa oddziałują organicznie na szereg elementów zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego, ponieważ angażują wymiar fizyczny, społeczny i kulturowy w ramach tych samych działań.

W **piramidzie** interwencji MHPSS w sytuacjach kryzysowych IASC sport i zabawa są zwykle plasowane na drugim poziomie interwencji (wsparcie rodziny i społeczności). Większość spontanicznych i odtwórczych zajęć sportowych i zabaw jest w istocie kierowana do wszystkich członków i członkinie społeczności. Niemniej sport i zabawa mogą być także działaniami ukierunkowanymi trzeciego poziomu interwencji, np. w ramach warsztatów terapeutycznych dotyczących problemów psychologicznych, czy też w ramach prowadzenia zajęć sportowych, których celem jest



wzmacnianie regeneracji fizycznej i psychicznej osób grup szczególnie wrażliwych, np. po amputacji kończyn. W niektórych przypadkach sport i zabawa mogą stanowić uzupełnienie różnych form psychoterapii na czwartym poziomie interwencji (dotyczy to m.in. terapii mindfulness, terapii poznawczo-behawioralnej, terapii sztuką i innych).

Ramka 41

Punkty do rozważenia

Aby zwiększyć prawdopodobieństwo osiągnięcia celów z zakresu MHPSS i ochrony, należy od początku mieć na uwadze szereg zagadnień, w tym:

- W jaki sposób sport i zabawa są postrzegane przez społeczność, dzieci i młodzież, kobiety i mężczyzn?
- Jakie zajęcia realizowano w przeszłości? Czy zajęcia te dopuszczały udział uczestników i uczestniczek bez względu na płeć, wiek i niepełnosprawności?
- Kto odgrywał główną rolę w promowaniu i wspieraniu zajęć sportowych i zabaw (NGO, szkoły, kluby młodzieżowe, meczety, kościoły, ośrodki sportowe i kulturalne, instytucje prywatne i/lub związki sportowe)?
- Czy wspieranie i propagowanie gier i sportów wiąże się z potencjalnym ryzykiem (np. podziałów kulturowych, naruszenia praw człowieka, dyskryminacji ze względu na płeć itp.)?
- Czy istnieją normy społeczne zabraniające niektórym grupom uczestnictwa?
- Czy sport i gry mogą być odpowiedzią na określone potrzeby społeczności?
- Jakie są dostępne zasoby?
- W jaki sposób sytuacja kryzysowa wpływa na przygotowanie i wdrażanie zaplanowanych zajęć (na przykład patrz rozdział **Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne a transformacja i mediacje w sytuacji konfliktu**)?

Więcej informacji można znaleźć [tutaj](#).



Sport i zabawa są ściśle związane z rytuałami i działaniami kulturalnymi, ponieważ:

- Sport i zabawa mogą służyć do celebrowania rytuałów;
- Rytuały mają skodyfikowane zasady, które zwykle obejmują zabawę i gry lub ich przejawy;
- Imprezy sportowe mogą mieć charakter rytualny.

Wiążą się one także z edukacją nieformalną, ponieważ:

- Edukacja nieformalna może dotyczyć psychomotoryki i różnych form sportu;
- Gry i zabawa pomagają rozwijać umiejętności życiowe;
- Gry i zabawa mogą być wykorzystane jako metody uczenia się.



Wreszcie istnieje oczywisty związek pomiędzy sportem i zabawą a teatrem i innymi zajęciami artystycznymi, ponieważ każda z tych kategorii odwołuje się do gry i wszystkie stanowią jej różne formy i przejawy. Dodatkowe informacje, w tym definicję i ramy operacyjne wykorzystania sportu w sytuacjach po kryzysie, można znaleźć [tutaj](#).

8.1.1 Podstawowe zasady organizacji zajęć sportowych i zabaw

W związku z projektowaniem i wdrażaniem zorganizowanych zajęć sportowych, dla których określono cele psychospołeczne, osoba koordynująca MHPSS powinna stosować się do zasad opisanych w tabeli nr 4.

Tabela nr 4: Zasady MHPSS a sport i zabawa

Znaczące uczestnictwo	Z psychospołecznego punktu widzenia, aby uczynić uczestnictwo w sporcie i zabawie bardziej znaczącym, przed zajęciami i po nich należy zorganizować rozmowy na temat zmian, jakie zaszły dzięki zajęciom w poszczególnych osobach (samoocena, poczucie siły, frustracje) oraz w społeczności (zjednoczenie w grze, nauka nowych zasad i znaczeń, antagonizmy i współpraca). Uczestnictwo pozbawione znaczenia, szczególnie w sytuacjach kryzysowych, wynika ze skupiania się na antagonizmach.
Budowanie potencjału	Umiejętności, które ułatwiają uprawianie sportów w ramach programu psychospołecznego to m.in.: <ul style="list-style-type: none"> • kompetencje osobiste; • kompetencje społeczne (komunikacja, słuchanie; negocjacje, zarządzanie konfliktem, praca zespołowa, empatia, strategie motywacyjne); • kompetencje metodologiczne, które obejmują: <ul style="list-style-type: none"> - znajomość określonych technik sportowych; - kompetencje w zakresie MHPSS; - kompetencje pedagogiczne. <p>W sytuacjach kryzysowych może zaistnieć potrzeba odświeżenia lub nabycia tych umiejętności, ponieważ wyzwania kontekstu kryzysowego rodzą potrzebę zyskania nowych kompetencji osobistych, społecznych i technicznych, jak również nowych umiejętności sportowych.</p>
Wrażliwość na kontekst	Zajęcia sportowe powinny być realizowane w sposób wrażliwy na wymiar kulturowy i duchowy jednostek i rodzin, kontekst społeczno-ekonomiczny i polityczny kryzysu oraz dynamikę subkultur i konfliktu.
Włączenie	W sporcie włączenie przekłada się programowo na szereg praktyk, których celem jest „zwiększenie dostępu, uczestnictwa oraz ograniczenie wykluczenia z wszelkich obszarów uprawiania sportów i aktywności fizycznej”. Należy zatem aktywnie działać na rzecz uczestnictwa osób poddanych marginalizacji lub segregacji w takich zajęciach u boku osób rówieśniczych. Grupy zagrożone wykluczeniem obejmują dorosłych i dzieci z wszelkiego rodzaju niepełnosprawnościami (włącznie z niepełnosprawnością poznawczą), kobiety i dziewczęta, a także osoby starsze i młodzież należąca do różnych podgrup. Właściwą metodologię umożliwiającą inkluzywność w zajęciach sportowych można znaleźć tutaj .
Trwałość wyników	Jest ona głównie mierzona za pomocą stopnia, w jakim zrozumienie i umiejętności z zakresu MHPSS uległy zakorzenieniu w działalności sportowej społeczności.



8.1.2 Kategorie sportu i zabawy

Zajęcia w zakresie sportu i zabawy można różnie klasyfikować, między innymi dzieląc je na te zorganizowane i niezorganizowane. Bez względu na przyjętą klasyfikację, kluczowym jest, aby sport i zajęcia miały na celu wspieranie dobrostanu psychospołecznego oraz były dobierane i wdrażane w taki sposób, aby uwzględnić wszelkie zakresy mobilności i zdolności, a także kwestie wieku,

płci, sytuacji ekonomicznej i kultury, jak i inne czynniki.

Treningi sportowe powinny być zorganizowane w formie programu i sesji. Zaleca się, aby każda sesja treningowa miała swój główny cel. W ramach każdej sesji powinno się omawiać i uzgadniać jej cel, po czym powinna nastąpić rozgrzewka, ćwiczenia, odpoczynek oraz debata.

Zajęcia mogą być organizowane:

- Indywidualnie/ grupowo;
- Na świeżym powietrzu/ w miejscu zadaszonym;
- W formie aerobowej/ innej;
- W oparciu o technologię.

Wybór zajęć sportowych zależy przede wszystkim od zasobów już dostępnych w społeczności. Jednakże sport i zabawę należy także postrzegać jako możliwość wprowadzania innowacji, zapoznawania się z potrzebami i pragnieniami społeczności. Na przykład jazda na deskorolce w Afganistanie została wykorzystana w szczególnie innowacyjnym programie

wzmacniania pozycji dziewcząt.



→ 8.2. CO POWINNA ROBIĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

Koordinatorki i koordynatorzy MHPSS nie prowadzą bezpośrednio zajęć sportowych, ale projektują, nadzorują i zarządzają programami, które powinny tworzyć przestrzeń do wykorzystania sportu i zabawy dla osiągnięcia celów psychospołecznych na różnych poziomach interwencji.

Zajęcia są prowadzone głównie przez PMT.

Dokument UNICEF *Wytyczne operacyjne:*

zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne w społecznościach w kontekście humanitarnym. Trzy poziomy wsparcia dla dzieci i rodzin (UNICEF, 2018) przedstawia praktyki w zakresie włączania i uczestnictwa dzieci i ich rodzin w zajęciach i wydarzeniach sportowych.

Celem poniższych zaleceń jest uzupełnienie informacji z punktu widzenia projektowania programu oraz podanie odnośników do odpowiednich narzędzi.

Podobnie jak zajęcia twórcze i artystyczne, zajęcia sportowe wspierane i promowane w ramach programu MHPSS można podzielić na „generowane przez społeczność”, „wspierane przez program” oraz „generowane przez program”. Aby uzyskać objaśnienie tych terminów, kliknij [tutaj](#).



Do działań praktycznych, których celem jest włączanie sportu i zabawy do programu MHPSS należą:

- (b) Mapowanie istniejących zajęć sportowych i zabaw w społeczności przyjmującej, w tym tych, w które można łatwo zaangażować przesiedlone i dotknięte kryzysem grupy;
- (c) Identyfikacja i dobór zajęć sportowych i zabaw, które mogą zapewnić wsparcie osobom potrzebującym W ramach programu i je zaangażować. Wsparcie dla zajęć sportowych i zabaw generowanych przez społeczność może obejmować:
 - (i) Materiały sportowe;
 - (ii) Sprzęt sportowy;
 - (iii) Inne wsparcie rzeczowe;
 - (iv) Treningi;
 - (v) Udostępnianie obiektów;
 - (vi) Włączenie aktywności sportowej do mechanizmu skierowań;
 - (vii) Tworzenie możliwości łączenia zajęć sportowych w sieci, np. poprzez ligi, wspólne treningi i fora;
- (d) Rozpowszechnianie informacji na temat wpływu siedzącego trybu życia na zdrowie fizyczne i psychiczne. Siedzący tryb życia można wiązać z niekorzystnymi skutkami dla zdrowia, zaś informowanie społeczności o tych konsekwencjach może prowadzić do poprawy sytuacji;
- (e) Wdrażanie dodatkowych zajęć sportowych wspieranych przez program, wspieranie potencjału istniejących realiów mające na celu zaspokojenie określonych potrzeb



psychospołecznych (wysoki poziom stresu, brak spójności społecznej). W tym przypadku jasno zdefiniowane cele programu będą mieć wpływ na dobór zajęć sportowych/interwencji, a konkretne zajęcia będą uzależnione od celu;

- (f) Grupowe zajęcia sportowe, które nie należą do zakresu zwykłych zajęć sportowych i form zabawy w społeczności, ale odpowiadają na określone potrzeby psychospołeczne lub potrzeby wywołane przez kryzys. W tym przypadku cele powinny być odzwierciedlone w rodzaju uprawianego sportu, kontekście lokalnym, stadium kryzysu oraz potrzebach psychospołecznych, które zostały wyodrębnione i uznane za priorytetowe w procesie oceny. Powinny one zostać określone w ramach strategii uczestniczącej;
- (g) Uwzględnienie barier doświadczanych przez osoby z niepełnosprawnościami w planowaniu zajęć sportowych i zabaw, aby miały charakter włączający;
- (h) Uwzględnienie osób potrzebujących w doborze zajęć i opracowaniu ich harmonogramu.

8.2.1 Budowanie potencjału

Projektowanie i organizacja procesu budowania potencjału dla określonych trenerów i trenerek, organizatorów i organizatorek oraz wolontariuszy i wolontariuszek to etap kluczowy dla osób koordynujących. Wymaga on wdrożenia, aby wesprzeć organizację zajęć oraz zapewnić ich odpowiednią jakość poprzez stałe wspieranie uczestników i uczestniczek. Szkolenia mogą mieć charakter wprowadzający lub specjalistyczny, stosownie do potrzeb oraz istniejącego potencjału. Szkoleniu powinno zawsze towarzyszyć ciągłe wsparcie i nadzór. Tabela nr 5 zawiera podsumowanie informacji przedstawionych szczegółowo [tutaj](#).

Umiejętności techniczne trenerów i trenerek należy rozwijać równoległe do kompetencji z zakresu MHPSS. Te ostatnie są warunkiem koniecznym dla wzmacniania umiejętności innych. Ponadto poziom złożoności szkoleń może być zróżnicowany w zależności od istniejących zasobów.



Tabela nr 5: Kluczowe etapy wsparcia organizacji zajęć przez osoby koordynujące

Rejestracja	<ul style="list-style-type: none"> - Sporządzenie listy istniejących i wymaganych umiejętności osób prowadzących treningi. - Opracowanie strategii rekrutacji personelu z uwzględnieniem członków i członkiń społeczności. - W miarę możliwości wybór trenerów i trenerek spośród społeczności lokalnej. - W miarę możliwości zatrudnienie jednakowej liczby trenerów i trenerek.
Szkolenie/ ciągłe wsparcie	<ul style="list-style-type: none"> - Wszystkich trenerów i trenerki należy przeszkolić w zakresie podstaw MHPSS (np. przy pomocy tego narzędzia), PFA, strategii motywacyjnych i mediacji w przypadku drobnych konfliktów (patrz rozdział Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne a transformacja i mediacje w sytuacji konfliktu). - Uzupełnienie szkolenia o umiejętności z zakresu sportów i gier. - Wspieranie platform wymiany wiedzy dla osób prowadzących treningi, świadczących wolontariat i organizujących działania. - Zapewnienie mentoringu i wsparcia psychospołecznego dla trenerów i trenerek oraz wolontariuszy i wolontariuszek i osób organizujących działania sportowe, podczas szkolenia i wdrażania przez wyznaczoną osobę z PMT. - Przeprowadzanie szkoleń na miejscu i wielokrotna weryfikacja umiejętności zamiast jednorazowego, długiego szkolenia. - Szkolenie w zakresie włączania osób z niepełnosprawnościami do głównego nurtu zajęć sportowych. - W ramach szkolenia i ciągłego wsparcia należy zapewnić funkcjonalny mechanizm skierowań dla dzieci wymagających wsparcia innego rodzaju, włącznie z usługami spoza zakresu MHPSS i wyspecjalizowanych usług MHPSS.
Utrzymanie ciągłości	<ul style="list-style-type: none"> - Zwiększanie motywacji osób prowadzących treningi i świadczących wolontariat poprzez oferowanie uznanych szkoleń i certyfikacji w zakresie umiejętności trenerskich/ animacyjnych, a także dostarczanie odpowiednich zestawów narzędzi dla trenerów i trenerek. - Zachęcanie tych osób do tworzenia grup koleżeńskich w ramach ciągłego wspierania trenerów i trenerek i ich działań, które wdrażają w społeczności.



8.3. STUDIUM PRZYPADKU

W Egipcie przebywa wielu uchodźców i uchodźczyń z Syryjskiej Republiki Arabskiej, Sudanu, Erytrei i Iraku. Żyją oni w bardzo trudnych warunkach, a ich dzieci cierpią z powodu skutków wymuszonego przesiedlenia. Często dochodzi do napięć pomiędzy nimi i społecznościami przyjmującymi.

W minionych latach organizacja Terre des Hommes opracowała i wdrożyła metodologię o nazwie „Ruch, gry i sport”, której celem jest poprawa dobrostanu i ochrona młodzieży. Od października 2017 roku wdrażany jest nowy projekt o nazwie „Sport dla ochrony społeczności i integracji społecznej”, którego celem jest długofalowa organizacja zajęć sportowych oraz zajęć w zakresie umiejętności psychospołecznych i życiowych, które sprzyjają integracji społecznej i wspólnotowej ochronie dzieci i młodzieży z grup szczególnie wrażliwych.

8.3.1 Wsparcie usamodzielniania młodzieży

Animatorzy i animatorki wykorzystują piłkę nożną jako narzędzie wspierania dzieci. „Osoby z doświadczeniem uchodźczym czują się, jakby straciły wszystko, kiedy przegrywają. W prawdziwym życiu mają poczucie, że być może nigdy się nie podniosą. Za pomocą zajęć chcemy im pokazać, że mogą ponownie stanąć na nogi i przezwyciężyć trudności. Dotyczy to zarówno piłki nożnej, jak i prawdziwego życia” – mówi Pasant Aly Mokhtar odpowiedzialny za organizację zajęć.

8.3.2 Nauka kluczowych umiejętności

Jedna z osób prowadzących trening tłumaczy: „Nie chodzi mi tylko o zabawę. Chcę, żeby dzieci uczyły się codziennie czegoś nowego. Chcę dać im nowe umiejętności życiowe i zachęcać je do integracji społecznej”.

8.3.3 Promowanie integracji

Pięć lat temu Noor, matka z Sudanu, przyjechała ze swoimi dziećmi do Kairu. Boi się nawiązywać kontakty z nieznanymi. Aby ułatwić życie dzieciom w takiej sytuacji, umożliwia im się tworzenie zespołów przed każdym treningiem, jednak bez podziałów pod względem narodowości. Jest to forma promowania integracji.

8.3.4 Budowanie pewności siebie

Niektóre osoby cierpią z powodu skutków wojny lub utraty bliskich. Niektórzy nie pamiętają już swoich domów, lecz nadal nie potrafią przystosować się do nowej kultury. Gdy po raz pierwszy biorą udział w zajęciach, wstydzą się. Celem trenera lub trenerki jest wspieranie poszczególnych osób w odzyskaniu pozytywnej samooceny i wiary we własne siły, aby budować w nich pewność siebie i odporność.

→ 8.4. WYZWANIA I WZGLĘDY SZCZEGÓLNE

Należy promować inkluzywność pod względem płci i niepełnosprawności. Zajęcia powinny być dopasowane do kontekstu kulturowego oraz odbywać się z poszanowaniem zasad braku dyskryminacji. Przykładowo dziewczęta mogą być zagrożone przemocą, jeśli biorą udział w określonych zajęciach lub sportach, które wiążą się z użyciem siły oraz konfrontacją fizyczną. Ważne jest oferowanie różnorodnych zajęć sportowych oraz dostosowanie zasad i praktyk w taki sposób, aby gry i zajęcia sportowe, także o charakterze ściśle fizycznym, były dostępne dla wszystkich.

Kluczowe znaczenie ma poinformowanie społeczności o celu programu; nie należy stwarzać iluzji ani wzbudzać nadmiernych oczekiwań. Sport to narzędzie umożliwiające osiągnięcie różnych celów; sam w sobie wiąże się jednak w kontekście MHPSS z pewnymi ograniczeniami.

Choć sport jest ważny, najistotniejsze jest zaspokojenie podstawowych potrzeb uczestników i uczestniczek, np. w zakresie wyżywienia. Jeśli niedobór żywności jest poważnym problemem, należy rozważyć możliwość przesunięcia w czasie terminu wprowadzenia zajęć sportowych oraz nawiązania współpracy z organizacjami, które mogą poprawić bezpieczeństwo żywnościowe społeczności.

Trenerzy i trenerki znajdują się w wyjątkowym położeniu, mogąc odgrywać rolę wzorów do naśladowania i mentorów i menterek dla młodych uczestników i uczestniczek. Znane są jednak sytuacje nadużywania przez nich wpływu i władzy, prześladowania, zastraszania, manipulacji oraz lekceważenia kwestii bezpieczeństwa. Nie ulega wątpliwości, że niezbędne jest wdrożenie środków bezpieczeństwa, a w związku z tym – opracowanie w tym zakresie stosownej **polityki**.

Sport i zabawa nie zawsze mają automatycznie pozytywny wpływ. Należy starannie rozważyć następujące potencjalne negatywne skutki interwencji:

- Wykreowanie ryzyka w związku ze wzmocnieniem pozycji kobiet lub innych osób bezbronnych w społeczeństwach silnie konserwatywnych;
- Wywołanie negatywnego i agresywnego współzawodnictwa, co może prowadzić do nasilenia lub przywrócenia napięć w społeczności. Sport może być kojarzony z podziałami politycznymi w obszarach konfliktu i stanowić element sporny, dlatego konieczne jest planowanie zajęć sportowych z użyciem strategii wrażliwej na konflikt;
- Potencjalne wykreowanie nowych czynników stresu w związku z rywalizacją sportową, co ma **niekorzystny wpływ** na zdrowie psychiczne;
- Wpływ na zwiększenie przemocy wobec kobiet, dziewcząt i dzieci;
- Ze względu na fakt, że sport i zabawa to narzędzia służące osiągnięciu celów psychospołecznych i zapewnieniu ochrony, należy traktować je nie jako odrębne działania, ale włączać je do większych programów;
- W niektórych kulturach bardzo trudno wpłynąć na społeczność, aby zgodziła się na uczestnictwo kobiet w zajęciach.



 **MATERIAŁY DODATKOWE**

Alexandria University Theories and Applications the International Edition (TAIE)

2011 *Sport as an Instrument for People Development and Peace Promotion*. TAIE. Faculty of Physical Education, Abu Qir, Alexandria University, Alexandria.



Clemens Ley, C. and M. Rato Barrio

2010 Movement, Games and Sport in Psychosocial Intervention: A Critical Discussion of its Potential and Limitations within Cooperation for Development. *Intervention*, 8(2):106–120.



Harknett, S.

2013 *Sport and Play for All: A Manual on Including Children and Youth with Disabilities*. Handicap International, Colombo, Sri Lanka.



Huizinga, J.

1949 *Homo Ludens*. Routledge, Londyn.



PYKKA and United Nations Children's Fund (UNICEF)

2010 *Changing Life Through the Power of Sports*. PYKKA and UNICEF, Nowe Delhi.



Sport Inclusion Network

2012 *Inclusion of Migrants in and through Sports: A Guide to Good Practice*. Sport Inclusion Network, Wiedeń.



sportanddev.org

N.D. Sport as a Psychosocial Intervention.



Pełna bibliografia zawierająca materiały dodatkowe jest dostępna **tutaj**.



9. EDUKACJA POZAFORMALNA I UCZENIE SIĘ NIEFORMALNE



➔ 9.1. CO POWINNA WIEDZIEĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

Bezpośrednio po wystąpieniu kryzysu przywrócenie funkcjonowania formalnych instytucji edukacyjnych może okazać się trudne zarówno dla samorządów, jak i organizacji humanitarnych. W sytuacji wymuszonego lub masowego przesiedlenia ograniczenia logistyczne i administracyjne mogą utrudniać włączenie nowoprzybyłych do lokalnego systemu edukacji formalnej w kraju przeznaczenia. Ponadto w sytuacji wysiedlenia i migracji uczniowie i uczennice, nawet jeśli trafią do szkół w kraju przyjmującym, mogą mieć trudności z przystosowaniem się do programów nauczania i modeli pedagogicznych innych niż te, do których przywykli. Dlatego też sytuacje tego rodzaju wymagają wdrażania programów wspierających edukację pozaformalną i/ lub uczenie się nieformalne jako łącznika z systemem edukacji formalnej lub narzędzia uzupełniającego. Edukacja formalna, pozaformalna oraz uczenie się nieformalne to fundamentalne działania kulturowe, które sprzyjają organicznej integracji społeczności. To także istotne pole do tworzenia relacji oraz uczenia się, jak odnosić się do innych.

Ważne jest zrozumienie używanych tu pojęć i różnic między nimi. Międzyagencyjna Sieć Edukacji w Sytuacjach Kryzysowych (INEE) opracowała w tym celu wspólne ramy odniesienia (patrz tabela nr 6).

Tabela nr 6: Wspólne ramy odniesienia dla edukacji w sytuacjach kryzysu

Edukacja w sytuacjach kryzysu	<ul style="list-style-type: none"> - Jakość dostępnych form nauczania dla uczniów i uczennic w każdym wieku w sytuacji kryzysowej, od nauki przedszkolnej, poprzez szkołę podstawową i średnią, po naukę nieformalną, edukację techniczną, zawodową, szkolnictwo wyższe oraz edukację dorosłych. - Ochrona pod względem fizycznym, psychospołecznym i poznawczym w celu ratowania życia.
Edukacja formalna	<ul style="list-style-type: none"> - Zwykle odnosi się do instytucji edukacyjnych realizujących określone programy opracowane i zatwierdzone przez rząd oraz jeden lub kilka egzaminów końcowych.
Edukacja pozaformalna	<ul style="list-style-type: none"> - Odbywa się w instytucjach edukacyjnych i poza nimi, dotyczy osób w każdym wieku. - Nie zawsze prowadzi do uzyskania dyplomu. - Programy edukacji pozaformalnej charakteryzuje różnorodność, elastyczność oraz zdolność szybkiego reagowania na zmieniające się potrzeby edukacyjne dzieci i dorosłych. - Często dostosowana do potrzeb konkretnych uczących się grup, np. uczniów i uczennic wykraczających wiekiem poza dany poziom kształcenia, tych i te, którzy nie chodzą do zwykłej szkoły, dorosłych. - Programy mogą bazować na systemie edukacji formalnej lub na nowych strategiach. - Do przykładów należy nauka mająca na celu nadrobienie zaległości, zajęcia pozalekcyjne, nauka pisania, czytania i liczenia. - Edukacja nieformalna może prowadzić do opóźnionego wejścia w formalny program edukacji, co niekiedy nazywa się „edukacją drugiej szansy”.
Uczenie się nieformalne	<ul style="list-style-type: none"> - "Formy uczenia się o charakterze celowym lub świadomym, ale niezinstytucjonalizowanym są znane jako uczenie się nieformalne. W rezultacie są one słabiej zorganizowane i ustrukturalizowane niż edukacja formalna i pozaformalna. Uczenie się nieformalne może obejmować zajęcia odbywające się w obrębie rodziny, miejsca pracy, społeczności lokalnej i życia codziennego, i może być realizowane we własnym zakresie, pod kierunkiem rodziny lub społeczności" (Organizacja Narodów Zjednoczonych do spraw Oświaty, Nauki i Kultury (UNESCO)).



Edukacja pozaformalna może być skierowana do różnych grup i wdrażana w określonym miejscu lub też nie. Programy są mniej lub bardziej sformalizowane, nie przewidują natomiast procesu certyfikacji ani dyplomów ukończenia nauki. Mogą one obejmować kursy językowe, naukę pisania i czytania oraz liczenia dla dorosłych, naukę obsługi komputera i sesje psychoedukacyjne.

Uczenie się nieformalne jest mniej ustrukturalizowane niż edukacja formalna i nieformalna, jednak od innych form edukacji w sytuacji kryzysowej odróżnia ją przede wszystkim nie struktura, a cel. Przykładowo ustrukturalizowana sesja sportowa ma określone cele. Konkretny zestaw gier i ćwiczeń stymuluje mózg/mięśnie i należy do kategorii uczenia się nieformalnego, choć ma bardzo wyrazistą strukturę. Podczas treningów koszykówki uczestnicy i uczestniczki muszą nauczyć się grać, a w tym celu dużo ćwiczą. Angażują więc ciało i umysł w naukę pozycji, celów, rzucania piłki, współpracy z innymi czy przestrzegania zasad. Ostatecznym celem nie jest jednak nauka, lecz gra. To samo dotyczy działań kulturalnych, twórczych, artystycznych czy teatralnych opisanych w niniejszym podręczniku, które nie są ukierunkowane konkretnie na edukację, lecz ich cel może być związany z uczeniem się (umiejętności, postaw, procesów). Potencjał dotyczący nieformalnego uczenia się dla szeregu umiejętności może mieć charakter spontaniczny lub przemyślany w tym sensie, że działania mogą zostać przeprojektowane lub przeorganizowane tak, aby osiągnąć ich pełen potencjał.

Edukacja pozaformalna i uczenie się nieformalne przyczyniają się do osiągnięcia celów MHPSS z różnych przyczyn (patrz tabela nr 7).

Tabela nr 7: Wkład edukacji pozaformalnej i uczenia się nieformalnego w MHPSS

MHPSS	<ul style="list-style-type: none"> - Bezpieczne szkoły i nieformalna przestrzeń do nauki stwarzają najlepsze środowisko dla dzieci i młodzieży w okresie niepewności. - Świadome inwestowanie we wsparcie psychospołeczne na bazie edukacji chroni dzieci i młodzież przed negatywnymi skutkami katastrof poprzez narzucenie im stabilnej rutyny, stworzenie możliwości nawiązywania przyjaźni i uczestniczenia w zabawie, umacnianie nadziei, łagodzenie stresu, zachęcanie do wyrażania siebie i promowanie zachowań bazujących na współpracy (Alexander, Boothby i Wessells, 2010; Masten, Gewirtz i Sapienza, 2013).
	<ul style="list-style-type: none"> - Dobrostan psychospołeczny to istotny warunek nauki, kluczowy dla osiągnięć akademickich, dlatego w istotnym stopniu kształtuje perspektywy na przyszłość zarówno jednostek, jak i społeczeństw.
	<ul style="list-style-type: none"> - Strategia wsparcia psychospołecznego sprawdza się najlepiej, gdy jest zintegrowana z różnymi sferami życia młodych ludzi. Jako że działania edukacyjne integrują dzieci, młodzież, rodziców, rodziny i społeczności, umożliwiają one stworzenie środowiska wspierającego ukierunkowanego na poprawę dobrostanu psychospołecznego. - W sytuacji idealnej warunki edukacyjne i społeczne powinny umożliwiać otoczenie dziecka najlepszą opieką i nadzorem. Obejmuje to także komunikację pomiędzy nauczycielami i nauczycielkami oraz rodzicami, a także pedagogami i pedagożkami, w razie konieczności.

→ 9.2. CO POWINNA ROBIĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

Koordinatory i koordynatorki MHPSS nie zajmują się edukacją pozaformalną i szkoleniem pozaformalnym osobiście, ale powinni projektować programy w taki sposób, aby uwzględnić działania i zasoby dla potrzeb promocji edukacji pozaformalnej i uczenia się nieformalnego. Muszą także dokonać selekcji i zadbać o nadzór pedagogów i pedagożek oraz nauczycieli i nauczycielek, będących kluczowymi członkami/ członkiniami PMT, i uzgodnić z nimi plany działania na zasadach opisanych poniżej.

(a) Wspieranie zaangażowania społeczności:

Członkowie i członkinie społeczności powinni szczególnie aktywnie włączać się w działanie, nie tylko jako uczestnicy i uczestniczki –powinni także rozumieć priorytety, wskazywać prowadzących, wybierać zajęcia i monitorować wyniki. Dobór zajęć i określenie priorytetów bazuje na trzech następujących czynnikach:

- (i) Potrzeby: określenie potrzeb społeczności (pomoc w szkole, wiedza na temat higieny, psychoedukacja);
- (ii) Zasoby: określenie zasobów społeczności, których potencjał można wzmocnić poprzez organizację zajęć edukacji pozaformalnej dla innych (obsługa komputera, kursy językowe, sztuka i rzemiosło, muzyka);
- (iii) Możliwość dostarczania w ramach programu niezbędnych materiałów, środków, zabezpieczeń i innych.

Opracowanie i wdrożenie, adaptacja, zlokalizowanie i identyfikacja osób zaangażowanych, jak i powiązań z innymi programami to zagadnienia, które należy omówić, zdefiniować i przeanalizować we współpracy z kluczowymi działaczami i działaczkami społeczności dotkniętej kryzysem.

(b) W miarę możliwości należy wspierać już istniejące placówki w społeczności przyjmującej (szkoły muzyczne, sportowe, tańca, informatyczne i języków obcych), zamiast tworzyć struktury równoległe, oraz zapewnić dostęp do nich (transport, chesne, jeśli szkoła jest płatna) i możliwość uczęszczania do nich.

- (c) Zidentyfikowanie osób, które mogą przekazywać swoje umiejętności innym w społeczności przesiedlonej oraz mobilizowanie ich do organizowania edukacji pozaformalnej dla określonych grup, wspieranie tych działań w formie pomocy rzeczowej, szkoleń, ewentualnie także stypendiów dla osób facylitujących.
- (d) Analiza potencjału edukacji pozaformalnej z perspektywy innych działań wspierających organizowanych w ramach programu (teatr, sport) oraz tworzenie przestrzeni dla wymiany informacji pomiędzy osobami facylitującymi te zajęcia i edukatorami/ edukatorkami w zespole, aby wykorzystać ten potencjał w pełni poprzez utworzenie odpowiednich struktur, pomoc pedagogiczną oraz dyskusje przed warsztatami i po nich.
- (e) Stworzenie planu zajęć z zakresu edukacji pozaformalnej z rozróżnieniem na:
 - (i) Sesje wprowadzające i informacyjne (po kilka godzin);
 - (ii) Warsztaty (kilka dni lub tydzień);
 - (iii) Konkretnie zajęcia edukacyjne (wsparcie w nauce szkolnej, nauka języków, nauka liczenia) – należy określić czas ich trwania, liczbę sesji oraz ramy czasowe, aby zmaksymalizować uczestnictwo i zapewnić inkluzywność.
- (f) Szkolenie osób świadczących wolontariat i facylitujących, nauczycielek i nauczycieli w zakresie interaktywnych metod facylitacji sesji i podstaw MHPSS:
 - (i) W miarę możliwości promowanie spontanicznych pozaformalnych działań edukacyjnych dla osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnościami;
 - (ii) Organizowanie ocen usług na koniec każdego cyklu zajęć z zakresu edukacji pozaformalnej.



Tabela nr 8: Przykłady zajęć (lista niepełna)

Edukacja zdrowotna (definicja WHO)	Wszelkie modele nauczania, których celem jest wspieranie jednostek i społeczności w poprawie ich stanu zdrowia poprzez zwiększenie stanu wiedzy lub wpływanie na postawy.
Promocja higieny (definicja SPHERE)	Promocja higieny to zaplanowana, systematyczna strategia, która umożliwia ludziom podejmowania działań w celu zapobiegania i/lub ograniczania częstości występowania chorób związanych z zanieczyszczeniem wody, warunkami sanitarnymi i brakiem higieny. To także praktyczny sposób zwiększania uczestnictwa członków i członkiń społeczności, poczucia odpowiedzialności i monitorowania realizacji programów WASH.
Umiejętności życiowe (definicja WHO)	W 1999 roku WHO zdefiniowała pięć kluczowych, międzykulturowych obszarów umiejętności życiowych: podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów; kreatywne myślenie (patrz także myślenie lateralne) oraz myślenie krytyczne; komunikacja i umiejętności interpersonalne; samoświadomość i empatia oraz radzenie sobie z emocjami i stresem.
Edukacja sportowa	Wiele umiejętności życiowych można nabywać poprzez zajęcia sportowe, które sprzyjają rozwojowi takich obszarów, jak koncentracja, współpraca z innymi, pewność siebie, umiejętność strategicznego myślenia. W szczególności gry i zabawy mogą przyczynić się do wzmocnienia poczucia bezpieczeństwa i poprawy dobrostanu dzieci. Ponadto są one narzędziami integracji społecznej, które przyczyniają się do kształtowania poczucia wspólnoty i jedności.
Kursy czytania i liczenia (UNESCO)	Umiejętność biegłego czytania i liczenia jest kluczowa dla młodych ludzi, aby mogli rozwinąć w pełni swój potencjał jako członkowie i członkinie społeczności, zaś dla migrantów i migrantek jest to szansa na integrację. Niewielka liczba osób umiejących biegle czytać i liczyć w dorosłej populacji sygnalizuje niski poziom podstawowych umiejętności oraz zatrudnienia. Tego rodzaju kursy mogą być częścią szerszego planu.
Sztuka i rzemiosło	Edukacja pozaformalna z zakresu sztuki i rzemiosła może dać szansę na relaks, umacnianie więzi poprzez działanie, poprawę samooceny, a w niektórych przypadkach stać się zajęciem dochodowym (patrz wyzwania).
Edukacja w zakresie zagrożenia minami (międzynarodowe standardy działania w przypadku zagrożenia minami)	Dotyczy „zajęć, których celem jest ograniczenie ryzyka urazu w wyniku zetknięcia z minami i niewybuchami z czasów wojny poprzez zwiększanie świadomości i promowanie zmian w zachowaniu, włącznie z rozpowszechnianiem informacji, edukacją i szkoleniami, a także wyznaczeniem przedstawiciela lub przedstawicielki społeczności do spraw zabezpieczenia przed minami”.

Edukacja pozaformalna wymaga nawiązania bliskiej relacji ze społecznościami, jak również silnego zaangażowania od samego początku, tak aby dostosować działania w odpowiedzi do ich potrzeb. Brak zaangażowania ze strony społeczności dotkniętych kryzysem może negatywnie wpłynąć na interwencje w zakresie edukacji pozaformalnej za sprawą wzmocnienia ograniczonego zainteresowania udziałem lub przekazem, który nie został dostosowany do kontekstu. Materiały powinny zostać sprawdzone i zatwierdzone przez członków i członkinie społeczności, znających cel i rozumiejących konieczność uruchomienia programu wsparcia w tym obszarze.

→ 9.3. STUDIUM PRZYPADKU INICJATYWA FABLAB DLA SYTUACJI KRYZYSOWYCH I WYMAGAJĄCYCH DZIAŁAŃ HUMANITARNYCH

Projekt FabLab definiuje się ogólnie jako „techniczną platformę tworzenia prototypów dla innowacji i wynalazków, która stymuluje przedsiębiorczość lokalną”. Dla organizacji Terre des Hommes (TdH) adaptacja tej inicjatywy do kontekstów rozwoju oraz pomocy humanitarnej uzupełnia i zwiększa wpływ już realizowanych programów, zapewniając dostęp do szerszego pakietu usług oferowanych w ramach różnych interwencji TdH dostosowanych do potrzeb i kontekstu.

Usługi te obejmują fizyczną przestrzeń wyposażoną w narzędzia (np. drukarki 3D, wycinarki laserowe i plotery tnące), oprogramowanie (do programowania narzędzi oraz udostępniania sieci), a także strategie i procesy edukacyjne (np. dostosowane do potrzeb kursy szkoleniowe, systemy zarządzania mające na celu otwarcie przestrzeni dla wynalazców i wynalazczyń oraz modele wzajemnego uczenia się). Nie chodzi tu jedynie o zestaw(y) sprzętu – to raczej sposób angażowania w zajęcia dzieci, młodzieży i całych społeczności.

9.3.1 Nowa strategia ukierunkowana na młodzież i grupy, do których trudniej dotrzeć

W obszarach dotkniętych kryzysem starsze dzieci i młodzież doświadczają znaczących zagrożeń dotyczących bezpieczeństwa, do których zaliczają się przedwczesne małżeństwo, rezygnacja z nauki, praca dzieci, konflikty lub kontakt z systemem prawnym, przemoc związana z kryzysem, jak również zagrożenia związane z konfliktami zbrojnymi, włącznie z przymusową mobilizacją i problemami wymiaru sprawiedliwości dla nieletnich.

Mimo że grupa ta jest często narażona na ryzyko, dotarcie do młodzieży oraz nastolatków i nastolatków bywa niezwykle utrudnione. Istnieją nieliczne przykłady standardowych strategii nawiązywania współpracy z tymi grupami i brakuje konsensusu w podstawowych kwestiach, w tym do jakiego wieku odnosi się pojęcie „młodzieży”. Miejsca atrakcyjne dla młodzieży:

- Skupienie się na najnowszych, ale łatwo dostępnych technologiach, ponieważ osoby młodsze chętniej interesują się technologiami cyfrowymi w porównaniu z innymi grupami wiekowymi;
- Wspieranie kreatywności w sposób elastyczny i dostosowany do potrzeb, co jest kluczowe w przypadku grupy o zmiennych zainteresowaniach, możliwościach i potrzebach, której potrzeby nie są prawidłowo zaspokajane przez organizacje humanitarne;
- Organizacja czasu na zajęcia z uwzględnieniem takich kwestii jak praca dzieci i obowiązek szkolny.





Lekcja angielskiego w ośrodku IOM w Haj Ali w Iraku.
© IOM 2017/Sandra BLACK

Tabela nr 9: Możliwości wywierania wpływu

Edukacja	<ul style="list-style-type: none"> - Dobra podstawa dla świadczenia edukacji pozaformalnej, w szczególności w zakresie STEM (nauka, technologia, inżynieria i matematyka) dla najbardziej narażonej młodzieży. - Możliwość transferu młodych ludzi z systemu edukacji pozaformalnej do edukacji formalnej (wyższa uczelnia, szkoła średnia lub szkolenie zawodowe). - Bezpieczna przestrzeń sprzyja zarówno uczeniu się, jak i korzystaniu z dostępnych możliwości.
Uczestnictwo i projektowanie pod kierunkiem społeczności dotkniętych kryzysem	<ul style="list-style-type: none"> - Zaoferowanie młodym ludziom możliwości bardziej aktywnego uczestnictwa w opracowaniu i wdrażaniu projektów oraz osiągania konkretnych wyników. - Osoby korzystające z FabLab kierują własnym rozwojem, co zapewnia społecznościom dotkniętym kryzysem elastyczność oraz dostęp do narzędzi umożliwiających projektowanie własnych rozwiązań i łączenie użytkowników i użytkowniczek w celu wymiany doświadczeń.
Ochrona dzieci	<ul style="list-style-type: none"> - Otwarta, bezpieczna przestrzeń dla młodzieży i społeczności, w której mogą budować zaufanie, współpracować ze sobą w celu zdefiniowaniem własnych priorytetów i znajdować innowacyjne rozwiązania swoich problemów. - Celem jest wzmocnienie pozycji dzieci i ich społeczności, co pozwoli im zaangażować się skuteczniej w dialog i działanie na rzecz praw dzieci z wykorzystaniem narzędzi cyfrowych i sieci. - Uprzywilejowana przestrzeń dla realizacji usług MHPSS, a gdy to konieczne – kierowania młodzieży do innych usług TdH (np. świadczonych przez pracowniczki i pracowników socjalnych oraz animatorki i animatorów społecznych).
Możliwość pracy zarobkowej	<ul style="list-style-type: none"> - Sprzęt i oprogramowanie to elementy gospodarki cyfrowej, do którego dostęp mają tylko nieliczne społeczności dotknięte kryzysem. - Możliwość wspierania osób z grup szczególnie w angażowaniu się w produkcję na niewielką skalę oraz zaspokajaniu doraźnych potrzeb w sposób ekonomiczny i lepiej przystosowany do warunków. - FabLab TdH to cenny zasób i szansa na pracę zarobkową dla osób, które zdobędą dzięki projektowi odpowiednie umiejętności. - Działanie na rzecz poprawy warunków ekonomicznych społeczności poprzez nowe modele i metody usprawniania branży technologicznej (i innych).

Podsumowując, projekt FabLab dał młodzieży oraz innym członkom i członkiniom społeczności bardzo atrakcyjną formę nauki, zapewniając wysoki poziom uczestnictwa i zaangażowania we wdrażanie projektu w sposób gwarantujący mu długotrwałe funkcjonowanie. Projekt sprzyja tworzeniu bezpiecznej przestrzeni, realizacji dostosowanych do potrzeb programów nauczania, odpowiedniemu gospodarowaniu czasem młodzieży na naukę i zabawę, a wreszcie zdobywaniu wiedzy na temat nowych technologii i innych zagadnień (szkolenia zawodowe, podstawowe kursy nauki czytania i liczenia).



9.4. WYZWANIA I WZGLĘDY SZCZEGÓLNE

Rozróżnienie pomiędzy różnymi formami edukacji w sytuacjach kryzysowych w ramach programów MHPSS ma ogromne znaczenie z punktu widzenia projektowania programów i dynamiki społeczności, ponieważ szczególnie podczas kryzysu zacierają się różnice pomiędzy edukacją formalną i pozaformalną, edukacją pozaformalną i uczeniem się nieformalnym, szkoleniami zawodowymi i specjalistycznymi. Prowadzi to do czterech rodzajów problemów:

- (a) Warsztaty MHPSS ukierunkowane na kreatywność lub socjalizację (uczenie się nieformalne) są często błędnie identyfikowane jako edukacja pozaformalna. Na przykład kurs szycia lub wyszywania dla kobiet, który w pierwszej kolejności ma stanowić dla nich okazję do integracji oraz zabrania głosu, może być postrzegany przez społeczność dotkniętą kryzysem, a niekiedy przez kierownictwo projektu, jako pozaformalny kurs szycia. Może to prowadzić do powstania fałszywych oczekiwań wśród uczestniczek i powodować niejasności przy planowaniu działań, określaniu niezbędnych kompetencji prowadzącego i innych kwestii. Planowanie musi zawsze bazować na jednoznacznym określeniu charakteru działań i ich zakresu.
- (b) Programy MHPSS przewidują na ogół certyfikację w związku z zajęciami z zakresu edukacji pozaformalnej. To samo dotyczy bardzo krótkich sesji szkoleń wprowadzających lub informacyjnych. Mimo że certyfikaty są często wprowadzane na prośbę osób uczestniczących i mogą stanowić dla nich zachętę do wzięcia udziału i poprawić ich samoocenę, mogą także rodzić dwa problemy. Z jednej strony uczestnicy i uczestniczki mogą mieć poczucie, że certyfikaty wzbogacają ich kwalifikacje zawodowe. Z drugiej strony w kontekście działań humanitarnych, które wymagają szybkiego zatrudniania personelu, wartość merytoryczna certyfikatów może zostać błędnie oceniona.

Co więcej, wydawanie dużej liczby certyfikatów może prowadzić do dewaluacji dokumentów tych osób, które ukończyły w kraju formalne programy nauczania, wpływając na dynamikę funkcjonowania społeczności.

- (c) Edukacja pozaformalna oraz szkolenia zawodowe i specjalistyczne należy jednoznacznie odróżniać. Nieformalne wykształcenie w dziedzinie danej sztuki lub rzemiosła, zdobyte w związku z realizacją własnych zainteresowań, nie jest równorzędne z ukończeniem szkolenia zawodowego mającego na celu poprawę szans danej osoby na rynku pracy i pozyskanie dochodów, które wchodzi w zakres wsparcia w zdobywaniu źródeł utrzymania i powinno być projektowane z myślą o tym celu. Brak rozróżnienia może spotkać się z frustracją uczestników i uczestniczek. Rozdział **Zintegrowane wsparcie w obszarze MHPSS i zdobycia źródła utrzymania** opisuje dokładniej metody łączenia tych zagadnień w ramach szkoleń zawodowych w taki sposób, aby nie powstały niejasności.
- (d) Edukacja formalna jest zawsze potrzebą podstawową i powinna być traktowana priorytetowo. Niekiedy jednak, w sytuacjach kryzysu, istnieje ryzyko wykorzystywania edukacji pozaformalnej jako substytutu kształcenia formalnego, nawet w przypadkach, gdy edukacja formalna jest dostępna, ale (a) w odległej lokalizacji oraz (b) jest postrzegana jako zbyt trudna. W takiej sytuacji, jeśli brakuje zasobów, transport do placówek edukacji formalnej należy traktować jako priorytet, nadając mu większe znaczenie niż organizacji zajęć z zakresu edukacji nieformalnej. Dodatkowo, mimo że te ostatnie mogą być nadal oferowane, uwrażliwienie na istotność edukacji formalnej musi mieć zawsze charakter zorganizowany i wysuwać się na pierwszy plan, a szkoły, które potrzebują pomocy w przystosowaniu dzieci i młodzieży do nowych programów szkolnych należy traktować priorytetowo w stosunku do innych form edukacji pozaformalnej.



➔ MATERIAŁY DODATKOWE

Finn Church Aid (FCA)

2018 Improving Well-being Through Education – Integrating Community Based Psychosocial Support into Education in Emergencies. FCA, Helsinki.

International Network for Education in Emergency (INEE)

2010 *Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery* (2nd ed.). INEE, Genewa.

2016 Background Paper on Psychosocial Support and Social and Emotional Learning. INEE, Genewa.

2018 Guidance Note on Psychosocial Support. INEE, Genewa.

Pełna bibliografia zawierająca materiały dodatkowe jest dostępna [tutaj](#).



10.
ZDROWIE PSYCHICZNE
I WSPARCIE PSYCHOSPOŁECZNE
A TRANSFORMACJA I MEDIACJE
W SYTUACJI KONFLIKTU



➔ 10.1. CO POWINNA WIEDZIEĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

Jednym z wyzwań, z jakimi często spotykają się zespoły MHPSS w trakcie kryzysów humanitarnych, jest uporczywość i złożoność konfliktów interpersonalnych i międzygrupowych. Dlatego pracownicy i pracowniczki MHPSS muszą posiadać podstawowe umiejętności z zakresu zarządzania konfliktami i ich rozwiązywania. W niniejszym rozdziale omówimy praktyczne metody wykorzystywania przez pracowników i pracowniczki MHPSS ich umiejętności, zasobów i sieci w ramach reagowania na konflikty interpersonalne i międzygrupowe. W tym celu przedstawiono krótkie wprowadzenie do koncepcji oceny konfliktu.

Konflikt to sprzeczność. Jest to stan relacji międzyludzkich, w którym próby osiągnięcia założonego celu przez jedną ze stron uniemożliwiają drugiej stronie realizację jej własnych założeń. Pod poniższym odnośnikiem można znaleźć bardziej szczegółowy opis konfliktu, jak również związanych z nim **pojęć**.



Konflikt sam w sobie nie jest ani destrukcyjny, ani twórczy. Jeżeli stronom konfliktu brakuje zdolności i środków do jego transformacji, związana z tym frustracja i wrogość może przemienić konflikt w doświadczenie destrukcyjne. Jeśli strony są w stanie postrzegać konflikt jako wspólne wyzwanie, staje się on okazją do kreatywnego rozwiązania problemu i budowania relacji.

Według pioniera badań w zakresie rozwiązań pokojowych Johana Galtunga, konflikt społeczny – na poziomach od interpersonalnego po międzynarodowy – ma trzy następujące wymiary: postawy (A), zachowania (B) oraz sprzeczności (C), co ilustruje rys. 10.

Rysunek 10: Trójkąt ABC



Źródło: Na podstawie: Galtung (1958).

10. ZDROWIE PSYCHICZNE I WSPARCIE PSYCHOSPOŁECZNE A TRANSFORMACJA I MEDIACJE W SYTUACJI KONFLIKTU

Trójkąt ABC stwarza użyteczne ramy wsparcia koordynatorów i koordynatorek programu MHPSS w analizowaniu powiązanych ze sobą wymiarów postawy, zachowania i sprzeczności. Na przykład doświadczenie w zakresie poradnictwa może pomóc jednostkom i grupom w odbudowaniu empatii, która przyczyni się do zmiany postaw, zachęcając uczestników i uczestniczki do zachowań pozbawionych przemocy. Ponadto zmiany zachowań i postaw mogą przyczynić się do budowania konstruktywnych relacji oraz stymulować umiejętność kreatywnego myślenia, niezbędną do rozwiązania problemu sprzecznych celów.

Kryzysy humanitarne w rodzaju klęsk żywiołowych, konfliktów zbrojnych czy kryzysów migracyjnych utrudniają jednostkom i społecznościom okazywanie empatii, powstrzymywanie się od przemocy i wyzwalamy kreatywności. Dotyczy to w szczególności sytuacji przesiedleń, które często rodzą napięcia pomiędzy społecznościami przesiedlonymi i przyjmującymi. MHPSS może pomóc jednostkom i społecznościom w odbudowywaniu empatii we wzajemnych relacjach, promowaniu zachowań pozbawionych przemocy, humanizacji łączących je relacji, oraz zachęcać do kreatywnego rozwiązywania problemów.

Transformacja konfliktu polega na znalezieniu rozwiązania, które obie strony zaakceptują w obliczu sprzeczności wywołujących napięcia w relacjach międzyludzkich, przy jednoczesnym propagowaniu empatycznych postaw i zachowań pozbawionych przemocy. Transformacja konfliktu przyczynia się do tworzenia bezpiecznego i komfortowego środowiska społecznego, w którym jednostki i społeczności dotknięte kryzysem humanitarnym są w stanie odtworzyć lub zbudować zdolność do autorefleksji, odbudować relacje, a także skutecznie szukać pomocy w zakresie MHPSS i ją otrzymywać. Procesy MHPSS i transformacji konfliktu są zatem komplementarne i wzajemnie się uzupełniają. Z tych właśnie względów pracownicy MHPSS skorzystają na zdobyciu podstawowych umiejętności z zakresu analizy i transformacji konfliktu, pozwalając im skutecznie świadczyć usługi MHPSS.

Umiejętności transformacji konfliktu, wykorzystywane przez specjalistów i specjalistki MHPSS w kryzysach humanitarnych, są ściśle uzależnione od okoliczności ich pracy. Punktem wyjścia mogą być umiejętności opisane **tutaj**. Na ich podstawie

można sporządzić ewentualną listę oferowanych szkoleń.

Ramka 43

Zasoby

Dodatkowe materiały na temat transformacji konfliktu można znaleźć na następujących stronach internetowych (dostęp do każdej ze stron dnia 17 kwietnia 2019 r.):

- African Centre for the Constructive Resolution of Disputes (ACCORD) (www.accord.org.za);
- Alliance for Peacebuilding (www.allianceforpeacebuilding.org);
- Beyond Intractability (www.beyondintractability.org);
- CDA Collaborative Learning Projects (www.cdacollaborative.org);
- Conciliation Resources (www.c-r.org);
- Peace Insight (www.peaceinsight.org);
- Zasoby ONZ dotyczące mediacji (<https://peacemaker.un.org/resources>);
- Building Bridges in Conflict Areas (<https://en.unesco.org/interculturaldialogue/resources/546>)



10.2. CO POWINNA ROBIĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

- Okazywać wrażliwość na konflikty we wszystkich fazach programu MHPSS.
- Wykorzystywać działania z zakresu MHPSS w ramach zadań lub programów dotyczących transformacji konfliktów.
- Wprowadzić mediacje i spójność społeczną jako element programów MHPSS.

Warunkiem wstępnym dla każdego z powyższych punktów jest przeprowadzenie analizy konfliktu i analizy wykonalności, zgodnie z informacjami podanymi w ramce 44.



Ramka 44

Analiza konfliktu i wykonalności

1. Analiza konfliktu

Analiza konfliktu to proces analityczny służący systematycznej identyfikacji źródeł i charakteru danego konfliktu społecznego. Zalecane etapy analizy konfliktu obejmują:

- Identyfikację stron pozostających w konflikcie zdefiniowanych jako jednostki i/lub grupy zdolne do działania na rzecz rozwoju i realizacji celów;
- Poznanie i sformułowanie celu każdej ze stron;
- Opisanie łączącej je relacji (np. współpraca, opozycja, brak relacji).

Zapoznaj się z przykładami analizy konfliktu. Pierwszy **przykład** dotyczy prostego konfliktu z udziałem dwóch stron; drugi to **przykład** bardziej złożonego konfliktu pomiędzy wieloma stronami. Podane przykłady analizy konfliktu wskazują także możliwości jego transformacji.

2. Analiza wykonalności

Dotyczy wstępnej oceny wykonalności interwencji. W zależności od kontekstu, pracownicy i pracowniczki MHPSS przeprowadzający analizę wykonalności mogą zadawać pytania o bezpieczeństwo, aspekty prawne, polityczne i instytucjonalne interwencji. Muszą także przeanalizować cele programu, ramy czasowe, zasoby, dostępną wiedzę, potencjalnych partnerów lokalnych i inne czynniki kluczowe dla podjęcia świadomych decyzji co do zasadności, aspektów etycznych i potencjalnych metod interwencji.



Wyniki analizy konfliktu i wykonalności mogą dać solidną podstawę dla wdrożenia każdego z trzech zalecanych zadań, do których zaliczają się:

- (a) Przejawianie uważności na konflikty we wszystkich fazach programu MHPSS. Uważność na konflikty na wszystkich etapach programu MHPSS ma kluczowe znaczenie w pracy ze społecznościami dotkniętymi konfliktem.

Uważność na konflikty odnosi się do procesu (i) zrozumienia kontekstu społecznego konfliktu, w którym wdrażany jest program MHPSS, (ii) monitorowania oddziaływania pomiędzy programem a kontekstem jego wdrażania, oraz (iii) aktywnego działania w celu zminimalizowania negatywnego wpływu konfliktu na program i zmaksymalizowania jego pozytywnych skutków. Do zakresu ewentualnych działań należy zawieszenie programu w przypadku, gdy jego kontynuacja może zaostrzyć konflikt. Więcej informacji na temat wrażliwości na konflikty oraz realizacji zasady „nie szkodzić”, ściśle związanej z wrażliwością na konflikty, można znaleźć pod tym [linkiem](#).

Uważność na konflikty ma szczególnie istotne znaczenie przy doborze miejsc realizacji programu MHPSS, jego celów, oczekiwanych rezultatów, personelu oraz dotkniętych kryzysem społeczności. Jeśli chodzi o personel, uważność na konflikty należy wykazać w procesie doboru członków i członkiń PMT. Analiza konfliktu jest w tym kontekście szczególnie istotna, ponieważ dla społeczności dotkniętych konfliktem ważne będzie, aby zespół był zbalansowany, reprezentatywny i dostępny w takim samym stopniu dla każdej z nich. Aby uzyskać więcej informacji na temat doboru członków i członkiń PMT, patrz rozdział **Mobilne zespoły wsparcia psychospołecznego**.



Ramka 45

Wsparcie kobiet w poszukiwaniu źródeł utrzymania

W odniesieniu do zasady uważności na konflikt w kontekście efektów programu i społeczności dotkniętych kryzysem dobry przykład stanowi kwestia wsparcia kobiet w poszukiwaniu źródeł utrzymania. Wsparcie działań na rzecz wzmocnienia pozycji kobiet w rodzinie i społeczności jest ważnym celem programu, jednak do potencjalnych konsekwencji tych działań może należeć zwiększenie oporu mężczyzn i nasilenie przemocy domowej. Biorąc pod uwagę te wyzwania, pracownicy i pracowniczki MHPSS muszą konsultować się nie tylko z kobietami uczestniczącymi w programie, ale też z szerszą grupą interesariuszy, którzy mogą wspierać kobiety albo utrudniać im osiągnięcie większej niezależności ekonomicznej. Pracownicy i pracowniczki MHPSS muszą też poinformować uczestniczki o ewentualnych negatywnych skutkach ich udziału w programie, jak również o dostępnych opcjach – kobiety mogą kontynuować współpracę, zakończyć ją lub szukać pomocy. Przykład dotyczący rozwoju kobiet w obszarze pozyskiwania źródeł utrzymania dobrze ilustruje złożoność i trudność zadań ukierunkowanych na utrwalone konteksty strukturalne i kulturowe procesu planowania programu. Oddaje on także istotność wrażliwości na konflikt, nie tylko w odniesieniu do skuteczności programu, ale także do względów etycznych.

- (b) Wykorzystanie działań z zakresu MHPSS w ramach zadań lub programów dotyczących transformacji konfliktów. Programy MHPSS, jak wskazują **modele działania**, dotyczą wzajemnych powiązań pomiędzy biopsychologicznymi, społeczno-relacyjnymi i kulturowymi czynnikami doświadczeń. Programy te wykorzystują zajęcia **społeczne, rytualne, artystyczne, sportowe i edukacyjne**, które mają potencjał zbliżania do siebie uczestników/ uczestniczek i wzmocnienia spójności społecznej. Zajęcia kreatywne pobudzają wyobraźnię, która jest przydatna w procesach kreatywnego rozwiązywania problemów. Co więcej, poradnictwo indywidualne i grupowe, jak również psychoedukacja mogą pomóc skonfliktowanym osobom i grupom pozostającym w rozwijaniu empatii, postaw pozbawionych przemocy i przyczynić się do budowania więzi. Trzy aspekty programu MHPSS – poradnictwo, psychoedukacja oraz działania społeczne i rekreacyjne – mogą okazać się w tym kontekście szczególnie przydatne.



10. ZDROWIE PSYCHICZNE I WSPARCIE PSYCHOSPOŁECZNE A TRANSFORMACJA I MEDIACJE W SYTUACJI KONFLIKTU

(i) Poradnictwo jako wkład w transformację konfliktu. Działania MHPSS, które skupiają się głównie na wymiarach postawy i zachowania w konflikcie, mogą być prowadzone w taki sposób, aby pomóc dotkniętym kryzysem społecznościom zidentyfikować fundamentalne sprzeczności w relacji, której dotyczy konflikt. Poradnictwo jest tu metodą szczególnie użyteczną. Na przykład w północno-wschodniej Nigerii personel MHPSS wspiera reintegrację byłych członków i członkiń Boko Haram z ich macierzystymi społecznościami. Personel zapewnia konsultacje powracającym, których potrzeby w zakresie MHPSS są nieodłącznie związane z długoterminowymi wyzwaniem w zakresie źródeł utrzymania, samooceny, edukacji i sprawiedliwości społecznej. Mimo że poradnictwo nie jest ukierunkowane na rozwiązanie problemów społecznych, które przyczyniły się do powstania Boko Haram, może ono pomóc byłym członkom i członkiniom tej organizacji w refleksji nad tymi kwestiami oraz w poszukiwaniu sposobów na konstruktywne stawienia im czoła.

(ii) Psychoedukacja jako wkład w transformację konfliktu. Edukacja MHPSS umożliwia społecznościom i jednostkom w stanie konfliktu zrozumienie, w jaki sposób umysł ludzki działa pod wpływem stresu, smutku i straty, jakie działania można podjąć, aby zyskać kontrolę nad tymi uczuciami, i w jaki sposób komunikacja może mieć charakter pozytywny. W związku z psychospołecznymi skutkami wojny i kryzysu migracyjnego w Syryjskiej Republice Arabskiej IOM opublikowała Poradnik dla mężczyzn w sytuacji kryzysu i przesiedlenia – przewodnik dla dorosłych mężczyzn zawierający podstawową wiedzę na temat źródeł stresu i praktycznych sposobów jego łagodzenia. Publikacja jest dostępna pod [tym linkiem](#).

(iii) Działania społeczne i rekreacyjne jako wkład w transformację konfliktu. Działania społeczne i rekreacyjne mogą zbliżyć do siebie członków i członkinie podzielonych społeczności poprzez wzajemną humanizację i budowanie spójności społecznej. Na przykład w Libii personel MHPSS korzysta z ośrodka kultury, aby organizować spotkania osób z niepełnosprawnościami, migrantów i migrantek oraz lokalnej społeczności.

Aktywności społeczne i rekreacyjne oferowane w ośrodku pozwalają członkom i członkiniom podzielonej dotąd społeczności poznać się oraz budować relację i poczucie wspólnoty.

Jakkolwiek każdy z wyżej wymienionych trzech typów działań MHPSS może istotnie przyczynić się do transformacji konfliktu, ich skuteczność można zwiększyć dzięki współpracy i partnerstwu instytucjonalnemu. Mianowicie pracownicy i pracowniczki MHPSS mogą zwrócić się do Działów Transformacji i Odbudowy lub Komórek Stabilizacji IOM, których działania są w większym stopniu zbieżne z transformacją konfliktu. Jeśli takie instytucje nie są dostępne na miejscu, pracownicy i pracowniczki MHPSS mogą zidentyfikować i nawiązać współpracę z innymi doświadczonymi organizacjami zajmującymi się transformacją konfliktu. Więcej informacji na temat tworzenia takich partnerstw można uzyskać pod adresem contactpss@iom.int.

(c) Wprowadzenie mediacji w sytuacjach konfliktu do programów MHPSS. Jedną z najpraktyczniejszych metod transformacji konfliktu, której PMT mogą się nauczyć i którą mogą stosować w codziennej pracy, jest mediacja. Koordynatorzy i koordynatorki MHPSS mogą poszukiwać alternatywnych sposobów wdrażania mediacji do codziennych zajęć. Alternatywne metody opisane poniżej wzajemnie się wspierają i uzupełniają. Można je łączyć lub stosować sekwencyjnie w taki sposób, aby zmaksymalizować skuteczność programu:

(i) Zatrudnienie doświadczonego mediatora lub mediatorki.

Koordynatorka lub koordynator programu MHPSS może zatrudnić doświadczonego pracownika lub pracowniczkę, jeśli ma na to fundusze. Na przykład w ramach programu MHPSS w Iraku zatrudniono specjalistę ds. konfliktów w ramach zespołu MHPSS.

Specjalista monitoruje dynamikę konfliktu w ośrodkach MHPSS objętych programem i zapewnia wrażliwość na konflikt oraz efektywność realizacji programu;

(ii) Zidentyfikowanie i zatrudnienie mediatora lub mediatorki jako jednego z kluczowych członków/ członkiń każdego PMT. W PMT może znaleźć się wykwalifikowana osoba, która będzie analizować i mediować w sytuacjach konfliktu,





odpowiadając za monitorowanie i rozwiązywanie **sytuacji konfliktowych**. Nie można przy tym tracić z oczu dynamiki konfliktu, ponieważ mediacje, nawet nieformalne i prowadzone na szczeblu lokalnym, mogą być oceniane w kontekście społeczno-politycznym i stwarzać wrażenie, że cały PMT nie zachowuje neutralności w sytuacji konfliktu;

(iii) Przeszkolenie całego zespołu MHPSS z podstaw mediacji. Pracownicy i pracowniczki MHPSS wyposażeni w podstawowe umiejętności mediacyjne realizują zadania w obszarze MHPSS, wykazując większą wrażliwość na konflikt, umiejętność zarządzania konfliktami i zapobiegania ich potęgowaniu oraz świadcząc usługi w sposób efektywny nawet w sytuacji, gdy stosunki między interesariuszami stają się napięte. PMT pracujące w północno-wschodniej Nigerii po powstaniu Boko Haram zostały przeszkolone w analizie i transformacji konfliktów interpersonalnych i międzygrupowych. Wykorzystywane przez nie materiały i programy szkoleniowe można uzyskać pod adresem contactpss@iom.int.

(iv) Zaawansowane szkolenie wybranych członków i członkiń PMT, aby uczynić z nich punkty kontaktowe mediacji. Niektórzy członkowie i członkinie PMT mogą zostać poddani bardziej zaawansowanym szkoleniom mediacyjnym, zyskać praktyczne doświadczenie i stać się punktami kontaktowymi mediacji. Personel MHPSS w Sudanie Południowym dostosował tę strategię do konkretnych potrzeb programu.

Wraz z wybranymi członkami i członkiniami społeczności pracownicy i pracowniczki MHPSS w Sudanie Południowym przeszli zaawansowane szkolenie z mediacji. Po jego ukończeniu stali się punktami kontaktowymi dla celów mediacji w obozach dla osób wewnętrznie przesiedlonych. Szkolenie zwiększyło ich zdolność do samodzielnego radzenia sobie z konfliktami w społeczności. Uzyskane umiejętności przyczyniły się do budowy formalnych i nieformalnych struktur zarządzania konfliktem. Materiały i programy szkoleniowe można uzyskać pod adresem: contactpss@iom.int.

(v) Zidentyfikowanie i wzmocnienie pozycji wykwalifikowanych członków i członkiń społeczności w celu przekazania im roli punktów kontaktowych mediacji. Zespoły MHPSS mogą znaleźć zaufanych

członków i członkinie społeczności posiadających umiejętności w zakresie mediacji oraz wesprzeć ich w objęciu funkcji punktów kontaktowych współpracujących z PMT. Osoby tego rodzaju mogą zostać poddane specjalnym szkoleniom doskonalącym umiejętności. Dodatkowo lub alternatywnie mogą one także uczestniczyć w szkoleniach dla PMT opisanych w punktach (iii) i (iv) powyżej. Przykładowo w Iraku działania MHPSS z inicjatywy IOM zapewniają takim osobom intensywne szkolenia z zakresu mediacji konfliktu, możliwość uczestnictwa w grupach dialogu i przywództwa oraz aktywności związane z budowaniem pokoju wśród młodzieży. Dzięki tym działaniom sponsorowanym przez IOM wyszkoleni i wykwalifikowani Irakijczycy i Irakijki zaczęli pełnić funkcję punktów kontaktowych w mediacjach, pracując ramię w ramię z **PMT**.



10.2.1 Członkowie i członkinie PMT jako osoby mediujące

Rolę mediatorów lub mediatorok konfliktu w trakcie kryzysów humanitarnych mogą zasadniczo pełnić członkowie i członkinie PMT oraz pracowniczki i pracownicy MHPSS. W wielu sytuacjach w ramach działań MHPSS, w których pracownicy i pracowniczki MHPSS prowadzą mediacje, nie są oni nazywani mediatorami czy mediatorkami, społeczność również nie uważa ich za takich. W takich okolicznościach personel MHPSS stosuje mediację doraźną, definiowaną jako nieformalny, spontaniczny proces wspomaganych negocjacji i rozwiązywania problemu, w ramach którego nie przewiduje się oficjalnej ugody mediacyjnej.

Mediacja doraźna może zostać zainicjowana w wyniku zwykłych rozmów z beneficjentami i beneficjentkami usług MHPSS.

Pytania w rodzaju: „Czy mogę zrobić cokolwiek, aby pomóc Panu(-i) w rozwiązaniu tego konfliktu?” lub „Czy może mi Pan(i) powiedzieć, dlaczego Pan(i) i ta druga osoba nie chcecie ze sobą rozmawiać?” mogą posłużyć jako wstęp do mediacji doraźnej.

W szerokim rozumieniu tego pojęcia, stosowanie mediacji doraźnej przez personel MHPSS może obejmować:

(a) Rozmowy w cztery oczy: oprócz opracowania dostępnego **tutaj**, użyteczne informacje na temat takich rozmów zawiera rozdział **Poradnictwo**.





(b) **Mediację pomiędzy dwiema lub wieloma stronami.**

(c) Wsparcie działań społecznych, rytualnych, edukacyjnych, rekreacyjnych i artystycznych na rzecz budowania relacji i rozwiązywania problemów (patrz ramka 46).

Te trzy metody stosuje się zwykle w toku działalności MHPSS, w której budowanie relacji ma duże znaczenie. Metody te wzajemnie się wspierają i uzupełniają. Możliwe jest połączenie i jednoczesne bądź sekwencyjne wdrażanie dwóch lub więcej metod, w zależności od potrzeb i uwarunkowań działań MHPSS.

Ramka 46

Powiązania z poprzednimi rozdziałami

Działania społeczne, rytualne, edukacyjne, rekreacyjne, artystyczne w ramach społeczności opisane w poprzednich rozdziałach odnoszą się do szerokiego zakresu znanych jej praktyk, które mogą zbliżyć do siebie duże grupy ludzi w ramach zaspokajania potrzeb i realizowania celów społeczności. Osoby, które gromadzą się w celu realizowania tych działań, mogą pochodzić z tej samej lub z różnych społeczności. Zajęcia grupowe zorganizowane w sposób celowy mogą pomóc osobom reprezentującym dwie strony konfliktu w ucłowieczeniu siebie nawzajem i zbudowaniu zaufania, zachęcając je do przezwyciężenia barier leżących u podstaw konfliktu. Pracownicy i pracowniczki MHPSS mogą zaoferować liderom i liderkom społeczności wsparcie w efektywnym wykorzystaniu zajęć grupowych w taki sposób, aby przyczyniły się one do konstruktywnego rozwiązania problemów i konfliktów. Do przykładów tego rodzaju działań należą:

- Tradycyjne rytuały uzdrawiania i pojednania;
- Ceremonie ślubne, pogrzebowe, nadawania imion;
- Obrzędy religijne i sesje nauczania religii;
- Modlitwa międzywyznaniowa o wspólny cel;
- Handel pomiędzy społecznościami;
- Współpraca społeczności w zakresie rolnictwa, hodowli zwierząt, rybołówstwa i leśnictwa;
- Spółdzielnie międzygrupowe ukierunkowane na osiągnięcie dochodów;
- Święta obchodzone przez społeczność;
- Międzygrupowe zajęcia sportowe;
- Teatr wspólnotowy;
- Międzygrupowe wsparcie po klęsce żywiołowej;
- Międzygrupowe sprzątnięcie okolicy, sadzenie drzew, ochrona środowiska;
- Celowe wykorzystanie mediów i mediów społecznościowych do budowania społeczności;
- Opracowywanie programów, szkolenie nauczycieli i nauczycielek oraz szkolenia językowe promujące spójność społeczności i koegzystencję;
- Sesje dialogu lub spotkania pomiędzy społecznościami;
- Sesje wsparcia grupowego.

Aby uzyskać informacje na temat organizacji tych działań, zapoznaj się z poprzednimi rozdziałami.



Ramka 47

Wdrażanie umiejętności analizy i transformacji konfliktu



Kliknij [tutaj](#) aby zapoznać się ze studiami przypadku dotyczącymi zastosowania umiejętności analizy i transformacji konfliktu w kontekście rzeczywistych kryzysów humanitarnych.

10.2.2 Potrzeby szkoleniowe pracowników i pracowniczek MHPSS w zakresie transformacji konfliktu i mediacji

Koncepcje, umiejętności i metody praktyczne opisane w poprzednich sekcjach niniejszego rozdziału wskazują na szereg tematów, które pracownicy i pracowniczki MHPSS mogą zgłębiać w ramach rozwijania zdolności do rozwiązywania konfliktów interpersonalnych i wewnątrz społeczności w sytuacji kryzysu humanitarnego. Aby uzyskać informacje na temat programów wdrażanych w ramach różnych misji IOM, skontaktuj się z sekcją MHPSS IOM pod adresem contactpss@iom.int. Zwięzłe zestawienie sugerowanych tematów można znaleźć [tutaj](#).

➔ 10.3. WYZWANIA I WZGLĘDY SZCZEGÓLNE

Mimo że analiza wymiaru relacyjnego, kulturowego i strukturalnego konfliktu wymaga myślenia wysoce abstrakcyjnego, rozpoznanie zachowań konfliktowych jest z reguły stosunkowo łatwe, ponieważ zachowania takie są zwykle dobrze widoczne i uchwytnie. W obliczu przemocy i cierpienia ludzkiego racjonalne myślenie, niezbędne, aby zrozumieć w pełni złożoność konfliktu, jest niekiedy utrudnione, a fundamentalne aspekty konfliktu – jego historia, przyczyny przemocy i inne czynniki – zostają odsunięte na bok. W sytuacji przemocy i kryzysu humanitarnego ludzie mogą dystansować się od myślenia abstrakcyjnego, które jest niezbędne do analizy, zrozumienia i przetwarzania złożonych sytuacji konfliktowych, które doprowadziły do wyzwolenia przemocy, a zamiast tego koncentrować się na bezpośredniej ocenie przemocowych zachowań. Pamiętając stale o trójkącie postawa-zachowanie-sprzeczność (attitude-behavior-contradiction – ABC), pracownicy i pracowniczki MHPSS są w stanie wspierać jednostki i społeczności w sytuacji konfliktu w przywróceniu całościowego, wielowymiarowego obrazu siebie i innych.

10. ZDROWIE PSYCHICZNE I WSPARCIE PSYCHOSPOŁECZNE A TRANSFORMACJA I MEDIACJE W SYTUACJI KONFLIKTU

Dzięki procesowi ciągłej edukacji i dialogu publicznego pracownicy i pracowniczki MHPSS są w stanie pomagać stronom konfliktu i interesariuszom w odzyskaniu zdolności do autorefleksji i psychospołecznej gotowości do analizy konfliktu i zapobiegania przemocy.

Przemoc skłania strony konfliktu do przyjęcia pesymistycznej postawy wobec perspektyw na przyszłość. Zniechęca je do uwierzenia i zaangażowania się w proces kreatywnego rozwiązywania problemów. Pracownicy i pracowniczki MHPSS są w stanie pomóc stronom konfliktu i członkom i członkiniom społeczności pogrążonym w atmosferze pesymizmu i beznadziei w odzyskaniu twórczej postawy. Mianowicie pracownicy i pracowniczki MHPSS mogą przedstawić skuteczne przykłady i dobre praktyki kreatywnego rozwiązywania problemów zaczerpnięte z danej społeczności, a także innych wiarygodnych źródeł.

Pracownicy i pracowniczki MHPSS mogą także zaprezentować stronom umiejętności i metody transformacji i mediacji, jak te opisane w niniejszym rozdziale, aby mogły one rozszerzyć zakres narzędzi służących do konstruktywnego i kreatywnego rozwiązywania konfliktów.

➔ MATERIAŁY DODATKOWE

Arai, T.

2009 *Creativity and Conflict Resolution: Alternative Pathways to Peace*. Routledge, London.

2017 *Promoting Interreligious Harmony in Myanmar: A Guide to Training and Dialogue*. Peaceful Myanmar Initiatives, Rangun, Mjanma.

Barsky, A.E.

2014 *Conflict Resolution for the Helping Professions*. Oxford University Press, New York.

Beer, J.E. and C.C. Packard, with E. Stief

2012 *The Mediator's Handbook*. New Society Publishers, Gabriola Island, B.C., Kanada.

Conflict Sensitivity Consortium

2012 *How to Guide to Conflict Sensitivity*.

Galtung, J.

2000 *Conflict Transformation by Peaceful Means (the Transcend Method)*. United Nations Disaster Management Training Programme.

Pełna bibliografia zawierająca materiały dodatkowe jest dostępna [tutaj](#).



11.
ZDROWIE PSYCHICZNE
I WSPARCIE PSYCHOSPOŁECZNE
A WSPARCIE W POZYSKIWANIU
ŹRÓDEŁ UTRZYMANIA



➔ 11.1. CO POWINNA WIEDZIEĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

11.1.1 Czym jest utrzymywanie się?

Według prostej definicji utrzymywanie się to zdolności, aktywa i działania wymagane, aby przeżyć. Zakres utrzymywania się może obejmować strategie uzyskiwania wsparcia materialnego, działania generujące dochód, zatrudnienie formalne lub nieformalne lub połączenie wszystkich tych czynników.

Utrzymywanie się to dużo więcej niż tylko dochód lub praca, gdyż jest to suma aktywów lub kapitału duchowego, ludzkiego, społecznego, politycznego, finansowego, naturalnego i fizycznego jednostki. To, co robimy, aby się utrzymać, często wyznacza nasze miejsce w społeczeństwie i relacje z innymi.

Utrzymywanie się może definiować dostępne nam możliwości i jakość życia, jakiej możemy się spodziewać. Rozumiane w ten sposób utrzymanie jest fundamentalnym elementem dobrostanu psychospołecznego.

W kontekście humanitarnym często definiuje się je wyłącznie w kontekście zabezpieczenia ekonomicznego, które ma pozwolić ludziom przetrwać kryzys. Aby wsparcie to było zrównoważone, musi być kierowane do jednostek, rodzin i społeczności, by pomóc im przetrwać kryzys i powrócić do normalnego funkcjonowania, dysponując takimi samymi lub ulepszonymi zdolnościami, bez zagrożenia dla bazy zasobów naturalnych. Patrz ramka 48.

Ramka 48

Zrównoważone utrzymywanie się

- Nie zagraża długoterminowej dostępności zasobów naturalnych;
- Nie zagraża źródłom utrzymywania się innych osób;
- Nie jest uzależnione od zasobów zewnętrznych, takich jak zewnętrzne finansowanie.

11.1.2 Dlaczego pozyskiwanie źródła utrzymania ma być elementem programów MHPSS?

W sytuacjach kryzysowych dostęp ludzi do źródeł utrzymania często ulega zakłóceniu. Mogą wystąpić trudności w pozyskiwaniu środków, co wiąże się nieuchronnie ze stresem. Ponadto utrata źródła utrzymania może być jednym z najsilniejszych czynników wpływających zarówno na poczucie własnego statusu społecznego, jak i poczucie kontroli nad sytuacją jednostki. Może to być szczególnie trudne w sytuacji, gdy głowa rodziny staje się „odbiorcą netto” pomocy materialnej, zamiast odgrywać rolę żywiciela lub żywicielki rodziny, pełniącej przed kryzysem. Aby dowiedzieć się więcej na temat relacji pomiędzy dostępem do źródeł utrzymania a zdrowiem psychicznym oraz dobrostanem psychospołecznym i lepiej zrozumieć treść tego rozdziału, obejrzyj serię **krótkich filmów** ze szczególnym uwzględnieniem tych, w których występują James Walsh, Guglielmo Schininà i Elisabeth Babcock.

Uzasadnienie dla uwzględnienia wsparcia w pozyskiwaniu źródeł utrzymania w programach MHPSS bazuje na dwóch założeniach. Po pierwsze, promowanie bezpieczeństwa ekonomicznego sprawia, że program ukierunkowany na pozyskanie źródeł utrzymania pozwala wyeliminować stres związany z brakiem poczucia bezpieczeństwa finansowego i materialnego w sytuacji kryzysowej. Ten czynnik stresu jest rozpoznawany stale w sytuacjach kryzysowych przy najróżniejszych uwarunkowaniach. Na przykład szybka ocena MHPSS podjęta przez IOM w różnych krajach każdorazowo wskazywała, że niepewność co do źródeł utrzymania jest jedną z najpoważniejszych przyczyn stresu i innych negatywnych uczuć. Programy wsparcia pomagają ten stres złagodzić (Howe i in., 2018; Jalal, Frongillo i Warren, 2015).

Po drugie, zabezpieczenie źródła utrzymania może wzmocnić oddziaływanie czynników ochronnych, które stanowią bufora dla stresu i motywują nas do działania. Na przykład możliwość utrzymania siebie i rodziny daje poczucie sprawczości. Pozyskiwanie dochodów może też wiązać się z możliwościami rozwoju umiejętności, co sprzyja lepszemu funkcjonowaniu jednostki i podnosi jej samoocenę. Dobra praca może przyczynić się do złagodzenia objawów depresji dzięki zwiększonemu poczuciu sprawczości (Butterworth i in., 2011; van der Noordt i in., 2014). Ponadto więź społeczna, jaka często wytwarza się przy okazji



pracy zarobkowej, przyczynia się do wzmocnienia poczucia przynależności i pomaga zwalczać stygmatyzację.

Interwencje MHPSS można także łączyć z istniejącymi programami wspierającymi pozyskiwanie źródeł utrzymania, osiągając takie same korzyści. W szczególności jest to wskazane w przypadku osób i społeczności, które mocno ucierpiały z powodu kryzysu. Mogą one doświadczać trudności w funkcjonowaniu i podejmowaniu działania w celu utrzymania się bez odpowiedniego wsparcia MHPSS. W takim przypadku istniejący program powinien być realizowany zgodnie z przedstawioną strukturą; konieczne jest też przeprowadzenie analizy służącej ustaleniu, jak najlepiej włączyć w jego zakres aspekty MHPSS, by wspierać osoby dotknięte kryzysem.

Ramka 49

Aby dowiedzieć się więcej na temat oceny, wybierz dowolną z poniższych lokalizacji

- **Północno-wschodnia Nigeria;**
- **Sudan Południowy;**
- **Haiti po trzęsieniu ziemi;**
- **Obszary zurbanizowane w Libanie z dużymi populacjami uchodźców i uchodźczyń Iraku.**

11.1.3 Co nam mówią dane?

Programy wspierające pozyskiwanie źródeł utrzymania nie są panaceum, a osoby, które je realizują, nie powinny oczekiwać, że dodanie takich źródeł do programu MHPSS automatycznie pozwoli im uzyskać lepszy wynik. Brak źródeł nie spowoduje też oczywiście pogorszenia wyniku.

Choć na temat programów aktywizacji w tym obszarze istnieje obszerna literatura, dane dotyczące programów łączących taką aktywizację z programowaniem MHPSS są dość ograniczone, ponieważ wiele programów aktywizacji zarobkowej nie uwzględnia aspektów zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego ani też nie podlega ocenie w tym zakresie. Jeszcze mniej jest programów, które zostały wdrożone w sytuacjach kryzysowych. Analiza systematyczna, którą przeprowadzili **Lund i in.** (2012) objęła jedynie pięć ocenionych programów, w których uwzględniono zarówno wskaźniki dotyczące utrzymania, jak i MHPSS, natomiast Kumar i Willman (2017) wyodrębnili osiem takich programów, jednak żaden z nich nie był realizowany w sytuacji kryzysowej.

Niemniej jednak **istnieją obiecujące dane, dotyczące innych kontekstów działania** które pozwoliły wyodrębnić pewne zasady łączenia programów wspierających pozyskiwanie źródeł utrzymania z programami MHPSS w sytuacjach kryzysowych. Zostaną one omówione poniżej.



11. ZDROWIE PSYCHICZNE I WSPARCIE PSYCHOSPOŁECZNE A WSPARCIE W POZYSKIWIANIU ŹRÓDEŁ UTRZYMANIA

11.1.4 Główne aspekty projektowania interwencji wsparcia w pozyskiwaniu źródeł utrzymania z uwzględnieniem MHPSS

Cele, struktura i zakres interwencji określanych jako „wsparcie w pozyskiwaniu źródeł utrzymania” są bardzo zróżnicowane. Przyjmują one najróżniejsze formy, od przekazów pieniężnych i programów ubezpieczenia społecznego po szkolenia zawodowe, wsparcie przedsiębiorczości i ułatwianie dostępu do rynku. Także w ramach poszczególnych kategorii programów wspierających pozyskiwanie źródeł utrzymania różnorodność jest ogromna. Program przekazywania środków pieniężnych może mieć na celu wyłącznie zwiększenie dochodu lub też może być zorientowany na szerszej rozumiane cele społeczne, jak wzmacnianie pozycji kobiet lub młodzieży, przywrócenie poczucia normalności czy nawet prewencja przemocy.

Co więcej, rodzaje interwencji są niezwykle różnorodne zależnie od zastanego w danym kontekście poziomu stabilności. W sytuacjach najbardziej zmiennych celem interwencji jest ratowanie życia ludzkiego poprzez dystrybucję żywności, ziarna czy narzędzi (np. maszyn do mielenia). W środowisku bardziej stabilnym interwencja może koncentrować się na budowaniu aktywów, wspieraniu poszukiwania pracy lub rozwijaniu przedsiębiorczości. Zasadniczo stabilność utrzymania jest determinowana przez uzyskanie dostępu do rynku, dzięki czemu ludzie przestają być uzależnieni od wsparcia zewnętrznego, wykraczającego często poza zakres programów MHPSS w sytuacjach kryzysowych. Programy wsparcia w zakresie utrzymania powinny być wdrażane od pierwszej chwili wystąpienia sytuacji kryzysowej; opcje interwencji należy jednak dostosować do konkretnego kontekstu.

Nie istnieje pojedynczy model ani przewodnik, który pokrywałby wszystkie sposoby pozyskiwania źródeł utrzymania. Jako że utrzymanie jest definiowane przez warunki lokalne, dobór i struktura programów powinny bazować na wiedzy na temat ich kontekstu. Realia obozów rodzą często szczególne wyzwania w tym zakresie. Wynika to z faktu, że dużo łatwiej jest zadbać o swoje utrzymanie w stabilnej sytuacji (czego w obozach zwykle brakuje), natomiast duże skupiska ludzi o ograniczonym dostępie do zasobów mogą wiązać się z niewielkimi możliwościami.

Niniejszy rozdział nie wyczerpuje tematu, ale służy raczej jako opis jego istotnych aspektów. Podstawę stanowią **Minimalne standardy poprawy sytuacji gospodarczej** przygotowane przez **Sieć Edukacji i Promocji Małych Przedsiębiorstw**, które zawierają podstawowe wymagania służące odzyskaniu stabilności ekonomicznej w sytuacji kryzysowej oraz wytyczne wskazujące, co należy wziąć pod uwagę przy planowaniu źródeł utrzymania.

Interwencje w zakresie źródeł utrzymania, które przyczyniają się do złagodzenia stresu i wzmocnienia czynników ochronnych, okazują się zwykle najbardziej skuteczne w zakresie poprawy zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego. W tym celu przydają się następujące wskazówki:

- Trzymaj się realistycznych oczekiwań: zaczynaj od małych sukcesów i bądź szczery z osobami dotkniętymi kryzysem na temat celów i ograniczeń.
- Unikaj potęgowania stresu: upraszczaj projekty, wykazując uważność na stres, z którym już mają do czynienia uczestnicy i uczestniczki programu.
- Skup się na budowaniu zasobów, które pozwolą zwiększyć zdolność uczestników i uczestniczek do przystosowania się do gwałtownych zjawisk pogodowych, jeśli jest to adekwatne w danym kontekście.
- Staraj się łagodzić stres wywołany przez takie czynniki, jak niedobory żywności czy napięcia społeczne.
- Odwołuj się do relacji społecznych, o ile jest to bezpieczne i możliwe, aby budować źródła odporności (istniejące grupy wsparcia, lokalne systemy zaopatrzenia).
- Dopasowuj potrzeby i możliwości do rynków, aby umożliwić innym osiągnięcie sukcesu: pamiętaj o przeprowadzeniu oceny systemu rynkowego (patrz punkt 11.2.3, aby uzyskać bardziej szczegółowe informacje). Powiąż kapitał ludzki, zidentyfikowany w danej populacji, z zapotrzebowaniem rynku na kapitał finansowy. Należy przanalizować kapitał społeczny zarówno osób należących do społeczności dotkniętej kryzysem, jak i społeczności przyjmujących, a wyniki analizy warto uwzględnić przy opracowywaniu skutecznej interwencji.
- Weź pod uwagę czynniki wrażliwe grupy docelowej. Porozmawiaj z interesariuszami, aby upewnić się, że dobór nie skutkuje uprzywilejowaniem określonych grup, a decyzje są jednoznacznie komunikowane. Aby uzyskać więcej informacji na temat powyższych punktów, patrz **tutaj**:



➔ 11.2. CO POWINNA ROBIĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

11.2.1 Sprawdzenie, czy agencja uruchomiła już program wspierający pozyskiwanie źródeł utrzymania

Jeśli agencja prowadzi już program dotyczący źródeł utrzymania, koordynatorzy lub koordynatorki powinni zapewnić wsparcie w następującym zakresie:

- Zwiększanie świadomości osób pracujących w obszarze wsparcia utrzymywania się w zakresie tych aspektów ich pracy, które dotyczą MHPSS, za pomocą tego **szkolenia online**.
- Szukanie ewentualnych synergii pomiędzy programem MHPSS i programami dotyczącymi źródeł utrzymania, które mogą obejmować:
 - Uwzględnienie elementów MHPSS (grupy dyskusyjne, sesje grupowe, poradnictwo indywidualne) w programach wspierających pozyskiwanie źródeł utrzymania;
 - Skierowanie do tych samych społeczności skoordynowanych interwencji;
 - Wymiana informacji na temat słabych punktów oraz zasobów wyodrębnionych w ramach społeczności.

11.2.2 Włącz do zespołu specjalist(k)ę ds. utrzymywania się i przeprowadź szkolenie personelu, który zajmie się tym tematem

Niewiele osób zna się jednocześnie na zagadnieniach MHPSS i utrzymania materialnego. Z tego powodu, jeśli eksperci lub ekspertki zajmujący się pozyskiwaniem źródeł utrzymania nie zostali zatrudnieni w ramach danej agencji/misji, zespoły powinny powołać osobę, która zaprojektuje i wdroży stosowne działania w ramach szerszego programu MHPSS. Osoba ta powinna odpowiadać także za szkolenie innych członków i członkiń zespołu w nowym dla nich obszarze. Idealnie byłoby, gdyby osoba ta została wyłoniona z lokalnej społeczności ze względu na dobrą znajomość kontekstu, można jednak szukać jej także na rynku międzynarodowym, w zależności od skali programu. Powinna ona dysponować rzetelną wiedzą na temat uwarunkowań miejscowych i rynku, a także doświadczeniem w zakresie ocen

rynkowych i nadzorowania programów wspierających pozyskiwanie źródeł utrzymania. Powinna być również przeszkolona w dziedzinie podstawowych pojęć MHPSS. Osoba ta powinna co najmniej przejść **szkolenie online** i przeczytać odpowiednie rozdziały Wytycznych Stałego Komitetu Międzyagencyjnego (IASC) w obszarze MHPSS w sytuacjach kryzysowych (**IASC, 2007**).

W celu wsparcia określonych działań ukierunkowanych na pozyskanie źródeł utrzymania często zatrudnia się lokalnie młode talenty. Przykładowo, jeśli interwencja w celu pozyskania źródeł utrzymania w połączeniu z MHPSS obejmuje przeszkolenie w takich branżach jak krawiectwo czy stolarka, miejscowi rzemieślnicy i rzemieślniczki mogą pomóc w prowadzeniu szkoleń i pełnić rolę mentorów i menterek dla osób uczestniczących.

Personel i partnerzy wdrażający program (w tym trenerzy/ trenerki, instruktorzy/ instruktorki i osoby facylitujące) powinni zostać przeszkoleni w zakresie (a) podstawowych aspektów MHPSS, (b) wpływu toksycznego poziomu stresu na programy wspierające pozyskiwanie źródeł utrzymania, (c) sposobów uwzględniania toksycznego poziomu stresu przy projektowaniu i wdrażaniu programu oraz (d) mechanizmów kierowania i identyfikacji ryzyka związanego z ochroną i MHPSS.

Szkolenia w tym zakresie mogą bazować na:

- Filmie Elizabeth Babcock, dostępnym **tutaj**;
- Całościowym szkoleniu USIP w zakresie pozyskiwania źródeł utrzymania i **MHPSS**;
- Kontakcie z **contactpss@iom.int**.

11.2.3 Ocena systemów rynkowych, aby dopasować wsparcie w pozyskiwaniu źródeł utrzymania do popytu

System rynkowy składa się z producentów, dostawców, sprzedawców i konsumentów, i bazuje na dopasowaniu podaży dóbr i usług do popytu. Systemy te mają kluczowe znaczenie w sytuacjach kryzysowych, ponieważ umożliwiają ludziom zaspokojenie ich podstawowych potrzeb i zapewnienie utrzymania. Rynki mogą okazać się zagadnieniem szczególnie istotnym, biorąc pod uwagę zróżnicowanie uwarunkowań panujących w obozach i poza nimi. Obozy są często odizolowane od rynków lokalnych, z drugiej strony natomiast stwarzają unikatowe możliwości w związku z koncentracją popytu.



Więcej informacji na temat sposobu przeprowadzania oceny rynkowej można znaleźć [tutaj](#).

Z perspektywy MHPSS ważne jest dopasowanie informacji pochodzących z analizy rynkowej do oczekiwań uczestników i uczestniczek programu, ich umiejętności i celów. Należy także respektować mechanizmy radzenia sobie ze stresem i oczekiwania osób uczestniczących, oferując zarazem odpowiedni wachlarz opcji rynkowych. Struktura programu musi równoważyć te dwa elementy, co zostanie bardziej szczegółowo omówione poniżej.

11.2.4 Analiza bilansu korzyści i kosztów

Przy pomocy oceny rynkowej można przeanalizować potencjalne opcje i związany z nimi bilans korzyści i kosztów, aby zdecydować, jaki rodzaj interwencji w zakresie źródeł utrzymania okaże się najbardziej korzystny z punktu widzenia MHPSS. Wynik bilansu nie oznacza, że danej interwencji nie warto wdrażać, ale jedynie, że konieczne może okazać się zastosowanie środków ograniczających ewentualne negatywne skutki podjętych działań.

Warte rozważenia aspekty to m.in.:

- Nasilenie vs. złagodzenie stresu: wszystkie interwencje wiążą się do pewnego stopnia ze stresem. Trzeba więc rozumieć, w jaki sposób stres ten może się objawiać i jak/czy można złagodzić go dzięki korzyściom płynącym z interwencji. Czy stres wywołany np. wzięciem mikropożyczki przeważa nad potencjalnymi korzyściami z gromadzenia oszczędności/ dochodów? Zgodnie z założeniami programu MHPSS powinno się w nim unikać sytuacji, w której działania ukierunkowane na zdobycie źródeł utrzymania wywołałyby dodatkowy stres u członków i członkiń populacji dotkniętej kryzysem;
- Ukierunkowanie na osoby najbardziej wrażliwe vs. na tych, którzy mają największe szanse odniesienia sukcesu: ponieważ zasoby są często ograniczone, a ryzyko w sytuacji kryzysowej jest wysokie, program nie może objąć wszystkich jednocześnie. Istotną korzyść wyłania się z uwzględnienia osób, które już radzą sobie dobrze – mogą one w większym stopniu wesprzeć lokalną gospodarkę. Z drugiej strony, objęcie wsparciem grup najbardziej wrażliwych ma silniejszy wpływ społeczny. Jest to ważne w przypadku programów MHPSS skierowanych do najbardziej wrażliwych grup;



11. ZDROWIE PSYCHICZNE I WSPARCIE PSYCHOSPOŁECZNE A WSPARCIE W POZYSKIWIANIU ŹRÓDEŁ UTRZYMANIA

- Korzyść krótkoterminowa vs. długoterminowa/systemowa: w jaki sposób program zrównoważy potrzebę zareagowania na pilne potrzeby ludzi i konieczność zainwestowania w zmiany systemowe? Przykładowo, program wymiany środków pieniężnych za pracę może zapewnić niezbędne ożywienie lokalnej gospodarki; trwałość tego efektu będzie jednak ograniczona, jeśli członkowie i członkinie społeczności będą natrafiać na bariery strukturalne w rodzaju wykluczenia z rynku z powodu statusu migranta lub płci;
- Ukierunkowanie na konkretne grupy vs. podejście terytorialne: sytuacje kryzysowe często cechuje niestabilność i podziały społeczne. Interwencje ukierunkowane na określoną grupę (uchodźczą lub migrantów i migrantek) mogą poprawić dobrostan tej grupy, niosą jednak zarazem ryzyko pojawienia się napięć pomiędzy nimi i innymi grupami, włącznie ze społecznością przyjmującą. Należy zdecydować, czy potraktować priorytetowo dobrostan niewielkiej grupy, czy też wdrożyć interwencję z korzyścią dla większej grupy np. wszystkich osób mieszkających na danym obszarze;
- Stymulacja gospodarki lokalnej vs. zakłócenia rynkowe: jedną z kluczowych kwestii dla wielu programów wspierających pozyskiwanie źródeł utrzymania – szczególnie w przypadku wymiany środków pieniężnych za pracę i transferów pieniężnych – jest wysokość kwoty stypendium czy transferu. Jeśli będzie ona zbyt mała, jej efekt będzie ograniczony lub nieistotny. Zbyt wysokie kwoty kreują niewłaściwe motywacje, np. do gromadzenia żywności/towarów kupionych za gotówkę, lub zniechęcają ludzi do podejmowania innych prac zarobkowych, które nie są uzależnione od wsparcia zewnętrznego. Z kolei programy, w ramach których dostarcza się zwierzęta hodowlane, mogą stwarzać ryzyko zakłócenia cen rynkowych, jako że dostarczone zwierzęta zwiększają podaż; jednocześnie skala większości programów jest zbyt mała, aby było to poważne zagrożenie;
- Odwrócenie uwagi od innych interwencji MHPSS: inicjatywy w zakresie wsparcia pozyskiwania źródeł utrzymania są dla pewnych grup niezwykle atrakcyjne, szczególnie gdy w grę wchodzi transfer środków pieniężnych lub aktywów. Wprowadzając takie inicjatywy, należy bezwzględnie skoordynować je z innymi,

aby uniknąć rywalizacji z innymi kluczowymi interwencjami MHPSS lub odwrócenia od nich uwagi. Może to oznaczać skoordynowanie harmonogramów, aby umożliwić uczestnikom i uczestniczkom udział w obu rodzajach działań, lub też uczynienie innego działania warunkiem koniecznym dla skorzystania ze wsparcia w zakresie utrzymania.

11.2.5 Ciągła ocena ryzyka, ze szczególnym uwzględnieniem zagrożeń dla bezpieczeństwa osobistego

Wprowadzenie zasobów do społeczności może narazić jej członków i członkinie na nowe ryzyka. Zaburzenia równowagi kontroli nad finansami pomiędzy mężczyznami i kobietami lub przedstawicielami różnych pokoleń może zrodzić przestępczość lub konflikty. Działania, które podważają normy społeczne – np. szkolenia zawodowe dla kobiet w branżach innych niż tradycyjne – mogą narazić ich uczestniczki na zwiększone ryzyko (**Women's Refugee Commission, 2014**). **Tutaj** można znaleźć przydatny schemat, ułatwiający zrozumienie i ocenę zagrożeń w sytuacji kryzysowej.



Zagrożenia te należy od razu poddać ocenie, a następnie monitorować je przez cały okres wdrażania programu. Koordynatorki i koordynatorzy powinni pytać członków i członkinie społeczności, jakiego rodzaju wsparcie może okazać się pomocne: np. szkolenia lokalne lub spotkania w pobliżu miejsca zamieszkania, organizacja wydarzeń w godzinach występowania światła dziennego lub organizacja spotkań z rodzinami/ członkami i członkiniami gospodarstw domowych, tak aby partnerzy poczuli się włączeni w zakres programu i dostrzegli płynące z niego korzyści. Pozwoli to ograniczyć ryzyko dodatkowego stresu związanego z działaniami w zakresie utrzymania, które wymagają np. spacerów po zmroku lub wywołują niesnaski w rodzinie w związku z uczestnictwem.

11.2.6 Ocena korzyści i potencjalnych słabych punktów programów różnego typu

Wykorzystując informacje zgromadzone podczas oceny i analizy bilansów korzyści i kosztów, możemy ocenić prawidłowość różnego rodzaju programów wsparcia utrzymania. Tabela nr 10 przedstawia kluczowe zalety i wady interwencji różnego typu, które mogą być także



Kursy komputerowe w obozie Haj Ali, Irak. © IOM 2015/Aziz RABER

łączone jako zajęcia w ramach tego samego programu. Nie istnieją przyjęte zasady co do tego, które interwencje sprawdzają się lepiej w warunkach obozowych lub poza obozami. Jest to jedna z wielu zmiennych, które należy przeanalizować na podstawie oceny potrzeb. Niemniej, poniższe przykłady zostały opracowane w oparciu o prawdopodobieństwo wdrożenia ich w warunkach obozowych. Tabela nie zawiera wyczerpującej listy opcji, a jedynie przykłady wad i zalet opisanych powyżej:

Tabela nr 10: Zalety i wady różnych form wsparcia w zakresie utrzymania z perspektywy MHPSS

Program utrzymania	Opis	Zalety/wady
	Transfery bezpośrednie	
Bezpośredni transfer środków pieniężnych jako zasiłek	Środki pieniężne – bezpośrednio lub w formie voucherów – przekazywane uczestnikom i uczestniczkom na określonych warunkach lub bez nich. Jeśli celem jest umożliwienie ludziom nabycia dóbr pierwszej potrzeby, kwota jest niska. Jeśli celem jest zwiększenie bezpieczeństwa ekonomicznego, kwota transferu jest z reguły dużo wyższa od przeciętnej.	<p><i>Zalety w zakresie utrzymania</i> W sytuacji gdy dostęp do kredytów i kapitału stanowi główne ograniczenie dostępu do źródeł utrzymania, transfery pieniężne mogą zapewnić kapitał inwestycyjny (na materiały, narzędzia, szkolenia) w celu poprawy bezpieczeństwa finansowego i stymulacji lokalnej gospodarki.</p> <p><i>Zalety w zakresie MHPSS</i> Ludzie są w stanie samodzielnie określać swoje priorytetowe potrzeby, można skupić się na najbardziej potrzebujących.</p> <p><i>Potencjalne wady</i> Ograniczony efekt, jeśli dominują inne bariery finansowe (normy społeczne, zakłócenia dostępu do rynku itd.). Może dojść do wzrostu inflacji, zakłóceń na rynku lokalnym oraz zaburzenia relacji władzy, jeśli kwota transferu jest zbyt wysoka i/lub nie wdrożono odpowiednich środków kontroli ryzyka. Transfery mogą ograniczać motywację do działania oraz stać się źródłem społecznego wstydu.</p>

11. ZDROWIE PSYCHICZNE I WSPARCIE PSYCHOSPOŁECZNE A WSPARCIE W POZYSKIWIANIU ŹRÓDEŁ UTRZYMANIA

<p>Żywność za pracę lub pieniądze za pracę</p>	<p>Uczestnicy i uczestniczki otrzymują racje żywnościowe lub wynagrodzenie za pracę, zwykle przy projektach publicznych (budowa/ odbudowa infrastruktury, sprzętanie śmieci, itp.)</p>	<p><i>Zalety w zakresie utrzymania</i> Promowanie bezpieczeństwa żywnościowego, eliminacja konieczności sprzedaży majątku, stymulacja gospodarki lokalnej.</p> <p><i>Zalety w zakresie MHPSS</i> Żywność za pracę i pieniądze za pracę to rozwiązania sprzyjające rozwojowi umiejętności, a zarazem dające ludziom szansę zaangażowania się w produktywne działanie. Praca może posłużyć odnowieniu majątku/ infrastruktury społeczności, co daje jej członkom i członkiniom poczucie powrotu do normalności i zwiększa poczucie celu.</p> <p><i>Potencjalne wady</i> Ocena właściwej ilości żywności lub kwoty pieniężnej ma kluczowe znaczenie, aby uniknąć zakłóceń funkcjonowania rynku i zaburzenia dynamiki władzy. Może zwiększyć zależność. Nowe programy mogą okazać się wykluczające, jeśli zabraknie zrozumienia, jak wyeliminować bariery uniemożliwiające udział osobom z niepełnosprawnościami. Praca może okazać się poniżająca lub krótkoterminowa i w efekcie nie pozwalać na stabilne utrzymanie. Projekty dotyczące infrastruktury należy starannie planować. Przykładowo: czy wybór robót publicznych może przyczynić się do zaostrzenia napięć pomiędzy jednostkami/grupami?</p>
<p>Zatrudnienie i szkolenie zawodowe</p>		
<p>Płatna praca w ramach reagowania kryzysowego</p>	<p>Identyfikacja możliwości zatrudnienia w ramach reakcji kryzysowej, od świadczenia usług na rzecz grupy dotkniętej kryzysem po pracę w strukturach wsparcia i administracji.</p>	<p><i>Zalety w zakresie utrzymania</i> Możliwość wykorzystania posiadanych umiejętności, udziału w szkoleniach i nabycia dodatkowych kompetencji. Możliwość promowania aktywnego rozwoju, poczucia celu i chęci działania.</p> <p><i>Zalety w zakresie MHPSS</i> Możliwość zyskania przez grupy dotknięte kryzysem poczucia celu i poprawienia ich wizerunku w społeczności. Promowanie aktywnego rozwoju i chęci działania. Można połączyć działanie z rozwojem umiejętności poprzez szkolenia. Jest to często spotykana forma wsparcia utrzymania w programach MHPSS.</p> <p><i>Potencjalne wady</i> To rozwiązanie może wywołać napięcia w złożonym kontekście społecznym i/ lub okazać się trudne do wdrożenia z uwzględnieniem aspektu równościowego. Aby uniknąć tego zagrożenia, niezbędna jest analiza rynku. Zatrudnianie niewykwalifikowanych osób, które mogą mierzyć się ze stresem, może osłabić reakcję i pogorszyć stan psychospołeczny populacji dotkniętej kryzysem.</p>
<p>Szkolenia zawodowe i staże</p>	<p>Programy, których celem jest pozyskanie jednostek do płatnej pracy stosownie do możliwości rynkowych. Przeszkolenie w zakresie podstawowych kompetencji zawodowych.</p>	<p><i>Zalety w zakresie utrzymania</i> Wytworzenie aktywów ruchomych. Jeśli szkolenie jest dopasowane do sytuacji na rynku pracy, może stymulować ten rynek i zwiększyć bezpieczeństwo ekonomiczne. Możliwość promowania aktywnego rozwoju i chęci działania.</p> <p><i>Zalety w zakresie MHPSS</i> Potencjalne przyczynienie się do wzrostu samooceny i zaradności oraz tworzenia sieci społecznych.</p> <p><i>Potencjalne wady</i> Niska liczba ofert pracy (formalnych lub nie) dostępnych w warunkach kryzysu. Przeszkolenie bez stażu może skutkować wzrostem oczekiwań lub brakiem ich przełożenia na rzeczywistą sferę pracy. Trudności mogą wystąpić, jeśli szkolenie nie jest dopasowane do dostępnych ofert pracy lub jeśli uczestnicy i uczestniczki nie mogą legalnie pracować. Możliwość wywołania niechęci w przypadku utraty miejsc pracy przez ludność lokalną.</p>

11. ZDROWIE PSYCHICZNE I WSPARCIE PSYCHOSPOŁECZNE A WSPARCIE W POZYSKIWIANIU ŹRÓDEŁ UTRZYMANIA

<p>Dostęp do technologii informacyjnych i komunikacyjnych</p>	<p>Dzięki możliwości połączenia ich z szerszą ofertą MHPSS, zasoby informacyjne lub ośrodki IT mogą być wykorzystywane w celu uzyskania dostępu do szkoleń online, informacji o cenach rynkowych, popycie lub dostępu do ofert pracy online.</p>	<p><i>Zalety w zakresie utrzymania</i> W warunkach bardzo wysokiego potencjału, możliwość zarabiania na zasadzie freelancingu i łączności z rynkiem globalnym.</p> <p><i>Zalety w zakresie MHPSS</i> Niskie ryzyko. Jednostki są w stanie uzyskać to, czego chcą, i samodzielnie zaplanować swoją ścieżkę zawodową.</p> <p><i>Potencjalne wady</i> Potencjalnie niewielki wpływ krótkoterminowy na sferę utrzymania, o ile działanie nie zostanie połączone z innymi inicjatywami. Wysoki koszt uruchomienia, o ile działanie nie przebiega w powiązaniu z innymi interwencjami w obozie (np. bezpieczne strefy). Dyskryminacja osób, które nie umieją czytać i pisać.</p>
<p>Aktywa generujące dochód</p>		
<p>Działania generujące dochód – wsparcie rolnictwa grupy.</p>	<p>Dotacje lub materiały (nasiona, narzędzia) dostarczane w celu wsparcia/ reaktywacji działalności gospodarczej w grupie. Może dotyczyć upraw rolnych, ale także zwierząt hodowlanych, rybołówstwa oraz działalności pozarolniczej, np. szycia ubrań czy wypieków.</p>	<p><i>Zalety w zakresie utrzymania</i> Możliwość zmobilizowania umiejętności, które uczestnicy i uczestniczki już posiadają, produkowania towarów, na które jest popyt, stymulowania lokalnej gospodarki. Interwencje rolnicze mogą przyczynić się do zwiększenia bezpieczeństwa żywnościowego, stymulować lokalną gospodarkę, jeśli wystąpi nadwyżka produkcji, którą można sprzedać.</p> <p><i>Zalety w zakresie MHPSS</i> Potencjalne budowanie poczucia więzi pomiędzy członkami i członkiniami grupy, którzy mają dostęp do rynków. Możliwość włączenia szkoleń i budowania umiejętności. Faworyzowanie pracy grupowej, co sprzyja budowaniu poczucia jedności.</p> <p><i>Potencjalne wady</i> Nowe programy mogą być ukierunkowane wyłącznie na osoby bez niepełnosprawności jako beneficjentów/beneficjentki, jeśli zabraknie zrozumienia, jak wyeliminować bariery uniemożliwiające udział osobom z niepełnosprawnościami. Możliwość zakłócenia cen rynkowych aktywów lub zwierząt dostarczanych w ramach programu. Możliwość przyczynienia się do rywalizacji o zasoby i degradacji środowiska naturalnego. Ocena projektów wymiany aktywów może być utrudniona i faworyzować te osoby, które posiadały więcej w chwili ich rozpoczęcia. Potencjalne nasilenie stresu, lęku i frustracji.</p>
<p>Działania generujące dochód – wsparcie indywidualnej hodowli zwierząt lub rybołówstwa</p>	<p>Dostarczanie zwierząt hodowlanych lub materiałów w ramach wsparcia małych firm lub działań generujących dochody np. hodowli zwierząt lub rybołówstwa (woda, żywność, opieka weterynaryjna itd.) Służą do budowania aktywów i dochodów oraz promowania bezpieczeństwa żywnościowego. Może obejmować także wymianę aktywów po kłęse żywiołowej.</p>	<p><i>Zalety w zakresie utrzymania</i> Możliwość przyczynienia się do generowania dochodów. Możliwość promowania bezpieczeństwa żywnościowego, budowania aktywów i zwiększenia bezpieczeństwa żywnościowego. Aktywa mogą być ruchome, jeśli osoby dotknięte kryzysem zostały wysiedlone i powracają do domów.</p> <p><i>Zalety w zakresie MHPSS</i> Możliwość włączenia szkoleń i budowania umiejętności. Możliwość wzmocnienia interakcji ze społecznością przyjmującą w charakterze osób sprzedających i kupujących, co pozwala osobom wysiedlonym rozwijać ich sieci powiązań. Możliwość promowania aktywnego rozwoju i chęci działania.</p> <p><i>Potencjalne wady</i> Nowe programy mogą być ukierunkowane wyłącznie na osoby bez niepełnosprawności jako beneficjentów/beneficjentki, jeśli zabraknie zrozumienia, jak wyeliminować bariery uniemożliwiające udział osobom z niepełnosprawnościami. Możliwość zakłócenia cen rynkowych aktywów lub zwierząt dostarczanych w ramach programu. Możliwość przyczynienia się do rywalizacji o zasoby i degradacji środowiska naturalnego. Ocena projektów wymiany aktywów może być utrudniona i faworyzować tych, którzy posiadali więcej w chwili ich rozpoczęcia. Potencjalne nasilenie stresu, lęku i frustracji.</p>

Inne rozpowszechnione typy programów utrzymania, np. wiejskie kasy oszczędnościowe, pożyczki i mikrokredyty, nie zostały uwzględnione w treści tego rozdziału, ponieważ wykraczają poza zakres programów MHPSS.

11.2.7 Identyfikacja partnerów, o ile jest to możliwe

Biorąc pod uwagę istotność powiązań z rynkiem, koordynatorzy i koordynatorki programów powinni dążyć do zidentyfikowania graczy rynkowych, aby w miarę możliwości nawiązywać z nimi współpracę. Czy nasiona należy rozdać, czy też zaprosić dostawców, aby zajęli się ich dystrybucją w danej lokalizacji lub obozie w zamian za gotówkę lub kupony? Czy instytucję świadczącą usługi finansowe można zaangażować w obsługę transferów pieniężnych, które zostaną przekształcone w rachunki osobiste po zakończeniu interwencji? Stwarza to większe możliwości osiągnięcia stabilizacji i nawiązania długoterminowych stosunków gospodarczych. Wynegocjowanie szerszego dostępu do rynków lokalnych i regionalnych dla populacji docelowych, szczególnie znajdujących się w obozach, również może być bardzo istotną interwencją. Gracze rynkowi mogą stać się celem kampanii zwiększania świadomości w zakresie potrzeb społeczności dotkniętych kryzysem w obszarze MHPSS, szczególnie w przypadku, gdy interwencja dotyczy grup szczególnie wrażliwych.

11.2.8 Opracowanie jasnych strategii przejścia

Kluczowym czynnikiem w pracy ze społecznościami jest określenie jednoznacznego punktu końcowego interwencji dotyczących utrzymania, tak aby społeczności były w stanie opracować plany na przyszłość. Fakt ten należy komunikować jasno w przekazach kierowanych do społeczności, jak również w trakcie wszystkich szkoleń. Przejrzysta komunikacja ogranicza ryzyko nasilenia stresu i sprzyja wykształceniu postaw zaradności, a także przywraca nadzieję.

11.2.9 Opracowanie zintegrowanego procesu monitorowania i ewaluacji

Ze względu na fakt, że ogromnie istotne jest dostosowanie programu do warunków rynkowych, niezbędny jest system monitorowania i ewaluacji (M&E) w celu ciągłego śledzenia nie tylko wpływu interwencji na grupę docelową, ale także zmian zachodzących na rynku (który doświadczy prawdopodobnie znaczących zakłóceń, szczególnie we wczesnym okresie po wystąpieniu kryzysu).

Może też pojawić się konieczność adaptacji interwencji do zmian rynkowych. Co najważniejsze, z punktu widzenia programu MHPSS, interwencja powinna być stale monitorowana i oceniana pod kątem realizacji celów MHPSS określonych w programie. Więcej informacji na ten temat zawiera rozdział **Monitorowanie i ewaluacja**. Biorąc pod uwagę wady i zalety opisane powyżej, model M&E, który także uwzględnia ryzyko negatywnego wpływu na członków i członkinie społeczności, może również okazać się istotny. Przykład takiej sytuacji został opisany **tutaj**.



11.2.10 Możliwość uzupełnienia „głównej” interwencji o dodatkowe wsparcie dla niektórych grup

Niektóre podgrupy społeczności mogą potrzebować dodatkowego wsparcia, aby móc osiągnąć korzyść z interwencji. Może okazać się, że niektóre grupy cechuje wyższy poziom analfabetyzmu, pełnią rolę w społeczności, które nie pozwalają im zaangażować się w określone działania lub też napotykać na bariery uniemożliwiające im uczestnictwo w programie wsparcia utrzymania. Konieczne może okazać się zaoferowanie dostosowanych interwencji lub wsparcia uzupełniającego, aby takie osoby osiągnęły jak największe korzyści. Przykładowo może to być analiza barier środowiskowych i politycznych, których doświadczają osoby z niepełnosprawnościami oraz budowanie świadomości w społeczności w celu ułatwienia dostępu do określonych działań, kursów przywództwa, które mają wzmocnić pozycję określonych grup czy kursów poświęconych konkretnym umiejętnościom niezbędnym do pozyskania źródeł utrzymania. Mogą to być kursy językowe, lekcje czytania i pisania, nauka poruszania się w nowym środowisku lub funkcjonowania procesów rekrutacji.



11.3. STUDIA PRZYPADKU

Informacje na temat przykładowych programów wspierających pozyskiwanie źródeł utrzymania, w których uwzględniono elementy MHPSS, można znaleźć na stronie nigeryjskiej organizacji Community-Based Conflict Management and Cooperative Use of Resources (CONCUR) **tutaj**, i na stronie IOM na temat zintegrowanych programów w Iraku **tutaj**.



➔ 11.4. WYZWANIA I WZGLĘDY SZCZEGÓLNE

Aby uzyskać informacje na temat wyzwań i względów szczególnych związanych z integracją MHPSS i wsparciem w zakresie utrzymania, patrz punkt **11.2.4** o poświęcony bilansowi korzyści i kosztów oraz punkt **11.2.6** na temat zalet i wad.

➔ MATERIAŁY DODATKOWE

Blattman, C., J. Jamison and M. Sheridan

2015 Reducing Crime and Violence: Experimental Evidence on Adult Non-Cognitive Investments in Liberia. Working Paper No. 21204, National Bureau of Economic Research, Cambridge, Massachusetts, Stany Zjednoczone.

Butterworth, P., L. Leach, L. Strazdins, S. Olesen, B. Rodgers and D. Broom

2011 The Psychosocial Quality of Work Determines Whether Employment Has Benefits for Mental Health: Results from a Longitudinal National Household Panel Survey. *Occupational and Environmental Medicine*, 68(11):806–812.

Jalal, C.S., E. Frongillo and A. Warren

2015 Food Insecurity Mediates the Effect of a Poverty Alleviation Programme on Psychosocial Health Among the Ultra-Poor in Bangladesh. *The Journal of Nutrition*, 145:1934–1941, doi:10.3945/jn.115.210799.

Mani, A., S. Mullainathan, E. Sharif and J. Zhao

2013 Poverty Impedes Cognitive Function. *Science*, 341:76–80.

Pełna bibliografia zawierająca materiały dodatkowe jest dostępna [tutaj](#).



12.
WZMACNIANIE ZDROWIA
PSYCHICZNEGO
I WSPARCIA PSYCHOSPOŁECZNEGO
W RAMACH OCHRONY



➔ 12.1. CO POWINNA WIEDZIEĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

Stały Komitet Międzyagencyjny (IASC) definiuje ochronę jako:

Wszelkie działania, których celem jest osiągnięcie pełnego poszanowania praw jednostki zgodnie z literą i duchem prawa, tzn. praw człowieka (IHRL), międzynarodowego prawa humanitarnego (IHL), międzynarodowego prawa dotyczącego uchodźców (IRL) (IASC, 2016).

Za ochronę odpowiadają wszyscy uczestnicy działań w warunkach kryzysu humanitarnego (patrz ramka 50 oraz IASC, 2016), a w szczególności dotyczy to instytucji działających w obszarze MHPSS ze względu na „bliski związek pomiędzy promocją zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego a ochroną i promowaniem praw człowieka”, jak czytamy w *Wytycznych Stałego Komitetu Międzyagencyjnego (IASC) w obszarze MHPSS w sytuacjach kryzysowych (IASC, 2007)*. Prawa człowieka i równość są więc uznawane za kluczowe zasady MHPSS wskazane w Wytycznych (patrz ramka 51). Trzy arkusze działań (3.1, 3.2, 3.3) poświęcono związkowi pomiędzy interwencjami MHPSS a pogwałceniami praw człowieka oraz ich **ochroną**.

Ramka 50

Kluczowa rola ochrony w działaniach humanitarnych – Oświadczenie Kierownictwa IASC (IASC, 2013)

Ochrona wszystkich osób dotkniętych kryzysem i narażonych na ryzyko musi przebiegać zgodnie z procesami humanitarnego podejmowania decyzji i reagowania, włącznie z zaangażowaniem państw i innych stron konfliktu. Musi być ona traktowana nadrzędnie w naszych działaniach, zarówno w tych doraźnych i ratujących życie, jak i przez cały okres interwencji humanitarnej oraz po jego zakończeniu. W praktyce oznacza to identyfikowanie osób narażonych na ryzyko, jego rodzaju i przyczyny, od momentu zaistnienia kryzysu i później, z uwzględnieniem wszelkich słabości, które powodują to zagrożenie, włącznie z zagrożeniami doświadczanymi przez mężczyzn, kobiety, dziewczęta i chłopców, a także grupy takie jak osoby wewnątrznie przesiedlone, osoby starsze, z niepełnosprawnościami, a także należące do **mniejszości** seksualnych i innych.

Prawa człowieka opierają się na poszanowaniu godności i wartości każdej jednostki ze względu na jej unikatowe cechy, zdolności i siłę. W sytuacjach kryzysowych, a także w przypadku związanej z nimi migracji i przesiedlenia, wzrasta prawdopodobieństwo, że jednostki:

- Znajdą się w sytuacji zagrożenia życia;
- Stracą poczucie godności;
- Staną się celem przemocy, nadużyć i wyzysku lub gróźb z tym związanych;
- Padną ofiarą dyskryminacji w zakresie dostępu do żywności i wody, schronienia, opieki zdrowotnej i innych podstawowych potrzeb;
- Napotkają na przeszkody w dostępie do edukacji lub dokumentów tożsamości.

Państwa ponoszą odpowiedzialność za promowanie, przestrzeganie i ochronę praw człowieka wszystkich jednostek bez względu na „rasę, kolor skóry, płeć, język, religię, przekonania polityczne lub inne, narodowość lub pochodzenie społeczne, majątek, miejsce urodzenia lub inne wyznaczniki statusu”, a także status migranta. Jest to zgodne z zasadami humanitaryzmu, neutralności, bezstronności i **niezależności**.

12. WZMACNIANIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO I WSPARCIA PSYCHOSPOŁECZNEGO W RAMACH OCHRONY

Od strony bardziej praktycznej zidentyfikowano cztery kluczowe elementy ochrony, które przenikają do innych sektorów, w celu operacyjnego wdrożenia standardów SPHERE. Są to:

- Poprawa bezpieczeństwa, poczucia godności i praw ludzi oraz zapobieganie narażeniu ich na krzywdę;
- Zapewnienie ludziom dostępu do pomocy według ich potrzeb i bez dyskryminacji;
- Wspieranie ludzi w niwelowaniu fizycznych i psychologicznych skutków gróźb lub przemocy, przymusu lub celowego ograniczania;
- Wspieranie ludzi w dochodzeniu swoich **praw**.

Ramka 51

Zasady IASC

Zasada nr 1: Prawa człowieka i równość. Działacze i działaczki humanitarne powinni promować prawa człowieka wszystkich osób dotkniętych prześladowaniem i chronić jednostki i grupy narażone na wyższe ryzyko naruszenia ich praw. Powinni także promować równość i zwalczać dyskryminację. Oznacza to, że powinni dążyć do zapewnienia jak najbardziej sprawiedliwego dostępu do wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego wśród grup dotkniętych kryzysem bez względu na płeć, wiek, język, pochodzenie etniczne i lokalne, stosownie do wyodrębnionych potrzeb (IASC, 2007:9).

12.1.1 Kto może potrzebować ochrony

W publikacji **Zasady działań humanitarnych, (2015b)** IOM wyróżnia cztery powiązane ze sobą czynniki bezradności, które wskazują na konieczność zapewnienia ochrony: (a) cechy indywidualne; (b) istniejące wcześniej warunki społeczne, ekonomiczne, środowiskowe i polityczne; (c) zewnętrzne czynniki zakłócające spowodowane wymuszoną migracją; (d) specyficzna sytuację wysiedlenia lub migracji (punkt IV.4).

Powiązania między tymi czynnikami można zilustrować wzorem przedstawionym na rys. 11.

Rysunek 11: Wzór ochrony

$$\text{RYZYSKO} = \frac{\text{ZAGROŻENIA} \times \text{SŁABOŚCI}}{\text{MOŻLIWOŚCI}}$$

Źródło: DG ECHO (2016).

Choć zamieszczona tu ocena czynników pozostaje w dużej mierze uzależniona od kontekstu i nie zawsze może być uogólniona za pomocą kategorii dopasowanych do wszystkich sytuacji kryzysowych, osoby wymagające szczególnej ochrony, szczególnie w kontekście ochrony zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego, to między innymi:

- **Osoby, które doświadczyły GBV** (przemocy ze względu na płeć);
- Ofiary handlu ludźmi;
- Dzieci pozbawione opieki i podróżujące samotnie;
- Osoby z niepełnosprawnościami;
- Osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego, trudnościami neurologicznymi oraz uzależnieniami;
- Osoby przewlekle chore;
- **Opuszczeni lub osoby w detencji;**
- **Inne grupy wyodrębnione w danym kontekście.**

Lista nie jest wyczerpująca, przedstawia jednak podstawy dla priorytetowego traktowania określonych grup osób w związku z ich szczególnym narażeniem na określone zagrożenia. Więcej informacji na temat wspierania tych grup w kontekście COVID-19 można znaleźć w **tym zestawie narzędzi**. Jako **aneks** do niniejszego rozdziału, zespoły MHPSS IOM i zespoły HQ ds. ochrony opracowały wytyczne dotyczące przemocy ze względu na płeć w programach MHPSS realizowanych we współpracy z podmiotami odpowiedzialnymi za ochronę. Aby uzyskać dostęp do szkolenia dotyczącego aneksu, należy napisać na adres contactpss@iom.int.

12. WZMACNIANIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO I WSPARCIA PSYCHOSPOŁECZNEGO W RAMACH OCHRONY

Ramka 52

Ochrona (Protection) w IOM

IOM dąży do upowszechniania ochrony (Protection) we wszystkich swoich działaniach w kontekście humanitarnym w taki sposób, aby nie krzywdzić, traktować bezpieczeństwo i godność ludzką jako priorytet, wzmocniać pozycję i uczestnictwo jednostek, unikać dyskryminacji i kierować się określonymi potrzebami. Ponadto IOM prowadzi działalność we wszystkich powszechnie uznawanych wymiarach ochrony.

Polityka IOM w zakresie zasad humanitarnych formalizuje wyznawane przez organizację zasady humanitaryzmu IASC, a z jej treścią można zapoznać się [tutaj](#).

Zasady upowszechniania ochrony w sytuacjach kryzysowych IOM wskazują, w jaki sposób IOM zapewnia ochronę. Można zapoznać się z nimi [tutaj](#).



➔ 12.2. CO POWINNA ROBIĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

MHPSS postrzega się jako wyspecjalizowaną i integralną część działań z zakresu ochrony oraz działań uzupełniających, a ścisła współpraca pomiędzy programami MHPSS i programami ochrony powinna być normą. Programy MHPSS powinny przyczyniać się do eliminowania zagrożeń dla ochrony, wzmocnienia potencjałów oraz ograniczania ryzyka i podatności (patrz ramka 54). Powinny one zapewniać wsparcie w zakresie MHPSS w zidentyfikowanych przypadkach dotyczących ochrony i kierować beneficjentów i beneficjentki MHPSS, potrzebujące również ochrony, do odpowiednich podmiotów. Personel MHPSS powinien współpracować ściśle z podmiotami odpowiedzialnymi za ochronę, o ile takie istnieją, w celu oceny ryzyka i opracowania planów zarządzania, obejmujących leczenie, ocenę ryzyka i bezpieczne planowanie, którego celem jest złagodzenie lub wyeliminowanie tego ryzyka. Monitorowanie efektów działań i współpraca pomiędzy podmiotami MHPSS i ochrony ma kluczowe znaczenie dla osiągnięcia pozytywnych efektów ochrony. Działania MHPSS mogą więc przyczyniać się do różnych pozytywnych rezultatów w ramach ochrony (patrz rys. 12). Obejmuje to m.in. fakt, że mogą przyczynić się do wzmocnienia

pozycji i odporności jednostek i społeczności w dążeniu do odzyskania należnych im praw, aktywnego uczestnictwa w procesach podejmowania decyzji w społecznościach lokalnych oraz wykorzystywania pozytywnych mechanizmów reagowania na kryzys, a tym samym wzmocnienia ich ochrony.

Synergie i skoordynowane działania powinny być wdrażane w trakcie całego projektu, zgodnie z poniższym modelem obejmującym siedem kroków.

12.2.1 Jak uwzględnić kwestie ochrony w programach MHPSS

12.2.1.1 Analiza kontekstu

Koordinatorzy i koordynatorki programów MHPSS powinni rozumieć ogólny kontekst ochrony i mieć świadomość opracowanych analiz ryzyka ochrony, przystępując do projektowania działań w odpowiedzi na faktyczne i potencjalne naruszenia i nadużycia w odniesieniu do zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego narażonych populacji. W większości kontekstów humanitarnych informacje te można pozyskać z następujących źródeł:

- (a) Sektor ochrony i jego Obszar Odpowiedzialności (AoR – Areas of Responsibility):
 - (i) Ochrona dzieci;
 - (ii) GBV;
 - (iii) Domy, ziemie, nieruchomości;
 - (iv) Miny.
- (b) Grupa robocza MHPSS, o ile została utworzona.
- (c) Sektor zdrowia i edukacji.
- (d) Zespół krajowy ONZ/ strategia humanitarna zespołu krajowego;
- (e) Planowanie reagowania humanitarnego;
- (f) Weryfikacja potrzeb humanitarnych.

Z punktu widzenia koordynatorki lub koordynatora MHPSS regularna wymiana informacji z podmiotami zapewniającymi ochronę ma znaczenie kluczowe.

12. WZMACNIANIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO I WSPARCIA PSYCHOSPOŁECZNEGO W RAMACH OCHRONY



Zrozumienie kontekstu ochrony i analizy ryzyka uwzględni się w **ocenach potrzeb** realizowanych przez MHPSS, aby lepiej zaplanować działania.

12.2.1.2 Koordynacja i partnerstwo

Biorąc pod uwagę fakt, że ich cele i zasady są względem siebie komplementarne, podmioty MHPSS i zapewniające ochronę powinny koordynować swoje działania w taki sposób, aby zapewnić skuteczną i efektywną pracę na rzecz zdefiniowanych celów, z poszanowaniem praw społeczności dotkniętej kryzysem. Oznacza to, że osoba koordynująca program MHPSS powinna upewnić się, że:

- (a) Zespoły MHPSS znają ścieżki skierowania w zakresie ochrony, a także znają i rozumieją dostępne usługi i ich charakter;
- (b) MHPSS uwzględniono w ścieżkach skierowania zespołów i personelu działu ochrony;
- (c) Zarówno zespoły MHPSS, jak i podmioty odpowiedzialne za ochronę znają swoje wskaźniki identyfikacji dla potrzeb skierowania.
- (d) Uzgodniono kwestie świadomej zgody, wymiany danych, ochrony danych i zasad poufności danych oraz procedur wzajemnych skierowań na okres świadczenia usług;
- (e) Skierowania osób korzystających z usług MHPSS do podmiotów oferujących ochronę są objęte dalszą obserwacją i udokumentowane z poszanowaniem poufności danych beneficjentów i beneficjentek;
- (f) Członek lub członkini personelu MHPSS odpowiada za łączność z organizacjami zewnętrznymi, aby zapewnić spójność ścieżek skierowania w związku z potrzebą ochrony oraz szybką komunikację pomiędzy partnerami. W PMT będzie to pracowniczka lub pracownik socjalny;
- (g) Rozpowszechnianie informacji odnośnie istniejących ścieżek skierowania w zakresie MHPSS dla przypadków związanych z ochroną zostało uzgodnione z odpowiednimi podmiotami;
- (h) Wspólne projekty i programy mogą umożliwić zmaksymalizowanie zasobów finansowych i ludzkich oraz wzmocnić wspólny przekaz.

12.2.1.3 Budowanie potencjału

Zespoły MHPSS, włącznie z PMT, powinny być przeszkolone w następujących obszarach:

- (a) Ochrona ogólna;
 - (b) Standardy i procedury operacyjne stosowane przez podmioty sprawujące ochronę w określonych obszarach (np. ochrona dzieci, GBV, zwalczanie handlu ludźmi).
 - (c) Konkretne potrzeby i dobre praktyki MHPSS w odpowiedzi na określone sytuacje ochrony, które należą do zakresu kompetencji IOM:
 - (i) Osoby, które doświadczyły GBV;
 - (ii) Grupy przesiedlone i osoby z grup wrażliwych;
 - (iii) Ofiary handlu ludźmi;
 - (iv) Osoby w detencji;
 - (v) Dzieci podróżujące bez opieki i rozdzielone z rodzicami;
 - (vi) Wspieranie osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego, neurologicznymi i uzależnieniami;
 - (vii) Osoby starsze, szczególnie, jeśli podróżują same;
 - (viii) Osoby z niepełnosprawnościami.
 - (d) Psychoedukacja rodzin.
- Koordinatory i koordynatorki MHPSS powinni oferować szkolenia podmiotów odpowiedzialnych za ochronę w następującym zakresie:
- (a) Ogólne wytyczne MHPSS i wytyczne IASC (**IASC, 2007**);
 - (b) Usługi MHPSS dostępne w danej sytuacji kryzysowej;
 - (c) Wpływ przemocy na zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny;
 - (d) Wymiar ochrony polegający na wspieraniu osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego, neurologicznymi i uzależnieniami;
 - (e) PFA i pozytywna komunikacja;
 - (f) Identyfikowanie osób, które należy skierować do podmiotów udzielających pomocy MHPSS;
 - (g) Psychologiczne skutki:
 - (i) Wsysiedlenia;

- (ii) handlu ludźmi;
- (iii) zatrzymania administracyjnego;
- (iv) GBV;
- (v) bycia pozbawionym opieki i samotnego podróżowania w przypadku dzieci.

Aby uzyskać więcej informacji na temat powyższych szkoleń dla zespołów MHPSS, jak i podmiotów zapewniających ochronę, skontaktuj się z Sekcją MHPSS IOM pod adresem contactpss@iom.int. Niektóre z nich mogą być oferowane wspólnie dla MHPSS i podmiotów/ zespołów zapewniających ochronę, odpowiednio do posiadanej wiedzy i innych czynników. Członkowie i członkinie społeczności również mogą wziąć udział w szkoleniach, ponieważ odgrywają kluczową rolę w udzielaniu i propagowaniu ochrony i dobrostanu. Dotyczy to także organizacji społeczeństwa obywatelskiego i praw człowieka.

Personel MHPSS, szczególnie gdy współpracuje ściśle z podmiotami zapewniającymi ochronę, może zostać poddany szkoleniom z obszaru ochrony dotyczącym kwestii istotnych z punktu widzenia kontekstu jego działalności, takich jak ochrona dzieci, GBV, handel ludźmi i pozbawienie wolności.

Podmioty udzielające ochrony także prowadzą często działania wymagające kompetencji psychospołecznych takich jak budowanie sieci lub komitetów ochrony w oparciu o społeczność, przeprowadzanie kampanii zwiększających świadomość, wywiadów z potencjalnymi ofiarami naruszeń praw człowieka oraz dyskusji w grupach fokusowych z różnymi kategoriami członków i członkiń społeczności. Co więcej, często mają bezpośredni kontakt z osobami przeżywającymi stres. Mogą uczestniczyć w szkoleniach z zakresu poradnictwa i mobilizowania społeczności, uwrażliwienia na konflikt, mediacji, a także innych kwestii, które są zwykle oferowane członkom i członkiniom PMT. Szkolenie nie jest jedynym sposobem wzmocnienia współpracy, a koordynatorki i koordynatorzy programów MHPSS powinni aktywnie szukać sposobów wzmocnienia lub uzupełniania podejmowanych działań z zakresu ochrony.

12.2.1.4 Odpowiedź wielopoziomowa

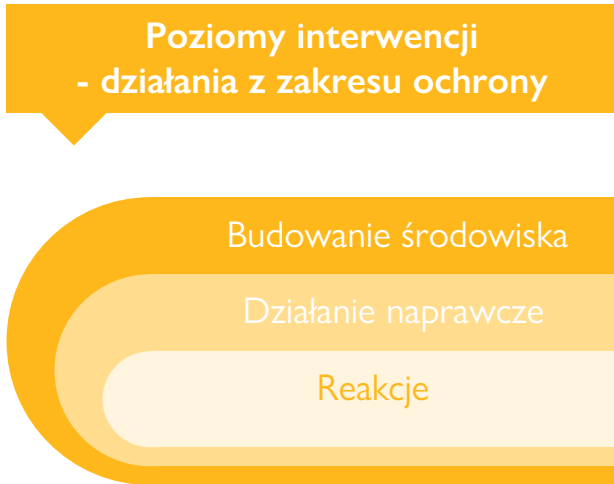
Przypadki kierowane do programów MHPSS przez dział ochrony powinny otrzymywać wsparcie na wszystkich poziomach piramidy MHPSS IASC. Mimo że z reguły do sekcji MHPSS kierowane są osoby z poważnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego lub wymagające ukierunkowanego poradnictwa, PMT powinny w jak największym stopniu włączać beneficjentów i beneficjentki wsparcia we wszelkie działania przewidziane w programie, włącznie z aktywnościami towarzyskimi i rekreacyjnymi, jeśli jest to zasadne z punktu widzenia bezpieczeństwa ogólnego i psychicznego. Ponadto usługi nie powinny być objęte segregacją, szczególnie na pierwszym etapie świadczenia pomocy. Oznacza to przykładowo, że ośrodek poradnictwa dla osób z doświadczeniem GBV nie powinien znajdować się w ośrodku. Z kolei można wykorzystać dedykowane protokoły i metody, aby zapewnić poradnictwo ofiarom pogwałcenia praw człowieka – przykładem może tu być model krótkiej terapii zorientowanej na rozwiązaniach dla osób, które doświadczyły GBV lub **tortur**. Personel pracujący w obozach lub miejscach przesiedlenia powinien być przeszkolony w zakresie stosowania tych metod, dzięki czemu będzie w stanie udzielić niezbędnej pomocy, nie zajmując jednak w tym celu oddzielnych obiektów. Ponadto określone zajęcia socjalizujące, grupy koleżeńskie lub dedykowane grupy wsparcia mogą zostać zaoferowane określonym kategoriom ofiar ze względu na ich zidentyfikowane wspólne potrzeby i zasoby (patrz np. zajęcia teatralne, opisane w rozdziale 6 **Działania kreatywne i artystyczne**). Osoby, które doświadczyły przemocy przemocy mogą zdecydować się na udział w życiu społeczności, publicznych debatach, kampaniach i działaniach uwrażliwiających w ramach własnej ścieżki odnowy psychologicznej (np. akceptacja, pewność siebie, sprawczość i aktywizm).

Ramka 53

GBV, MHPSS i ochrona

Aby uzyskać bardziej szczegółowe informacje na temat wsparcia udzielanego przez MHPSS i podmioty zapewniające ochronę, patrz **Aneks 3**.

Rysunek 12: Działania MHPSS przynoszące zróżnicowane pozytywne rezultaty w obszarze ochrony



Źródło: Na podstawie ICRC (2001).

Ramka 54

Ukierunkowanie na podgrupy

Należy unikać wyróżniania określonych podgrup potrzebujących pomocy, o ile nie ma to kluczowego znaczenia i nie jest uzasadnione przez specyficzny kontekst, tak aby zapobiec ewentualnemu wyrządzeniu dodatkowej krzywdy. Wsparcie zintegrowane sprzyja eliminowaniu dyskryminacji i przyczynia się do budowania więzi społecznych. Przykładem jest tworzenie grup kobiet, zamiast grup dla kobiet, które doświadczyły gwałtu (IASC, 2007:61).

12.2.1.5 Bezpieczne lokalizacje

Podczas gdy działania MHPSS w sytuacjach kryzysowych są na ogół realizowane w różnych warunkach, poradnictwo na rzecz osób objętych ochroną powinno być udzielane w miejscu, które umożliwia zagwarantowanie im prywatności, bezpieczeństwa i poufności, a zarazem jest niestygmatyzujące. Przestrzeń ta powinna być łatwo dostępna i wyposażona w przystępne informacje z pozytywnymi obrazami lub komunikatami w językach lokalnych, a także w tablice zawierające aktualne informacje w zakresie systemów kierowania, usług oraz przydatne dane kontaktowe. Przestrzeń udzielania poradnictwa nie powinna

zawierać elementów fizycznych, słownych ani symbolicznych, które mogłyby wyzwolić trudne emocje.

12.2.1.6 Działalność społeczna, artystyczna i rekreacyjna

Programy CB MHPSS opisane w niniejszym podręczniku obejmują aktywności towarzyskie, sportowe, teatralne, artystyczne i rytualne. Mogą one okazać się świetnymi kanałami nie tylko promowania dobrostanu psychospołecznego ofiar pogwałcenia praw człowieka, ale także propagowania haseł i koncepcji z dziedziny praw człowieka, identyfikowania osób o szczególnych potrzebach w zakresie ochrony oraz rozumienia tendencji w zakresie naruszeń praw człowieka lub wzorców związanych z niewiedzą na ich temat lub ich lekceważeniem, co może stać się przyczynkiem do działań z zakresu zwiększania świadomości i wzmocnienia pozycji ofiar. W niektórych okolicznościach działania te mogą być organizowane celowo z myślą o konkretnym celu ochrony, z udziałem odpowiedzialnych za nią podmiotów. Tego rodzaju wspólne działania, w które angażują się liderzy i liderki społeczności oraz jej członkinie i członkowie, mogą przyczynić się do zmniejszenia zasięgu przemocy i prześladowania, a zarazem zwiększenia świadomości w zakresie praw i standardów ochrony.

Patrz na przykład:

- (a) Broszura na temat przemocy domowej opracowana przez IOM **Irak**;
- (b) **Program Girl Effect** i kreatywne wykorzystanie mediów do wzmocnienia pozycji dziewcząt i ich ochrony w różnych krajach afrykańskich.



12.2.1.7 Wskaźniki monitorowania i ewaluacji

Działania z zakresu **monitorowania i ewaluacji** włącznie z tymi, które dotyczą ochrony, zostały ujęte w rozdziale 6 zatytułowanym **Działania kreatywne i artystyczne**. Z ochroną wiążą się następujące wskaźniki opisane w opracowaniu *Wspólne ramy IASC dotyczące monitorowania i ewaluacji w programach w zakresie zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego w sytuacjach kryzysowych* (IASC, 2007):



12. WZMACNIANIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO I WSPARCIA PSYCHOSPOŁECZNEGO W RAMACH OCHRONY

- (a) Liczba zgłoszonych naruszeń praw człowieka, o ile jest to możliwe i wymagane;
- (b) Odsetek grup docelowych dysponujących mechanizmami formalnymi lub nieformalnymi stosowanymi do ochrony, monitorowania i zgłaszania zagrożeń bezpieczeństwa lub grup ryzyka (np. dzieci, kobiety, osoby z poważnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego);
- (c) Odsetek społeczności docelowych, których przedstawiciele i przedstawicielki biorą udział w procesach podejmowania decyzji dotyczących ich bezpieczeństwa;
- (d) Odsetek członków i członkiń grup docelowych, wykorzystujących nowe umiejętności i wiedzę nabyte podczas szkolenia do zapobiegania występowaniu zagrożeń oraz kierowania osób do innych usług;
- (e) Liczba członków i członkiń grup ryzyka (np. dzieci lub osób, które doświadczyły przemocy seksualnej) korzystających z bezpiecznych stref;
- (f) Odsetek członków i członkiń grupy docelowej (tzn. całej społeczności lub grup ryzyka), którzy czują się bezpiecznie;
- (g) Liczba mechanizmów ochrony (np. usług socjalnych lub sieci ochrony wspólnotowej) i/lub liczba osób otrzymujących pomoc za pośrednictwem formalnych i nieformalnych mechanizmów ochrony;
- (h) Liczba osób, które zgłosiły pogwałcenia praw człowieka oraz spostrzeżenia **na temat reakcji instytucji zajmujących się ich przypadkiem.**



Wskaźniki należy identyfikować na podstawie ćwiczeń uczestniczących z grupami i podgrupami docelowymi. Wspólne rozumienie nadużyć i gróźb powinno stanowić podstawę tego ćwiczenia; dlatego niezbędne mogą okazać się wcześniejsze ćwiczenia w zakresie języka i odpowiednich z kulturowego punktu widzenia metodologii.

Ramka 55

Bezpieczne strefy IOM w Sudanie Południowym

W Wau (Sudan Południowy) gabinety poradnictwa znajdują się poza terenem klinik IOM. Są to ciche, kameralne pomieszczenia dla osób chcących skorzystać z poradnictwa, włącznie z opiekunami/ opiekunkami, klientami/ klientkami, osobami skierowanymi do IOM przez podmioty zapewniające ochronę, na przykład **osobami, które doświadczyły przemocy seksualnej i przemocy ze względu na płeć** lub osób żyjących z wirusem HIV/ chorych na AIDS. Konsultanci i konsultantki pracujący w klinikach mogą przyjmować osoby, które potrzebują wsparcia, we współpracy z personelem opieki zdrowotnej, przeszkolonym w zakresie MHPSS. Ponadto na każdej zmianie wyznaczani są terapeuta lub terapeutka i lider lub liderka zespołu, aby zapewnić szybkie udzielenie wsparcia zarówno w klinice, jak i w pobliżu **społeczności**. Także w ośrodkach wsparcia psychospołecznego znajduje się co najmniej jeden gabinet poradnictwa. W ośrodkach tych przewidziano pomieszczenia, w których mogą odbywać się zajęcia grupowe lub w których można udzielać porad. Jeśli gabinet jest potrzebny do konsultacji, PMT są zawiadamiane o harmonogramie wizyt. Gabinet poradnictwa jest przygotowany i dostępny przez cały czas. Często odbywają się sesje poradnictwa, które wymagają następnie dalszego monitorowania po zajęciach grupowych, dlatego niezbędna jest prywatna przestrzeń gotowa do użytku. Projekt architektoniczny obiektu także nawiązuje do kwestii ochrony. W pomieszczeniach przeznaczonych do zajęć nie znajdują się żadne zagrożenia, są one wentylowane, a ściany są wykonane częściowo z materiału półprzezroczystego, aby z zewnątrz było widać, że zajęcia odbywają się w bezpiecznej atmosferze (w szczególności zajęcia z dziećmi). Dla poszczególnych aktywności znaczenie ma także skład PMT. Jego członkowie i członkinie nie powinni dominować w grupie pod względem liczebności. Jeśli zajęcia (indywidualne lub grupowe) odbywają się poza ośrodkiem, stosuje się te same zasady dotyczące bezpiecznych stref. Konsultacje ze społecznością dotyczące rozumienia przez nią „bezpiecznych stref” mają kluczowe znaczenie dla planowania lub projektowania zajęć oraz określania obiektów lub konstrukcji fizycznych, które mają zostać zbudowane bądź odnowione.



12.3. WYZWANIA I WZGLĘDY SZCZEGÓLNE

- (a) Interwencje w ramach społeczności, brak zintegrowanego programowania i autonomiczne interwencje humanitarne są głównym wyzwaniem w dążeniu do poprawy wyników ochrony oraz promowania dobrostanu psychicznego w sytuacjach przedłużonego kryzysu. Bez zbiorowych wysiłków całej społeczności humanitarnej na rzecz systematycznego propagowania MHPSS jako kwestii o kluczowym znaczeniu interwencje w zakresie MHPSS i ochrony mogą spotkać się z istotnymi ograniczeniami.
- (b) Organizacje humanitarne i instytucje krajowe mogą tworzyć operacyjne ramy interwencji w zakresie ochrony w ramach strategii indywidualnych i strategii bazujących na przyjętych normach, w wyniku czego koordynacja i integracja z programami MHPSS realizowanymi w oparciu o społeczność okazuje się nieskuteczna lub nawet rodzi antagonizmy. Pod tym względem budowanie potencjału i współpraca w zakresie kierowania jednostek mogą okazać się skutecznymi narzędziami poszukiwania wspólnej płaszczyzny.
- (c) Zdarza się, że wprowadzane są nowe środki ochrony i sieci zabezpieczeń bez szczegółowej analizy tych już istniejących. Może to ograniczyć własny potencjał ochronny społeczności dotkniętych kryzysem. Propagowanie i współpraca pomiędzy programami MHPSS i ochrony będzie nadal podlegać koordynacji **komitetu**, sterującego programem oraz będzie uzależniona od informacji zwrotnych przekazywanych przez społeczność. Co więcej, oceny MHPSS pozwalają zwykle określić istniejące praktyki i sieci, które należy uwzględnić we wdrażanej współpracy. Dla wszystkich interwencji musi obowiązywać zasada „nie szkodzić”.
- (d) Ludzie mogą radzić sobie z kryzysami, uciekając się do istniejących wcześniej szkodliwych praktyk społecznych lub tradycyjnych i/lub wykształcając nowe negatywne mechanizmy radzenia sobie z kryzysem (obrzezanie kobiet, wczesne małżeństwa, praca dzieci, marginalizacja osób z niepełnosprawnościami, segregacja lub przymusowe umieszczanie w instytucjach osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego, neurologicznymi lub uzależnieniami). Zachowania takie nie są zgodne z prawami człowieka i normami humanitarnymi, a ich wyeliminowanie może wymagać długotrwałych zmian społecznych, kulturowych i strukturalnych na poziomie społeczności. Działania MHPSS powinny wpisywać się w wielopoziomową strategię długoterminową z naciskiem na koordynację działań z podmiotami realizującymi zadania z zakresu transformacji i rozwoju, o ile takie istnieją w danym kontekście.
- (e) Także personel organizacji humanitarnych może dopuszczać się pogwałcenia praw człowieka. IOM wdraża konkretne działania w celu zapobiegania nadużyciom seksualnym przez personel tych organizacji w ramach polityki dotyczącej ochrony **społeczności przed nadużyciami seksualnymi** oraz kodeksu **postępowania** dla personelu, który jest zgodny z polityką międzyagencyjną w tej kwestii.
- (f) Może także wystąpić tendencja do nadmiernego kierowania „przypadków” do poszczególnych instytucji, co skutkuje spowolnieniem ich działania i utrudnia im świadczenie wysokiej jakości usług na rzecz najbardziej potrzebujących. Często pojawiają się wyzwania związane z rozpoznaniem sytuacji, w których określone usługi nie są dostępne (np. zidentyfikowanie dzieci bez opieki i rozdzielonych z rodzicami lub dziećmi ulicy, w sytuacji gdy żaden podmiot nie oferuje opieki zastępczej, ochrony, dostępu do opieki zdrowotnej ani innych usług). Identyfikacja grupy lub osoby zagrożonej danym ryzykiem skutkuje powstaniem etycznego obowiązku udzielenia pomocy i dalszej obserwacji. Oznacza to, że podmiot MHPSS powinien dokonywać zgłoszeń do instytucji ochrony, a jeśli usługi nie są dostępne, poinformować odpowiednie bądź odpowiedzialne podmioty o problemie lub przypadku, z poszanowaniem zasad ochrony danych, zgody i poufności, traktując bezpieczeństwo danej osoby lub grupy priorytetowo. Powinno się to odbywać w ramach klastra ochrony i/lub jego podklastrów, lub w porozumieniu z podmiotami udzielającymi ochrony.

Ramka 56

Zgłaszanie przypadków pogwałcenia praw człowieka i innych naruszeń

Personel MHPSS niezmiennie będzie świadkiem ujawniania nadużyć, które można zaklasyfikować jako naruszenia praw człowieka oraz zapewniać wsparcie osobom dotkniętym kryzysem. Dochodzenie w sprawach zarzucanych nadużyć nie należy do obowiązków pracowników i pracowniczek MHPSS, mogą oni jednak z pewnością odegrać kluczową rolę we wspieraniu ofiar, pomagając im dotrzeć do wymiaru sprawiedliwości, gdy jest to możliwe.

Gdy pracowniczka lub pracownik MHPSS dowiaduje się o nadużyciu od beneficjenta lub beneficjentki, powinni nieprzerwanie sprawować nad tą osobą opiekę, a po uzyskaniu od niej zgody, przekazać sprawę w celu udzielenia dalszego wsparcia do:

- a) asystenta lub asystentki działu ochrony (Protection) IOM, o ile zostali powołani; LUB
- b) poprosić osobę koordynującą, aby skonsultowała się z Koordynatorem sektora Ochrony w celu uzyskania danych odpowiedniego punktu dostępu, stosownie do życzeń pokrzywdzonej osoby, jej potrzeb doraźnych i długoterminowych, jak i rodzaju nadużycia. Przykładowo procedura przekierowania w sytuacji domniemanej przemocy wobec dziecka będzie znacząco różnić się od procedury w związku z zarzutem stosowania tortur wysuniętym przez dorosłego mężczyznę, który został zatrzymany. Dostępne opcje mogą przewidywać możliwość natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej lub ochrony, jak również ochrony prawnej, ochrony w zakresie źródeł utrzymania i wsparcia w reintegracji. Nie należy kierować spraw do usługodawców, którzy mają powiązania z domniemanymi sprawcami.

Bez względu na opinię sektora Ochrony lub podobnych podmiotów, pracownicy i pracowniczki MHPSS powinni co najmniej mieć wiedzę na temat istniejących grup roboczych, a w miarę możliwości współpracować z nimi i/lub uczestniczyć w ścieżkach skierowań dla następujących typów nadużyć:

- **Przemoc seksualna i przemoc ze względu na płeć (SGBV);**
- Przymusowa rekrutacja/ handel ludźmi;
- Przemoc wobec dzieci;
- Sześć najpoważniejszych naruszeń dotyczących **dzieci**;
- Ataki na ludność cywilną;
- Tortury i złe traktowanie;
- Wymuszone zniknięcie.

Wszystkie skierowania powinny być realizowane z poszanowaniem autonomii ofiary, co oznacza obowiązek uszanowania życzeń ofiary, pozyskania jej pełnej i świadomej zgody oraz przestrzeganie zasad poufności, gdy tylko jest to możliwe. Personel MHPSS powinien zdawać sobie sprawę, że nie wszystkie kategorie pomocy są chronione przed sądowym nakazem ujawnienia informacji o ofierze. Przed zobowiązaniem się do zachowania poufności personel powinien zdawać sobie sprawę z ewentualnych ograniczeń prawnych w tym zakresie.



 **MATERIAŁY DODATKOWE**

The Alliance for Child Protection in Humanitarian Settings

2018b *Child Neglect in Humanitarian Settings*. The Alliance for Child Protection in Humanitarian Settings, Genewa. 

Stały Komitet Międzyagencyjny (IASC) Task Force on Humanitarian Action and Human Rights

2004 *FAQ on IHL, IHRL and IRL*. IASC, Genewa. 

Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża (ICRC)


2004 *Inter-Agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children*. ICRC, Genewa. 

2018 *Professional Standards for Protection Work* (3rd ed.). ICRC, Genewa. 


Międzynarodowa Organizacja ds. Migracji (IOM)


2009b *Caring for Trafficked Persons: Guidance for Health Providers*. IOM, Genewa. 

2010b *Data Protection Manual*. IOM, Genewa. 

2020 *Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) in the COVID-19 Response: Guidance and Toolkit for the use of IOM MHPSS Teams: Version III-Final*. IOM, Genewa. 

Biuro Wysokiego Komisarza ONZ ds. Uchodźców (UNHCR)

2011 *Age, Gender and Diversity Policy: Working with People for Equality and Protection*. UNHCR, Genewa. 

2014a *Child Protection Issue Brief: Mental Health and Psychosocial Well-being of Children*. UNHCR, Genewa. 

2014b *Understanding Community-Based Protection*. UNHCR, Genewa. 

Biuro Wysokiego Komisarza ONZ ds. Praw Człowieka (OHCHR)

2011 *International Legal Protection of Human Rights in Armed Conflict*. OHCHR, Geneva. 

Pełna bibliografia zawierająca materiały dodatkowe jest dostępna **tutaj**. 

13. PORADNICTWO



→ 13.1. CO POWINNA WIEDZIEĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

Koordinator lub koordynatorka programu MHPSS nie uczestniczy bezpośrednio w świadczeniu usług poradnictwa, opracowuje jednak programy i podejmuje decyzje dotyczące wdrażania tych usług. Są one związane z wyborem modeli poradnictwa i narzędzi wykorzystywanych w programie stosownie do możliwości i potrzeb związanych z kontekstem. Koordynatorzy i koordynatorki programu MHPSS odpowiadają za:

- Identyfikowanie, samodzielnie lub we współpracy z osobą odpowiedzialną za nadzór merytoryczny (supervizję), programów szkoleniowych, które mogą zwiększyć potencjał organizacji w zakresie poradnictwa w danym kontekście;
- Analizowanie kwestii skalowalności, adaptacji i szkoleń przy opracowywaniu interwencji z zakresu poradnictwa w sytuacjach kryzysowych;
- Rozważenie kwestii istotnych różnic kulturowych i językowych, a także, niekiedy, współpracy z tłumaczami/ tłumaczkami w związku z poradnictwem na rzecz migrantów i migrantek;
- Monitorowanie przestrzegania przyjętych metodologii; organizowanie nadzoru merytorycznego i kontrola nad nim także należy do obowiązków osoby koordynującej.

Niniejszy rozdział służy zatem jako przewodnik, który ma ułatwić lepsze zrozumienie definicji, praktyk i procedur związanych z usługami poradnictwa w sytuacji kryzysowej, ze szczególnym uwzględnieniem tych metod, które lepiej przysłużą się strategii wspólnotowej, na przykład poprzez wzmocnienie pozycji społeczności i umożliwienie jej samodzielnego poszukiwania rozwiązań. Definicje poradnictwa, odporności i innych pojęć używanych w treści rozdziału można znaleźć **tutaj**.

Ramka 57

Adaptacja w odpowiedzi na pandemię

Aby zapoznać się z wytycznymi w zakresie zdalnego świadczenia usług MHPSS w trakcie pandemii COVID-19, należy przeczytać **ten raport** opracowany przez IOM Irak.

13.1.2 Pojęcia

13.1.2.1 Poradnictwo

Poradnictwo to wspierająca rozmowa. Istnieje wiele rodzajów konwersacji pomiędzy członkami i członkiniami społeczności, które mogą przynosić korzyści terapeutyczne. Są to zarówno rozmowy spontaniczne, w których uczestnicy i uczestniczki mogą wspierać siebie wzajemnie, jak i sesje rozwiązywania problemów związane z określonymi działaniami. W niniejszym podręczniku poradnictwo odnosi się do uporządkowanych rozmów z jednostkami i grupami, których celem jest osiągnięcie **efektu terapeutycznego**.

Poradnictwo to bogata i różnorodna dziedzina, która może być praktykowana w obrębie innych dyscyplin, takich jak praca socjalna czy psychologia kliniczna. Cechą, która wyróżnia poradnictwo, jest szczególny nacisk na mobilizowanie odporności osoby cierpiącej (Fraenkel, 2014). Niezwykle istotnym aspektem poradnictwa jest stworzenie i utrzymanie uzdrawiającej, prawidłowej pod względem etycznym relacji pomiędzy terapeutą lub terapeutką a pacjentką czy pacjentem.

Cechy, które wyróżniają strategię poradnictwa wrażliwego na kontekst, to:

- Mobilizowanie odporności osoby cierpiącej, jej psychologicznych i relacyjnych mocnych stron i zasobów w celu rozwiązania jej problemów.
- Niekiedy proces ten obejmuje wyzwolenie zbiorowego potencjału odporności zakorzenionego w relacjach rodzinnych i wspólnotowych, jak również w tradycjach kulturowych i religijnych;
- Skuteczne poradnictwo: proces ten obejmuje naukę istotnych umiejętności, takich jak aktywne słuchanie, szacunek, unikanie wyrządzenia cierpiącemu krzywdy emocjonalnej. Efektywność poradnictwa wzrasta dzięki inteligencji społeczno-emocjonalnej i relacyjnej terapeuty lub terapeutki i pacjentki czy pacjenta, jak również innych wspierających go członków i członkiń społeczności;
- Dla wielu osób, w szczególności tych, które znalazły się z dala od domu, rodziny i swojej społeczności, poradnictwo stwarza przestrzeń „bezpiecznej prywatności”. Jest to ważne w kontekście zapobiegania poczuciu emocjonalnej izolacji (Saul, 2018).

Szereg przeprowadzonych ostatnio badań potwierdza

istotność poradnictwa w sytuacjach kryzysowych (Jordans, Pigott, i Tol, 216; Patel, 212; Murray i in., 214; Ramaswamy i in., 218; Tol, i in., 211; Watters, 217). Interwencje MHPSS tego rodzaju mogą przyczynić się do budowania uzdrawiających relacji, które pozwalają zmniejszyć stres i zapobiec wystąpieniu zaburzeń zdrowia psychicznego w przyszłości.

Na najbardziej podstawowym poziomie poradnictwo przyczynia się do odbudowania więzi pomiędzy ludźmi, tak aby jednostka nie musiała cierpieć w samotności – co jest poważnym czynnikiem ryzyka w przypadku zaburzeń zdrowia psychicznego. Ze względu na destabilizujący i nieprzewidywalny charakter kryzysów humanitarnych więz z innymi może okazać się pomocna w zyskaniu perspektywy i odzyskaniu spokoju wewnętrznego, który sprzyja wzmacnianiu odporności, na przykład poprzez rozpoznanie i ocenę zasobów istotnych dla procesów adaptacji i rozwiązywania problemów.

Aktywne i odczuwalne wsparcie społeczne okazuje się najistotniejszym czynnikiem ochronnym w sytuacjach silnego stresu, np. w trakcie kryzysów i po nich, ponieważ zarówno udzielanie, jak i otrzymywanie pomocy, to działania adaptacyjne (Hobfoll i in, 2007). Po wystąpieniu kryzysu u ludzi aktywizuje się wykształcony ewolucyjnie biologiczny mechanizm, który każe im gromadzić się i umacniać łączące ich więzi. Ten naturalny uzdrawiający proces można dodatkowo wesprzeć poradnictwem na poziomie indywidualnym i zbiorowym, szczególnie jeśli sprzyja ono odbudowie zerwanych więzi, jak i tworzeniu nowych.



W piramidzie interwencji MHPSS IASC w sytuacjach kryzysowych, techniki i modele poradnictwa, opisane w niniejszym rozdziale, plasują się na trzecim poziomie (interwencje ukierunkowane), mimo że wymagają różnych poziomów specjalizacji.

13.1.2.2 Poradnictwo w oparciu o społeczność

Poradnictwo w oparciu o społeczność to jedna z wielu strategii poradnictwa, której zaletą jest fakt, że zajmuje się ona nie tylko kwestią emocji związanych ze stresem, cierpieniem, stratą, depresją i innymi trudnościami, z jakimi boryka się jednostka, ale również wpływem psychospołecznym i wyzwaniem, które są wynikiem zbiorowego cierpienia rodzin i społeczności. Strategie te mają na celu

wzmocnienie zbiorowej odporności i kapitału społecznego, a także zmobilizowanie społeczności do działania i reakcji. Celem strategii opartych na społeczności jest zrozumienie czynników społeczno-kulturowych i środowiskowych, które zarazem utrudniają i ułatwiają interakcje i rozmowy prowadzące do poprawy samopoczucia. Są to m.in. relacje pomiędzy ludźmi i grupami, ich kultura, istniejące nierówności strukturalne ze względu na rasę, pochodzenie etniczne, płeć, klasę społeczną, a także środowisko fizyczne, polityczne i ekonomiczne. Strategia ta obejmuje również historyczne rozumienie narracji, które ukształtowały zarówno tożsamości, jak i aktualną sytuację kryzysową.

Podjęcie oparte na społeczności odgrywa szczególnie istotną rolę w sytuacjach kryzysowych, gdzie nie tylko pojedyncze osoby, ale także ich rodziny i społeczności odczuwają bezpośrednio lub pośrednio skutki stresujących, zakłócających zdarzeń. Terapeuci i terapeutki są także częścią systemu. Wykonywana praca wywiera na nich wpływ, między innymi poprzez interakcje z pacjentami i pacjentkami, zespołami roboczymi i organizacjami oraz własnymi rodzinami i społecznościami. „Bezradność” i „odporność” to pojęcia, które można zastosować tak samo w odniesieniu do osób prowadzących terapię, jak i do tych, którzy szukają u nich pomocy.

Strategie oparte o społeczność bazują na izolowaniu problematycznych zachowań lub uczuć nie tylko w jednostce, ale także w sieci relacji, do której jednostka należy. Problemy mają zawsze wymiar zarówno indywidualny, jak i relacyjny lub zbiorowy. Terapeuci i terapeutki rozumieją więc kontekst i znaczenie poradnictwa w określonych sytuacjach – na przykład czy korzystanie z pomocy terapeuty/ terapeutki spoza rodziny lub społeczności, który interweniuje, aby pomóc w rozwiązaniu problemów dzieci, w jakikolwiek sposób podważa autorytet i kompetencje rodziców. Czy wiąże się to z przekazem „nie zrobisz tego samodzielnie, musimy ci pomóc”? Problem ten pojawia się zwykle w sytuacji, gdy terapeutki lub terapeuci współpracują bezpośrednio z dziećmi, ignorując kompetencje rodziców.

Tabela nr 11 przedstawia zasady poradnictwa w oparciu o społeczność.

Mimo że wiele strategii poradnictwa skupia się głównie na jednostce, a nie każda z nich charakteryzuje się refleksyjnością i otwartością na społeczność, możliwe jest ustanowienie standardów, do których można dostosować każdą strategię poradnictwa indywidualnego i grupowego, aby miała ona charakter bardziej wspólnotowy i osadzony w kontekście.

Tabela nr 11: Strategie poradnictwa w oparciu o współpracę – standardy minimalne i optymalne

Standardy minimalne	Standardy optymalne
Programy są często realizowane z inicjatywy usługodawcy przy udziale liderów i liderek oraz członkiń i członków społeczności, którzy pomagają w ich wdrożeniu.	Programy wymagają uczestnictwa społeczności na wszystkich etapach – planowania, oceny, ustalania priorytetów, wdrażania, oceny i rozpowszechniania. Programy mogą plasować się w dowolnym miejscu na spektrum, dla którego dwa końce to usługodawca zewnętrzny/ program opracowany z inicjatywy społeczności.
Nacisk kładziony jest na rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów ze zdrowiem psychicznym oraz leczenie określonych, dających się zdiagnozować zaburzeń. Symptomatologia, cechy charakterystyczne i trudności podlegają walidacji przez społeczność.	Przeprowadza się ocenę potrzeb, wyzwań i priorytetów populacji docelowej, aby wybrać najskuteczniejszą i najbardziej właściwą strategię poradnictwa.
Nacisk kładziony jest na leczenie jednostek i łagodzenie objawów psychologicznych. Narzędzia podlegają tłumaczeniu.	Strategia może koncentrować się na określonych wyzwaniach w rodzinie lub w całej społeczności, w grupie lub organizacji wewnątrz społeczności. Nacisk kładzie się na uzdrawianie relacyjne w takim samym stopniu, jak na łagodzenie objawów.
Badanie kultury i kontekstu, aby zrozumieć, w jaki sposób najlepiej wdrożyć interwencję i zwiększyć jej skalę.	Przeprowadza się wstępną ocenę kultury i kontekstu, aby zrozumieć indywidualne i zbiorowe mocne strony, zasoby i mechanizmy radzenia sobie, jak również problemy. Kultura ma znaczenie kluczowe dla zdefiniowania lokalnych sposobów rozumienia, priorytetów i znaczeń ewentualnych interwencji (patrz IASC, 2007:38–48). Dokłada się starań, aby nie podważać lokalnych znaczeń, zasobów i zdolności do radzenia sobie na poziomie indywidualnym, rodzinnym i wspólnotowym.
Adaptacja programów opartych na badaniach i opracowanych w innych kontekstach do aktualnej sytuacji. Cechy szczególne kontekstu i kultury poddaje się analizie, aby ułatwić proces wdrażania.	Opracowanie programu to proces iteracyjny, bazujący nieustannie na wkładzie ze strony społeczności, poddawany przez nią weryfikacji i akceptacji. Znaczenia kulturowe są punktem wyjścia dla określenia priorytetów, dostępnych zasobów i preferowanych sposobów radzenia sobie ze stresem lub wyzwaniami za pomocą opisanych powyżej metod uczestniczących (Bragin, 2014).
Kryteria skuteczności programu są określane przez wskaźniki opracowane w ramach programów testowania oraz zorientowanego na szukanie rozwiązań poradnictwa w kontekście wyznaczonych dla pacjenta lub pacjentki celów i etapów.	Kryteria skuteczności przy ocenie programu są określane przez cele zidentyfikowane przez pacjenta lub pacjentkę oraz we współpracy pomiędzy usługodawcami zewnętrznymi i społecznością.



Niektóre typy strategii poradnictwa stosowane w sytuacjach kryzysowych – w tym podejście poznawczo-behawioralne, ekspozycyjna terapia narracyjna, terapia odwrażliwiania i przetwarzania za pomocą ruchu gałek ocznych, odmiany metody rogeriańskiej, techniki terapii sztuką i dramaterapii – nie uwzględniają kontekstu społecznego i ekologicznego pacjenta czy pacjentki ani kontekstu terapeuty lub terapeutki i samej sytuacji konsultacji. Istnieją jednak strategie poradnictwa, np. bazująca na mocnych stronach **terapia skoncentrowana na rozwiązaniach**, które są zakorzenione w podejściu społeczno-ekologicznym (patrz modele **działania**). Ponadto wymienione podejścia terapeutyczne, choć nie bazują na społeczności, mogą być włączane do strategii i programu w większym stopniu dopasowanego pod względem społecznym i ekologicznym, co przyczynia się do osiągnięcia założonego celu.





Grupowa sesja konsultacyjna, Liban. © IOM 2017

13.1.2.3 Proces konsultacji

Proces konsultacji jest zdeterminowany przez kontekst interakcji terapeutycznej, jak również przyjęty model teoretyczny strategii terapeutycznej i zwykle przybiera postać uporządkowanego programu złożonego z wielu spotkań. Konsultacje mogą odbywać się w profesjonalnych placówkach lub w ośrodkach MHPSS – np. w ośrodkach rekreacji i poradnictwa IOM oraz w **centrach integracji**, innych **bezpiecznych strefach**, ośrodkach zdrowia, świetlicach czy ośrodkach kultury – gdzie jednostka będzie mogła zasięgnąć porady i wsparcia. W przypadku niektórych sytuacji kryzysowych poradnictwo może mieć też charakter zdalny (Abramowitz, 2010; Chibanda i in., 2016). Co więcej, poradnictwo może mieć charakter towarzyszący. Przykładowo, wolontariusz lub wolontariuszka może pomagać beneficjentowi lub beneficjentce w poruszaniu się wśród zasobów w nowych i nieznanach sytuacjach – jest to strategia często stosowana w Ameryce Łacińskiej, która bazuje na strategiach pracy socjalnej w zarządzaniu przypadkami (Valdivieso i Andersson, 2017; Pinheiro, 2017).



Na ogół proces poradnictwa obejmuje wstępny etap w postaci spotkania lub zgromadzenia, a także różne formy słuchania i mówienia.

- Niektóre z rozmów mogą toczyć się według określonych wytycznych kulturowych dotyczących tego, jak rozmawiać, kto może rozmawiać z kim i w jakiej kolejności.
- Mogą też istnieć konwencje lub restrykcje kulturowe w zakresie udzielania i otrzymywania porad (na przykład w tradycyjnych społecznościach pary przechodzące przez trudny okres spotykają się z teściami, szukając u nich pomocy w rozwiązaniu konfliktu małżeńskiego lub innych problemów).
- Rozmawianie z osobami obcymi spoza rodziny może być także zakazane kulturowo.
- Konsultacja może mieć charakter ukierunkowany lub nieukierunkowany i koncentrować się głównie na udzieleniu wsparcia emocjonalnego bądź porady.
- Nacisk może być kładziony na rozwiązanie problemu lub znalezienie rozwiązania, analizę bolesnych uczuć lub wzmocnienie mechanizmów obronnych jednostek, rodzin lub grup.
- Wiele strategii poradnictwa, szczególnie stosowanych w sytuacjach kryzysowych, obejmuje m.in. wzmocnienie umiejętności regulacji emocjonalnej poprzez trening relaksacyjny lub techniki mindfulness, ćwiczenia fizyczne i ruch (Wessells, 2009).

Proces konsultacji może być zróżnicowany w zależności od rodzaju ludzi, którzy się spotykają, od tego, czy w grupie znajdują się specjaliści lub specjalistki albo osoby przeszkolone odpowiedzialne za facylitację, czy spotkanie odbywa się zgodnie z ramami kulturowymi dotyczącymi przemian i kryzysów życiowych.

Ramka 58

Czym różni się strategia systemowa lub zorientowana na społeczność od konsultacji zorientowanej na jednostkę

- Zamiast skupiać się wyłącznie na wewnętrznych procesach psychologicznych, odnosi się także do wzorców w relacjach pomiędzy ludźmi w rodzinie, związkach, grupach oraz społeczności poprzez strategie wspólnotowe.
- Przypisuje dysfunkcje psychologiczne i społeczne do problemów, które dotyczą nie tylko jednostki, ale także większych systemów.
- Zwraca uwagę na kwestie strukturalne dotyczące rasy, pochodzenia etnicznego, wyznania, klasy społecznej i płci jako społecznych czynników determinujących problemy ze zdrowiem psychicznym. Jest dostosowana pod względem strukturalnym.
- Zakłada, że problemy jednostek i grup zawsze występują w określonym kontekście, podobnie jak rozwiązania, które muszą być znaczące i akceptowalne w kontekście społecznym jednostki – rodziny, przyjaciół, grup rówieśniczych, wyznaniowych i organizacji.
- Postrzega kontekst społeczny nie tylko jako trwały zestaw problemów, ale także jako źródło rozwiązań. Zignorowanie obu tych aspektów zawęziłoby zakres i potencjalną skuteczność konsultacji. Przykładowo, jeśli dziecko, u którego występuje problematyczne zachowanie, zostanie wyjęte ze swojego kontekstu społecznego w celu rozwiązania problemu, powracając do tego kontekstu, powróci także do układu sił w rodzinie lub szkole, które mogły być pierwotną przyczyną problemu.
- Może być większym wyzwaniem w przypadku populacji przemieszczających się, takich jak uchodźcy lub migranci, lub osób przesiedlonych, u których poczucie wspólnoty zostało nadszarpięte – co zarazem utrudnia reprodukcję/ zmianę skali obserwacji.

Grupowa sesja konsultacyjna. © IOM 2015





Męska grupa wsparcia, ośrodek IDP, Erbil (Irak). © IOM 2017

➔ 13.2. CO POWINNA ROBIĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

Decyzja o wdrożeniu konkretnego programu poradnictwa w sytuacji kryzysowej może być powodowana przez następujące trzy kluczowe założenia:

13.2.1 Zrozumienie złożoności sytuacji, w której świadczone jest poradnictwo

Podstawowym punktem wyjścia dla zrozumienia złożoności sytuacji jest opis kryzysu humanitarnego i dotkniętej nim populacji (ile osób, kiedy przyjechały i skąd, jak wyglądała podróż, ilu specjalistów i specjalistek zdrowia psychicznego jest dostępnych na miejscu, itd.). Ten „opis gęsty” (Geertz, 1973) może posłużyć jako pierwszy krok do „analizy sytuacji”, czyli narzędzia umożliwiającego szczegółowe zrozumienie epizodu interpersonalnego lub złożonego stanu rzeczy (sytuacji) w kontekście większej narracji, której jest częścią (dramat osadzający). „Analiza sytuacji prowadzi do szczegółowego opisu sytuacji i wiąże tę szczególną sytuację z większym dramatem, którego jest częścią, aby zidentyfikować czynniki napędowe sytuacji i uwydatnić najbardziej użyteczne punkty dla interwencji” (Green-Rennis et al., 2013).

Istotną częścią zrozumienia złożoności sytuacji jest opisanie wchodzących w grę czynników strukturalnych. Czynniki te mogą funkcjonować na poziomie społeczności, sąsiedztwa, instytucji (mieszkania, szkoły, zakłady karne, usługi kliniczne) oraz na poziomie polityki (krajowa polityka w zakresie mieszkalnictwa, polityka międzynarodowych grup pomocowych, wpływ wojny i przemocy politycznej). Strategia ta, określana mianem „kompetencji strukturalnej” w kontekście szkolenia i praktyki klinicznej uwzględnia aspekty społeczne i polityczne zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego. Skupienie na strukturze może prowadzić do wyboru strategii opartej w większym stopniu na współpracy wykorzystującej miejscowe zasoby. Zastępuje ona strategię, która kładzie nacisk na indywidualne zmiany behawioralne w obliczu przytłaczających trudności środowiskowych (Metzl i Hansen, 214). To rozpoznanie większych sił społecznych jest kluczowe dla zrozumienia nierówności społecznych w kontekście globalnego zdrowia psychicznego. Nierówności pod względem pochodzenia etnicznego, płci i klasy społecznej są głównymi czynnikami napędowymi problemów ze zdrowiem psychicznym.

Inne ważne pytania, które należy zadać, to: na czym polega złożoność danej historii? W jaki sposób narracje kształtują doświadczenie populacji, usługodawców,

rodzącą się współpracę – oraz sposób myślenia koordynatorki/ koordynatora o planowanej interwencji?

13.2.2 Uwzględnienie istniejących procesów i zasobów indywidualnych i zbiorowych na rzecz zdrowienia

Analizując wywiady i obserwacje, trzeba rozumieć pozytywne procesy społeczne zachodzące w populacji docelowej i środowisku pomocy humanitarnej, które można uznać za formę konsultacji, a które mogą stać się fundamentem dla dalszego rozwoju strategii poradnictwa na rzecz społeczności. Celem nie jest podważanie już istniejących zasobów i mechanizmów mobilizacji, istotnych dla procesu zdrowienia. Zrozumienie tych zasobów dostarczy istotnych informacji na temat preferowanych wzorców poszukiwania pomocy w populacji i pomoże zidentyfikować potencjał przywódczy, umiejętności i zmotywowanych członków i członkinie społeczności, którzy mogą okazać się ważnym filarem w opracowaniu programów poradnictwa.

Odporność wyłania się obecnie jako nowy paradygmat w obszarach rozwoju i zdrowia psychicznego (Ager i in., 2013). Strategię bazującą na odporności wyróżniają następujące cechy:

- Nacisk na mocne strony, zasoby i możliwości zamiast na braki;
- Przewidywanie działań, które ograniczają skutki traumatycznych zdarzeń;
- Nacisk na wiele poziomów wpływu, od strukturalnego i kulturowego, po wspólnotowy, rodzinny i jednostkowy;
- Mapowanie wpływów w ramach systemów zakorzenionych w ekologii (ibid.).

Wpływy mają charakter dwukierunkowy, jako że odporność jednostki wzmacniają zasoby rodzinne, społeczne i kulturowe zakorzenione w jej ekologii społecznej, jak również potencjał zbiorowy lub przejawy odporności rodzin i społeczności w reakcji na stres i wyzwania. W grę mogą tu wchodzić procesy przystosowania i adaptacji podsystemów w ramach społeczności – tj. jednostek, grup i organizacji – lub też interakcje całej

społeczności ze środowiskiem, włącznie z innymi podmiotami społecznymi, ekonomicznymi i politycznymi (Kirmayer i in., 2009).

Strategie mapowania zasobów zostały przedstawione w poprzednich częściach podręcznika. Możemy w tym miejscu dodać, że rozwijanie strategii bazujących na odporności w poradnictwie, mapowanie zasobów odporności na różnych poziomach systemowych odgrywa istotną rolę w określaniu punktów interwencji. Opracowano szereg różnych map (patrz Landau i Weaver (2006) w dalszej części niniejszego rozdziału), które okażą się przydatne dla osób planujących programy, pełniąc rolę swego rodzaju listy kontrolnej potencjalnych punktów interwencji.

13.2.3 Wzmacnianie i budowanie w oparciu o istniejące zasoby

Współpracując z przedstawicielami i przedstawicielkami społeczności, należy zdawać sobie sprawę, które z istniejących procesów mogą skorzystać na wsparciu ze strony usługodawców. Na przykład grupa rodziców realizujących program sportowy dla młodzieży na zasadzie wolontariatu, może poprosić terapeutów i terapeutki o pomoc w zaspokojeniu pewnych potrzeb osób uczestniczących w programie w zakresie MHPSS, które pojawią się w grupach objętych przez nich facylitacją. Strefa wolna od stygmatyzacji może okazać się istotnym miejscem przekazywania informacji na temat reakcji na stres i narzędzi radzenia sobie ze stresem, kontrolowania gniewu, a w razie konieczności także innych dostępnych form poradnictwa. Z kolei sama grupa sportowa może funkcjonować jako swego rodzaju grupa rówieśnicza przy wsparciu terapeutki czy terapeuty psychospołecznego.

Próbując określić, jakiego rodzaju poradnictwo można dodać do już istniejących usług, należy zrozumieć różne skutki lub następstwa migracji i wysiedlenia na różnych poziomach.

Niejednokrotnie, analizując strategię konsultacji, terapeuta bądź terapeutka może znaleźć własną strategię poradnictwa w czynnikach poziomu indywidualnego (objawy, zaburzenia

zdrowia psychicznego), nie widzi natomiast zakłóceń, które zachodzą na poziomie rodziny i innych poziomach społeczności. Należy brać pod uwagę nie tylko interwencje, które wzmacniają wsparcie ze strony rodziny i społeczności, ale także rozważyć wpływ stresu, cierpienia, transformacji i straty na interakcje w rodzinie i społeczności.

Wielopoziomowe strategie wyboru metody konsultacji uwzględniają wpływ potrzeb społeczności na różnych poziomach systemowych.

Stres w rodzinie należy rozpatrywać na poziomie rodziny, często przy wsparciu społeczności. Chcąc określić, co należy wzmocnić, ulepszyć lub objąć działaniami terapeutycznymi społeczności, należy w pierwszej kolejności ustalić z nią, jakie ma cele i priorytety. Na podstawie tej wizji zdrowienia można następnie przystąpić do poszukiwania różnych opcji poradnictwa jako części procesu opracowania strategicznego planu dla zestawu interwencji poradnictwa, które odgrywają najważniejszą rolę w tej wczesnej fazie interwencji.

Jak wygląda proces ustalania priorytetów i w jaki sposób są one uzgadniane pomiędzy członkami i członkiniami społeczności i z usługodawcami? Proces ten może obejmować omówienie różnych strategii poradnictwa wykorzystywanych tradycyjnie lub preferowanych przez grupę, potencjalnych ograniczeń tych strategii, a także strategii dodatkowych, które mogłyby uzupełnić dostępny zestaw usług z uwzględnieniem unikalnych wyzwań aktualnej sytuacji kryzysowej. Należy również określić dostępne zasoby – na przykład członków i członkinie społeczności, których można przeszkolić w dziedzinie terapii. W procesie negocjowania priorytetów przydatne mogą okazać się następujące zasady przewodnie:

- Dostarczanie wartości prewencyjnej – w zakresie, w jakim strategie poradnictwa wzmacniają czynniki ochronne (np. promowanie wsparcia społecznego i rozwiązywanie problemów);
- Skupianie się na najbardziej wrażliwych i narażonych na ryzyko członkach i członkiniach społeczności;
- Promowanie spójności społecznej i komunikacji wewnątrz społeczności oraz zapobieganie jej rozproszeniu;
- Uznanie różnorodności potrzeb i określenie, które interwencje poradnictwa mają szansę być efektywne, zwiększając tym samym skuteczność całej społeczności;
- Proces określania priorytetów musi uwzględniać dynamikę władzy w społeczności. Kwestia dzielenia się zasobami i ich dystrybucji w sposób sprawiedliwy wprowadza bardziej etyczny wymiar metody ustalania priorytetów;
- Ważne jest, aby specjaliści i specjalistki posiadali kompetencje zarówno kulturowe, jak i strukturalne, aby wspomagać ten proces negocjacji.

W kontekście zrozumienia sytuacji społeczności i szeroko zakrojonej oceny jej potrzeb i zasobów celem jest ustalenie, które ze strategii poradnictwa są najbardziej pożądane oraz możliwe do realizacji w danej sytuacji. Zaleca się tutaj zastosowanie ram bazujących na myśleniu projektowym zorientowanym relacyjnie zaczerpniętych od IDEO U (2016) i Bavy (2017).

Wybór określonych strategii poradnictwa powinien być determinowany przez cele i priorytety wyrażone przez społeczność. Następnie społeczność może przeanalizować z organizacjami udzielającymi pomocy, które opcje poradnictwa są dostępne, możliwe do wdrożenia i skuteczne. Potrzeby społeczności nie zawsze są zbieżne z zasobami

oferowanymi przez organizacje humanitarne. Społeczność skorzystałaby na uzyskaniu informacji o programach poradnictwa, które są najlepiej dopasowane do jej celów, tak aby mogła szukać specjalistów i specjalistek w zakresie danej strategii. Określa się ją na podstawie wywiadów z członkami i członkiniami społeczności, interesariuszami i organizacjami niosącymi pomoc. Niektóre z potencjalnych strategii poradnictwa opartego na społeczności na różnych poziomach zostały przedstawione poniżej.

→ 13.3. INFORMACJE OGÓLNE NA TEMAT INTERWENCJI PORADNICTWA OPARTYCH NA SPOŁECZNOŚCI

W sytuacji idealnej program poradnictwa w sytuacjach kryzysowych dla IOM powinien opierać się nie na precyzyjnym i zaprojektowanym ogólnie protokole interwencji, ale na solidnej podstawie w postaci umiejętności osób prowadzących terapię oraz wrażliwości i kompetencjach opisanych wcześniej w tym rozdziale. Grupa wyszkolonych terapeutów i terapeutek, poddawanych stale kolejnym szkoleniom oraz pracujących pod superwizją, powinna mieć możliwość stosowania elastycznego podejścia do interwencji grupowych i indywidualnych, stosując się przy tym ściśle do zasad etycznych i ogólnych modeli działania. Wiele interwencji poradnictwa opartych na społeczności – nazywanych też interwencjami psychologicznymi – zostało opracowanych na poziomie jednostki, rodziny, grup i całych społeczności w kontekście działań humanitarnych. Inne zostały opracowane dla szeregu odmiennych uwarunkowań, mogą być jednak wdrażane także w sytuacjach kryzysu humanitarnego. Cechują się one wyraźniejszą strukturą i zostały poddane walidacji, dlatego ich skalowanie w przypadku niewystarczających zasobów jest łatwiejsze. W ciągu pierwszych miesięcy kryzysu humanitarnego członkom i członkiniom społeczności należy dać nieco czasu na wypracowanie własnych strategii radzenia sobie, które uznają za najbardziej użyteczne,

aby nie zakłócać i nie podważać naturalnych mechanizmów obronnych społeczności w trudnych sytuacjach. Należy poczekać z oferowaniem poradnictwa ukierunkowanego na określone zaburzenia zdrowia psychicznego, które stają się widoczne dopiero po upływie kilku miesięcy od wstępnej fazy kryzysu.

Jednak w trakcie tej początkowej fazy poradnictwo ukierunkowane na bezpośrednie skutki sytuacji kryzysowej może okazać się użyteczne. Zalicza się do niego:

- Praktyczne rozwiązywanie problemów i zarządzanie problemami (patrz PM+, punkt 13.4.1 poniżej);
- Grupy terapeutyczne „niejednoznacznej straty” (patrz punkt 13.6 poniżej);
- Model Odporności Społeczności LINC (Landau i Weaver, 2006);
- Socjoterapia (patrz **sekcja 13.3.3. poniżej**).

Podczas drugiego etapu można rozszerzyć zakres stosowanych strategii, także o te wymienione powyżej.

13.3.1 Strategie poradnictwa na poziomie indywidualnym

Zarządzanie problemami plus (Problem Management+):

PM+, w formie indywidualnej i grupowej, to rodzaj innowacyjnej interwencji psychologicznej, która wyposaża odbiorców i odbiorczynie w umiejętność rozwijania zdolności do radzenia sobie z praktycznymi problemami (bezrobocie, konflikt interpersonalny i inne) oraz związanymi z nimi zaburzeniami zdrowia psychicznego poprzez realizację czterech strategii: poradnictwa zorientowanego na rozwiązywanie problemów, zarządzania stresem, aktywacji behawioralnej i wzmocnienia **wsparcia** społecznego.

13.3.2 Programy poradnictwa zorientowane na wsparcie koleżeńskie

Program "Ławka przyjaźni" w Zimbabwie:

Terapeutki pracujący w klinikach w pobliżu Harare i innych dużych miast Zimbabwie to niezawodowe świadczeniodawczynie opieki zdrowotnej, znane w społeczności jako „babcie”, przeszkolone w zakresie słuchania i wspierania pacjentów i pacjentek





Poradnictwo niezawodowe w ośrodku ochrony ludności cywilnej w Malakal, Sudan Południowy. © IOM 2018



cierpiących na napady lęku, depresję i inne zaburzenia zdrowia psychicznego (patrz "**Ławka przyjaźni**").

"Być ziomkiem" – IOM Nigeria: "system ziomków" to interwencja zbliżona do konsultacji koleżeńskiej, na którą składa się identyfikacja, szkolenie i stały nadzór (superwizja) specjalistów i specjalistek nad różnymi członkami i członkiniami społeczności, którzy są w stanie zaoferować innym wsparcie w sąsiedztwie, rodzinie, miejscu pracy oraz określonych grupach. Strategia została opracowana dla warunków innych niż kryzysowe, takich jak szkoła czy miejsce pracy. W szkołach uruchomiono programy promowania dobrostanu psychospołecznego uczniów i uczennic w formie „wsparcia koleżeńskiego” z założeniem, że uczniowie i uczennice chętniej przyjmą wsparcie od kolegów i koleżanek, z którymi mogą się utożsamiać, niż od osób pracujących w szkole. Strategie tego typu okazały się szczególnie przydatne w niektórych scenariuszach kryzysowych, np. w północno-wschodniej Nigerii. Profesjonalistek czy profesjonalistów w zakresie terapii czy psychologii jest tam niewiele. Co więcej, zwracanie się o wsparcie do takiej osoby jest tam rzadkością, a osoby cierpiące na najcięższe zaburzenia szukały pomocy w ramach

innych systemów wsparcia – u przyjaciół i przyjaciółek, sąsiadek i sąsiadów, koleżanek i kolegów, uznając najwidoczniej, że jest to skuteczniejszy i właściwszy sposób.

Metodologia ta sprawia, że osoby uczestniczące w interakcji zajmują mniej więcej równe pozycje. W sytuacjach kryzysu humanitarnego populacje dotknięte kryzysem są często postrzegane jako biernie przyjmujące pomoc. Strategia „systemu ziomków” umożliwia przyjęcie odmiennego punktu widzenia i promuje inny sposób autoidentyfikacji, ponieważ osoby dotknięte problemem stają się zarazem świadczą i przyjmują usługi. Strategia ta wzmacnia pozytywne poczucie tożsamości, dając jednostkom możliwość wystąpienia w roli pozytywnych wzorów do naśladowania. W sytuacjach kryzysu i wysiedlenia sąsiedzkie struktury wsparcia ulegają często zniszczeniu, a „system ziomków” może przyczynić się do wzmocnienia tkanki społecznej. Promowanie interakcji pomiędzy „ziomkami” może prowadzić do tworzenia oddolnych grup odtwarzających **wsparcie** sąsiedzkie lub zorientowane na problemy.



Strategia „systemu ziomek” pozwala jednostkom wyposażać się w umiejętności MHPSS i skutecznie wspierać rówieśników i rówieśniczki oraz łączyć się w pary z osobami potrzebującymi większego wsparcia. Rolą koordynatora lub koordynatorki MHPSS i osoby nadzorującej jest budowanie potencjału „ziomek”, przekazywanie im wskazówek i pilnowanie, aby nie dopuszczali się zachowań szkodliwych. Nad „ziomekami” należy sprawować nadzór w celu analizowania ewentualnych wyzwań, jakie mogą napotkać, a także ich praktyk i doświadczeń. Wreszcie, w sytuacji kryzysu, szczególnie jeśli ma on charakter długotrwały, populacje mogą doświadczać wielokrotnego przesiedlenia. Dzięki strategii „ziomek” przeszkolone osoby będą przemieszczać się wraz z dotkniętą kryzysem społecznością, zapewniając wsparcie w zakresie MHPSS także w sytuacjach, gdy pracownicy i pracownicy humanitarni nie będą dostępni.

13.3.3 Poradnictwo grupowe

Grupowa terapia interpersonalna (IPT) powstała w Stanach Zjednoczonych jako indywidualna metoda leczenia jednobiegunowej depresji niepsychotycznej (Klerman i in., 1984). W kontekście leczenia depresji IPT skupia się na związku pomiędzy wystąpieniem objawów i bieżącymi problemami interpersonalnymi. Terapeuta lub terapeutka IPT przystępuje do systematycznej oceny diagnostycznej, objaśnia diagnozę i współpracuje z pacjentem czy pacjentką w celu określenia obszarów problemowych, związanych z wystąpieniem objawów. Trudności w czterech obszarach interpersonalnych są uznawane za czynniki wyzwalające epizody depresyjne i stały się punktem centralnym terapii; są to: smutek (z powodu śmierci bliskiej osoby), spory interpersonalne (z ważną osobą w życiu jednostki), zmiana ról (zmiana okoliczności życiowych, pozytywna lub negatywna) oraz deficyty (uporczywe problemy w inicjowaniu lub utrzymaniu związków).

IPT została opisana w podręczniku, przebadana w ramach szeregu randomizowanych, kontrolowanych prób klinicznych i sprawdza się w leczeniu szeregu zaburzeń nastroju oraz innych schorzeń (zaburzenia depresyjne, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, zespół stresu pourazowego (PTSD), zaburzenia odżywiania i inne) w różnych grupach wiekowych (nastolatki, dorośli, osoby starsze), okolicznościach (ambulatoryjne kliniki zdrowia

psychicznego, placówki podstawowej opieki zdrowotnej, kliniki szkolne, ośrodki społeczne i inne) oraz z zastosowaniem różnych technik (np. terapia indywidualna, grupowa i telefoniczna).

Coraz więcej danych wskazuje na skuteczność IPT w regionach i obszarach cechujących się niedoborem zasobów. IPT zastosowano w formie grupowej, dostosowano pod względem kulturowym i wykazano jej skuteczność w leczeniu depresji u osób dorosłych i nastolatków w społecznościach północnej i południowej Ugandy, u osób z depresją objętych podstawową opieką zdrowotną w Goa, w Indiach i Etiopii, a także u kobiet cierpiących na depresję poporodową w Chinach i Kenii. Ta ostatnia grupa żyła z wirusem HIV i obejmowała także ofiary przemocy domowej. Grupowa IPT została zaadoptowana do stosowania na skalę globalną przez **WHO**.

Socjoterapia to system terapeutyczny silnie powiązany teoretycznie i historycznie z socjologią. To podejście terapeutyczne kładzie nacisk na czynniki społeczne, kulturowe, środowiskowe i interpersonalne, biorąc pod uwagę środowisko, w którym żyją grupy pacjentów i pacjentek, i zapewniając wsparcie w procesie przystosowania interpersonalnego oraz osiąganiu celów terapii. Podczas gdy psychoterapia koncentruje się na jednostce, socjoterapia wychodzi z założenia, że problemy jednostki, leczone psychoterapią, często mają podłoże społeczne lub środowiskowe, co ogranicza skuteczność psychoterapii. Celem socjoterapii jest dostarczanie konkretnych rozwiązań problemów społeczno-psychologicznych pomaganie pacjentom w odbudowaniu harmonijnej więzi ze społecznością.

Celem socjoterapii są grupy pacjentów i pacjentek. Wykorzystuje się w niej interakcję i socjalizację do gromadzenia informacji na temat ograniczeń osób uczestniczących, a także jako narzędzia terapeutyczne. Uczestnicy i uczestniczki uczą się ról i prawidłowych zachowań interpersonalnych poprzez interakcje społeczne (Whiteley, 19586) oraz przywracanie wykształconych już ról i zachowań w bezpiecznym środowisku. Myśli i uczucia towarzyszące temu procesowi są omawiane w grupie z udziałem socjoterapeutów/ socjoterapeutek, pomagających osobom uczestniczącym dostosować swoje życie codzienne do określonego kontekstu społecznego.





Richters (2010) twierdzi, że „socjoterapia pomaga ludziom odzyskać szacunek do siebie, odbudować zaufanie, znów poczuć się bezpiecznie, przezwyciężyć nieuzasadnione poczucie winy, odzyskać równowagę moralną, poczuć nadzieję, żyć bez strachu, wybaczyć tym, którzy ich skrzywdzili, przeprosić tych, którym sami wyrządzili krzywdę i odzyskać należne im miejsce w społeczeństwie”. Strategia ta jest z powodzeniem stosowana w różnych kontekstach. Aby uzyskać więcej informacji na ten temat, zapoznaj się z przykładami z Rwandy, gdzie socjoterapię stosuje się od 2005 roku w celu wspierania społeczności po wojnie oraz ludobójstwie z 1994 roku ([tutaj](#) i [tutaj](#)).



13.3.4 Poradnictwo rodzinne, niejednoznaczna strata – praca z rodzinami, których członkowie lub członkinie zaginęli

Strategie poradnictwa sprawdzające się w pracy z rodzinami, które borykają się z niejednoznaczną stratą, mają duże znaczenie w scenariuszach kryzysu humanitarnego. Boss (2004) definiuje niejednoznaczną stratę jako „niepewną stratę – w sytuacji, gdy fizycznie lub na poziomie psychologicznym utracono kochaną osobę. Uczucie to wynika z niewiedzy, czy dana osoba żyje, czy nie, czy jest obecna, czy nieobecna, czy zaginęła na zawsze, czy wróci”.

Problemy, z jakimi borykają się rodziny zaginionych, są bardzo liczne i wymagają wsparcia terapeutów czy terapeutek rozumiejących wpływ czasowego przemieszczenia i niepewności na system rodzinny. Osoby prowadzące terapię potrzebują strategii zapobiegania i niwelowania polaryzacji i konfliktów, jakie mogą pojawić się w rodzinach, których członek zaginął. W tej fazie istotne są także programy jednoczenia rodzin, które są realizowane równoległe do programów terapii w związku z niejednoznaczną stratą (Boss, 2018; IFRC, 2001, 2014; Killian, 2016; Robbins, 2013). Informacje praktyczne można znaleźć [tutaj](#) i [tutaj](#).



Model rozwoju programów opierających się na współpracy rodziny to oparta na badaniach strategia, w ramach której tworzone są programy dla rodzin oparte na społeczności. W podejściu tym rodziny są postrzegane jako najlepiej poinformowane w dziedzinie wyzwań, z którymi się borykają oraz własnych pragnień w ramach programu.

Strategia ta przydaje się w szczególności przy opracowywaniu programów dla rodzin doświadczających opresji społecznej, które niechętnie uczestniczyły dotąd w programach opracowywanych dla nich bez konsultacji z nimi. Z kolei gdy specjaliści czy specjalistki słuchają rodzin z szacunkiem, te odpowiadają aktywnym zaangażowaniem w badania nad programem i w jego tworzenie. Ten artykuł opisuje charakter i złożoność strategii rozwoju programów opierających się na współpracy (Fraenkel, 2006).

13.3.5 Strategie poradnictwa z w oparciu o technologie i media społecznościowe

Poradnictwo w oparciu o media społecznościowe to zupełnie nowa dziedzina rozwoju. Choć nie sposób określić na dzień dzisiejszy, jakie są najlepsze odtwarzalne praktyki, rekomendujemy szereg lektur, z których można czerpać inspirację: Ungar i in. (2013), Ruzek i in. (2016), i Ruzek i Yeager (2017).

13.3.6 Narzędzia samopomocy

Często w sytuacjach kryzysowych uzyskanie dostępu do najbardziej wrażliwych grup w populacji staje się niemożliwe. Ten brak dostępu może uniemożliwić bezpośrednie świadczenie usług poradnictwa oraz prezentowanie i promowanie mechanizmów poradnictwa zdalnego. W takich sytuacjach IOM wykorzystuje narzędzia z zakresu samopomocy, drukowane oraz udostępniane w sieci, które dołącza się do pakietów przeznaczonych do rozdania lub innych dóbr pierwszej potrzeby. Proces tworzenia tych narzędzi może przebiegać na cztery sposoby/ składać się z czterech kroków:

- Przeprowadzane są grupy fokusowe z odpowiednimi, dostępnymi grupami, które określają główne przyczyny stresu, niepokoju oraz rozwiązania możliwe do realizacji.
- Grupa złożona z psychologów/ psycholożek, antropologów/ antropolożek, artystów i artystek wizualnych tworzy narzędzia samopomocy dotyczące wymienionych przez grupę problemów, wykorzystując zidentyfikowane czynniki odporności, które mają formę zbliżoną do rozmowy i zawierają pomoce wizualne.
- Powstałe w ten sposób komunikaty i obrazki podlegają walidacji przez kolejną grupę fokusową.

- Opracowane broszury są drukowane i dołączane do paczek pomocowych, rozprowadzane w ośrodkach opieki zdrowotnej, dołączane do wyprawek szkolnych i udostępniane online.



Tutaj znajdziesz wersję angielską broszury *Samopomoc dla mężczyzn w sytuacjach kryzysu i przesiedlenia* opracowanej w 2015 roku specjalnie dla mężczyzn z Syrii zamieszkujących trudno dostępne tereny w Syryjskiej Republice Arabskiej. Od tego czasu broszura została rozpowszechniona, przetłumaczona, odpowiednio dostosowana i wykorzystana jako materiał pomocniczy w sesjach grupowych i indywidualnych dla mężczyzn w kilku krajach.

13.3.7 Inne formy ukierunkowanego wsparcia psychospołecznego

Inne formy ukierunkowanego wsparcia psychospołecznego zostały zaprezentowane w niniejszym podręczniku w następujący sposób:

- Zorientowane na problemy, utworzone w ramach programu grupy wsparcia i grupy wsparcia **koleżeńskiego**;
- Zorientowane na problemy, utworzone w ramach programu interwencji artystyczne (dramaterapia, teatr społeczny, terapia sztuką i **inne**).



Co więcej, *Wytyczne Stałego Komitetu Międzyagencyjnego (IASC) w obszarze MHPSS w sytuacjach kryzysowych (IASC, 2007)* uwzględniają PFA jako trzeci poziom interwencji. Patrz ramka 59, w której przedstawiono i omówiono PFA.



13.4. ADAPTACJA, TŁUMACZENIE, SZKOLENIE I ZŁOŻONOŚĆ KULTUROWA W KONTEKŚCIE PRACY Z MIGRANTAMI I MIGRANTKAMI

Wymienione interwencje w zakresie poradnictwa mogą być wykorzystywane w programie CB MHPSS. Jednak dostosowanie i skalowanie tych interwencji będzie wymagać:

- Właściwej selekcji najlepszego rodzaju interwencji w danym kontekście,
- Adaptacji wybranych narzędzi i przetłumaczenia ich na nowy język, w stosownych przypadkach;
- Przeszkolenia terapeutów i terapeutek w zakresie metod i protokołów.

Aby dowiedzieć się, w jaki sposób dobrać interwencję do określonych okoliczności oraz przeprowadzić stosowną adaptację i tłumaczenie modelu, patrz następujące rozdziały mającego się wkrótce ukazać opracowania WHO *Podręcznik operacyjny interwencji psychologicznych: integracja interwencji psychologicznych z istniejącymi usługami*:

- Rozdział 2 – Wybór najlepszej interwencji dla danych okoliczności;
- Rozdział 3 – Tłumaczenie i adaptacja interwencji psychologicznych.

Podręcznik WHO zostanie dołączony do wersji online niniejszego podręcznika bezzwłocznie po jego opublikowaniu.

W pracy z migrantami, migrantkami i osobami przesiedlonymi oraz ich społecznościami przyjmującymi kwestie adaptacji i tłumaczenia stają się bardziej złożone i obejmują trzy poziomy.

Przetłumaczenie narzędzia na język dominujący, na co słusznie wskazuje podręcznik WHO, może okazać się niewystarczające, ponieważ osoby migrujące i przesiedlone pochodzą z innych kultur i mogą posługiwać się jednym lub wieloma odmiennymi językami. Jednym z możliwych rozwiązań jest adaptacja i przetłumaczenie protokołów, narzędzi, modułów szkoleniowych i materiałów pomocniczych na więcej języków. Nie zawsze jest to jednak wykonalne, ponieważ w grę wchodzi szereg języków, a cały proces może okazać się kosztowny i długotrwały.

Coraz częściej, szczególnie w sytuacjach nagłego kryzysu, ale także przedłużonego kryzysu, jak na przykład w obozach uchodźczych w Grecji czy w Kenii, niezbędne okazuje się opracowanie sposobów umożliwienia pracy terapeutycznej – przy pomocy tłumaczeń – z osobami, które nie mówią w tym samym języku i wywodzą się z innej kultury. Proces ten nigdy nie jest neutralny, ponieważ wszystkie modele poradnictwa i interwencji psychologicznej bazują na indywidualnych relacjach lub na relacji jednostki z grupą, a obecność osoby trzeciej w tym równaniu wymaga starannego planowania i zastosowania szczególnych środków ostrożności, w tym:

- Szkolenia terapeutów i terapeutek w zakresie udzielania konsultacji za pośrednictwem tłumacza bądź tłumaczki;
- Szkolenia wybranych tłumaczy i tłumaczek, niebędących często profesjonalistami czy profesjonalistkami, w zakresie tłumaczenia konsultacji oraz podstawowych umiejętności w zakresie zachowania poufności i aktywnego słuchania;
- Wygospodarowanie wynagrodzenia lub wsparcia rzeczowego dla tłumacza bądź tłumaczki;
- Edukacji terapeutów i terapeutek w zakresie różnorodności kulturowej. W grę wchodzi tutaj dwa rodzaje szkoleń: jedno związane bardziej z nakazami i zakazami kultury pacjenta czy pacjentki, a drugie – na temat postępowania w związku z kluczowymi zagadnieniami różnorodności kulturowej w trakcie sesji konsultacyjnej.

→ 13.5. WYZWANIA I WZGLĘDY SZCZEGÓLNE

Do najczęściej spotykanych problemów, przed jakimi stają osoby niebędące specjalistami/specjalistkami wykonujące pracę w takich sytuacjach, jest fakt, że jako członkowie i członkinie społeczności często borykają się one z tymi samymi problemami, które mają być przedmiotem prowadzonych przez nich konsultacji.

Osobiste reakcje mogą utrudnić im świadczenie skutecznego poradnictwa, przez co niezbędne może stać się wprowadzenie struktury szkolenia wstępnego i ciągłego, a także stałego monitorowania i **nadzoru**.

Istotne jest opracowanie kodeksu postępowania obejmującego wytyczne w zakresie utrzymywania relacji zawodowych. **Wessells (2009)** podaje następujące zasady stosowania podejścia "nie szkodzić":

- Wygospodaruj czas na krytyczną refleksję przed interwencją, w jej trakcie i po każdej interwencji kryzysowej, aby zniwelować lub zminimalizować szkody.
- Opracuj i wdrażaj konkretne wytyczne w zakresie etyki dotyczące prawidłowych zachowań w sytuacji kryzysu międzynarodowego.
- Dokumentuj i ulepszaj skuteczność interwencji MHPSS w kontekście kryzysu.
- Zadbaj o to, aby pracownicy i pracowniczki MHPSS byli przygotowani na kryzysy międzynarodowe.

Ograniczone **zasoby, dostęp** i potencjał będą warunkować rodzaj wdrażanych programów w zakresie poradnictwa, jednak takie sytuacje wymagają na ogół dużej kreatywności i niekiedy pozwalają wydobyć najbardziej użyteczne zasoby i ukryty potencjał.

Niniejszy rozdział przedstawia model poradnictwa indywidualnego w szerszej perspektywie od zwykle prezentowanych, skupiając się na czynnikach sytuacyjnych i kontekstowych, które należy wziąć pod uwagę w związku z konsultacją, uwzględniając niezliczoną liczbę miejsc i interakcji, w których może odbywać się sesja, a także fakt, że bardziej nieformalne rodzaje konsultacji mają często miejsce spontanicznie i regularnie. W społecznościach nie należy zakłócać tych naturalnych procesów, a program powinien nawet rozszerzać możliwości w zakresie tych interakcji, aby miały one miejsce, gdy tylko jest to możliwe.

Zapewnienie wsparcia (dla dobra personelu) i nadzoru technicznego terapeutów to istotne wyzwanie. Zostało ono omówione w **rozdziale Nadzór merytoryczny**.



Ramka 59
Pierwsza pomoc psychologiczna

Pierwsza pomoc psychologiczna (PFA – Psychological First Aid) to oparta na badaniach strategia, która polega na niesieniu humanitarnej, wspierającej i praktycznej pomocy osobom, które doświadczyły poważnego kryzysu, przez osoby, które są w stanie pomagać ofiarom nieszczęścia. PFA opracowano jako alternatywę dla debriefingu psychologicznego i innych form jednorazowych interwencji psychologicznych po zdarzeniu zakłócającym, które koncentrowały się na paradygmatach traumy i ponownym opowiadaniu o niej. Interwencje te okazały się szkodliwe i szereg agencji, w tym IOM, odradza ich stosowanie. PFA pozwala zapewnić komfort emocjonalny i praktyczne wsparcie, nie nakładając przy tym uczestników ani uczestniczek do opowiadania o swoich przeżyciach.

PFA wyznacza ramy natychmiastowego wsparcia jednostek z poszanowaniem ich godności, kultury i możliwości. To krótka, jednorazowa interwencja, której nie można uznać za metodę poradnictwa ani usługę oferowaną kilkakrotnie tej samej osobie. Jeżeli zachodzi potrzeba rozszerzenia PFA, należy skorzystać z procedury **przekierowania**.

PFA obejmuje szereg elementów, w tym pierwszy kontakt z osobą dotkniętą kryzysem, zapewnienie jej bezpieczeństwa i komfortu, stabilizacji emocjonalnej, dostarczenie informacji i wsparcia praktycznego, nawiązanie łączności z jej siecią społeczną, dostępnymi usługami itd. Osoby udzielające PFA muszą zawsze zabezpieczyć siebie i osoby wspierane przed dalszą traumą oraz przygotować się do interwencji poprzez analizę sytuacji i zgromadzenie niezbędnych danych przed jej przeprowadzeniem.

Mimo że *Wytyczne Stałego Komitetu Międzyagencyjnego (IASC) w obszarze MHPSS w sytuacjach kryzysowych* (IASC, 2007) plasują tę interwencję na trzecim poziomie piramidy interwencji (wsparcie ukierunkowane), według IOM PFA należy wdrażać na wszystkich poziomach:

- Pierwszy poziom interwencji – podstawowe usługi i bezpieczeństwo: osoby odpowiedzialne za koordynację i zarządzanie obozem (CCCM), personel opieki zdrowotnej i reagowania kryzysowego i inni pracownicy i pracowniczki powinni przejść szkolenie w zakresie PFA, ponieważ są zwykle pierwszymi osobami reagującymi w sytuacji kryzysowej. PFA umożliwi im przekazanie informacji i okazanie wsparcia grupie dotkniętej kryzysem w sposób efektywny, chroniąc ofiary przed stresem wywołanym interwencją humanitarną.
- Drugi poziom interwencji – wsparcie społeczności i rodziny: PFA można wdrażać na poziomie społeczności. Grupy wolontariuszy i wolontariuszek należących do lokalnej społeczności chcących pomagać innym można przeszkolić w zakresie PFA, aby mogli wspierać pozostałych w trakcie najbardziej stresujących zdarzeń.
- Trzeci poziom interwencji – wsparcie ukierunkowane: PFA to zwykle pierwsza forma interwencji na rzecz potrzebujących po wystąpieniu kryzysu. Pracownicy i pracowniczki MHPSS muszą być przeszkoleni w zakresie PFA, aby móc ustabilizować stan osób dotkniętych kryzysem, zanim będzie możliwe stwierdzenie, czy konieczne jest skierowanie ich do dalszych instytucji udzielających konsultacji lub wsparcia społecznego.
- Czwarty poziom interwencji – usługi wyspecjalizowane: w niektórych przypadkach PFA może okazać się przydatna jako forma wstępnego wsparcia dla osób z istniejącymi lub rozwijającymi się zaburzeniami zdrowia psychicznego, ich rodzin i osób, które się nimi nie opiekują.

Wszyscy pracownicy i pracowniczki MHPSS muszą być przeszkoleni w zakresie PFA. Najczęściej używane narzędzia szkoleniowe to materiał WHO *Pierwsza pomoc psychologiczna: wytyczne dla pracowników terenowych* (WHO, 2011) i *Pierwsza pomoc psychologiczna: podręcznik facylitatora zajmującego się szkoleniem wstępnym pracowników terenowych* (WHO, 2013). W zależności od kontekstu można także wdrożyć inne narzędzia (opisane [tutaj](#), [tutaj](#) i [tutaj](#)).

Choć szkolenie PFA nie wymaga przygotowania w zakresie MHPSS, konieczne są pewne podstawowe umiejętności, np. aktywne słuchanie, empatia, elastyczność. Narzędzia PFA dostosowane do kontekstu pandemii COVID-19 można znaleźć [tutaj](#).



➔ MATERIAŁY DODATKOWE

Betancourt, T. S., S.E. Meyers-Ohki, A.P. Charrow and W.A. Tol

2013 Interventions for Children Affected by War: An Ecological Perspective on Psychosocial Support and Mental Health Care. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(2):70–91.



Bragin, M.

2014 Clinical social work with survivors of disaster and terrorism: A social ecological approach. In: *Essentials of Clinical Social Work* (2nd ed.) (J. Brandell, ed.). Sage, Thousand Oaks, CA, str. 366–401.



Międzynarodowa Organizacja ds. Migracji (IOM)

2020 Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) in the COVID-19 Response: Guidance and Toolkit for the use of IOM MHPSS Teams: Version III-Final. IOM, Genewa.



Nicolas, G., B. Schwartz i E. Pierre

2009 Weathering the Storms Like Bamboo: The Strengths of Haitians in Coping with Natural Disasters. In: *International Handbook of Emotional Healing: Rituals and Practices for Resilience after Mass Trauma* (A. Kalayjian, D. Eugene and G. Reyes, eds.). Greenwood Publishing Group, Inc., Westport, CT, str. 96–106.



Nordbrandt, M.S., J. Carlsson, L.G. Lindberg, H. Sandahl i E.L. Mortensen

2015 Treatment of Traumatised Refugees with Basic Body Awareness Therapy Versus Mixed Physical Activity as Add-On Treatment: Study Protocol of a Randomised Controlled Trial. *Trials*, 16(1).



Patel V. i in.

2018 *Where There is no Psychiatrist*. Royal College of Psychiatrists. Scholte, W. F. i A.K. Ager



2014 Social Capital and Mental Health. *Intervention*, 12(2):210–218.



Pełna bibliografia zawierająca materiały dodatkowe jest dostępna [tutaj](#).



14.
WSPARCIE W RAMACH
SPOŁECZNOŚCI DLA OSÓB Z
CIĘŻKIMI ZABURZENIAMI ZDROWIA
PSYCHICZNEGO



→ 14.1. CO POWINNA WIEDZIEĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

Zaburzenia zdrowia psychicznego przejawiają się na wiele sposobów, na ogół jednak charakteryzują się połączeniem zniekształconych myśli, percepcji, przekonań, emocji, zachowań i relacji z innymi (**WHO, 2018b**). Gdy problemy te są długotrwałe i/lub znacząco nasilone, w bardzo dużym stopniu wpływają one na życie dotkniętych nimi osób, stopniowo ograniczając ich zdolność do funkcjonowania. Tego rodzaju zaburzenia nazywa się „ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego” i wymagają one szeroko zakrojonej opieki.

Typowe ciężkie zaburzenia zdrowia psychicznego to:

- Wszelkiego rodzaju zaburzenia psychotyczne (włącznie ze schizofrenią);
- Ciężko upośledzające funkcjonowanie zaburzenia nastroju i zaburzenia lękowe (w tym przejawy depresji, choroby afektywnej dwubiegunowej i PTSD);
- Ciężkie schorzenia kliniczne w związku z nadużywaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych;
- Patrz **tutaj** aby uzyskać więcej informacji.



Wytyczne Stałego Komitetu Międzyagencyjnego (IASC) w obszarze MHPSS w sytuacjach kryzysowych (**IASC, 2007**) zawierają także spostrzeżenie, że wiele działań podejmowanych w celu ochrony i wsparcia osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego dotyczy osób z innymi ciężkimi schorzeniami, w tym:

- Wadami rozwojowymi wymagającymi szerokiego wsparcia;
- Schorzeniami neurologicznymi i neuropsychiatrycznymi, takimi jak epilepsja, delirium i demencja;
- Ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego definiowanymi według pojęć lokalnych;
- Zachowaniami ryzykownymi, kojarzonymi na ogół z zaburzeniem zdrowia psychicznego (myśli samobójcze, samookaleczanie).

Według WHO (2018b) determinanty zdrowia psychicznego i zaburzeń obejmują „nie tylko indywidualne cechy takie jak zdolność do panowania nad własnymi myślami, emocjami, zachowaniami i interakcjami z innymi, ale także czynniki społeczne, kulturowe, ekonomiczne, polityczne i środowiskowe, włącznie z polityką krajową, ochroną socjalną, standardem życia, warunkami pracy i wsparciem ze strony społeczności”.

W trakcie sytuacji kryzysowych odsetek osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego może wzrosnąć od wyjściowej wartości 2-3 procent do 3-4 procent (WHO i UNHCR, 2012). Sytuacje kryzysowe nie tylko prowadzą do wzrostu liczby osób dotkniętych ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego, ale też często do pogorszenia stanu tych, którzy już wcześniej cierpieli na schorzenia tego rodzaju (patrz Weissbecker i in., 2019). Oprócz tego, że sytuacje kryzysowe prowadzą do destabilizacji istniejących usług opieki zdrowotnej i psychiatrycznej, mogą one pozbawić ludzi wsparcia społecznego i innych sposobów radzenia sobie z chorobą, które były dotąd dostępne. Rodziny mogą być obciążone dodatkowym stresem z powodu ciężaru opieki nad chorymi oraz są narażone na stygmatyzację lub alienację w społeczności w stopniu większym niż przed kryzysem. Z tego powodu osoby z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego znajdują się w sytuacji podwyższonego ryzyka porzucenia lub zaniedbania w sytuacji kryzysowej (Jones i in., 2009).

Osoby przesiedlane doświadczają szeregu czynników stresujących, które powodują u nich nasilenie stresu i pogorszenie stanu psychicznego. Niektóre raporty i badania sugerują bardzo wysoką częstość występowania zaburzeń zdrowia psychicznego u osób z doświadczeniem migracji oraz uchodźstwa, a nawet zakładają, że większość osób z tych grup cierpi na takie zaburzenia. Dane te są jednak podważane ze względu na ograniczenia metodologiczne, jak i tendencję do łączenia stresu emocjonalnego z zaburzeniami zdrowia psychicznego (Rodin i Van Ommeren, 2009; **Schininà and Zanghellini, 2018**).



W istocie krytyczne i systematyczne badania w zakresie częstości występowania i zapadalności na zaburzenia zdrowia psychicznego populacji migranckich i niemigranckich w Europie nie dowiodły występowania istotnych różnic pomiędzy tymi populacjami, w tym uchodźców i uchodźczyń (Pribe i in., 2016). Badania prowadzone na całym świecie sugerują wyższy wskaźnik zaburzeń psychotycznych u migrantów/ migrantek, jednak różnice są na ogół marginalne (Hollander i in., 2016). Narracja publiczna na temat migracji jest z pewnością zdominowana przez dyskurs dotyczący bezradności osób w sytuacji migracji – tego, jak bezradni są sami migranci i migrantki, i jak bezradnymi czynią społeczeństwa – a dyskurs ten może również przyczyniać się do nasilenia problemów psychologicznych wśród osób z takim doświadczeniem (Schininà i Zanghellini, 2018).



Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. powszechnego prawa do korzystania z najwyższych dostępnych standardów zdrowia fizycznego i psychicznego (2018) przestrzega przed używaniem „alarmujących statystyk dotyczących skali zaburzeń zdrowia psychicznego u migrantek/ migrantów, ponieważ może to skutkować zakorzenieniem określonych problemów w modelu biomedycznym, co sprawi, że punkt ciężkości przesunie się z polityki, wzmacniania pozycji i inwestowania w warunki wyzwalające potencjał na kwestie leczenia poszczególnych schorzeń, prowadząc do nieefektywnych, potencjalnie szkodliwych skutków”.

Programy IOM w zakresie MHPSS nie powinny utrzymywać niepotrzebnych i nieprawidłowych twierdzeń, jakoby większość migrantów i osób przesiedlonych cierpiała na ciężkie zaburzenia zdrowia psychicznego czy problemy psychologiczne. Słowa mają znaczenie, a z punktu widzenia koordynacji i zespołów programów MHPSS istotne jest powstrzymanie się od używania języka, który patologizuje trudności psychospołeczne migrantów i migrantek, i społeczności dotkniętych kryzysem i błędnie przypisuje całej grupie choroby psychiczne. Niemniej w sytuacjach konfliktu zbrojnego, klęsk żywiołowych, masowych przesiedleń i kryzysów migracyjnych stosunkowo niewielka liczba osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego plasuje się wśród grup najbardziej wrażliwych.

Dlatego też koordynatorzy i koordynatorki MHPSS IOM powinni traktować wspieranie tej grupy jako priorytet, zarówno w kontekście dostępu do leczenia klinicznego, jak i innych zabezpieczeń, np. wzmacniania środków ochrony. Przyczyny najcięższych zaburzeń zdrowia psychicznego nie są znane. Informacje na temat złożonych zależności pomiędzy czynnikami biologicznymi i czynnikami dotyczącymi środowiska społecznego w kontekście diagnozowania ciężkich schorzeń psychicznych można znaleźć m.in. w opracowaniu WHO (2014) i Patel et al. (2018). W rezultacie leczenie i wspieranie osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego na ogół obejmuje połączenie interwencji biologicznych, społecznych i psychologicznych. Nawet w sytuacji, gdy przepisane są leki, ich stosowanie nie powinno mieć miejsca w oderwaniu od innych form wsparcia indywidualnego i społecznego. Wielu osobom z zaburzeniami zdrowia psychicznego (depresja, stany lękowe, PTSD) można pomóc dzięki interwencji psychologicznej i społecznej bez stosowania leków. W sytuacjach kryzysu istnieje dobrze udokumentowane ryzyko zarówno niedostatecznego, jak i nadmiernego spożywania leków w związku z szeregiem zaburzeń zdrowia psychicznego. Osoby cierpiące na ciężkie zaburzenia zdrowia psychicznego muszą otrzymywać odpowiednią opiekę, a najlepiej może być ona świadczona w oparciu o społeczność, co obejmuje:

- Unikanie hospitalizacji w dedykowanych instytucjach;
- Zapewnienie opieki psychiatrycznej zintegrowanej z podstawową i ogólną opieką zdrowotną;
- Zaangażowanie w leczenie rodziny i innych osób opiekujących się daną osobą;
- Skupienie się na poprawie funkcjonowania społecznego i zawodowego danej osoby, jeśli jest to możliwe.

14.1.1 Zmiany globalne i dobre praktyki

Szereg wytycznych globalnych mówi o konieczności poprawy jakości opieki nad osobami z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego w sytuacjach kryzysowych. Badania te znalazły się w centrum uwagi w kontekście opieki zdrowotnej świadczonej w specjalistycznych placówkach.



Arkusze działań 6.2 Wytycznych Stałego Komitetu Międzyagencyjnego (IASC) – w obszarze MHPSS w sytuacjach kryzysowych (IASC 2007) wymienia następujące punkty:

- Uwzględnienie podstawowych leków psychotropowych w zestawach ratunkowych;
- Zadbanie o to, aby przynajmniej jeden członek lub członkini zespołu podstawowej opieki zdrowotnej w sytuacji kryzysowej był w stanie zapewnić opiekę w zakresie zdrowia psychicznego;
- Przeszkolenie i nadzorowanie personelu podstawowej opieki zdrowotnej, nie powodując jego przeciążenia;
- Zapewnienie opieki w zakresie zdrowia psychicznego w logicznych punktach dostępu (w placówkach opieki zdrowotnej, a ewentualnie także w postaci wizyt domowych, w szkołach i w przestrzeniach przyjaznych dzieciom);
- Unikanie tworzenia struktur równoległych;
- Informowanie społeczności o dostępności usług w zakresie zdrowia psychicznego;
- Współpraca ze strukturami społeczności lokalnych w celu rozpoznawania i odwiedzania osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego oraz pomagania im.



Arkusze działań 6.2 przekonuje o konieczności integracji w ramach istniejących struktur opieki zdrowotnej i wdrożenia w tym celu strategii opartych na społeczności (zostały one wyszczególnione na powyższej liście).

Program Działania na rzecz Eliminacji Luk w Obszarze Zdrowia Psychicznego WHO (mhGAP) ma na celu zwiększenie skali usług dotyczących zaburzeń zdrowia psychicznego, neurologicznych oraz spowodowanych przez uzależnienia (MSN), w szczególności w krajach o średnich i niskich dochodach. **Wytyczne w zakresie interwencji humanitarnych mhGAP (mhGAP-HIG)** zawierają zalecenia pierwszego rzutu w zakresie warunków MNS do zastosowania w sytuacji kryzysu humanitarnego (WOH i UNHCR, 2015). Zaleca się, aby niespecjaliści świadczeniodawcy opieki zdrowotnej w placówkach podstawowej opieki zostali przeszkoleni w dziedzinie diagnozowania powszechnie występujących zaburzeń zdrowia psychicznego i zarządzania nimi.

Pakiet skupia się na leczeniu farmakologicznym określonych zaburzeń, zawiera jednak również elementy inne niż farmakologia, w tym krótkoterminowe psychoterapie i wzmocnienie wsparcia społecznego. Nacisk kładzie się na dostarczanie zarówno wsparcia farmakologicznego, jak i nefarmakologicznego. Jednym z zagrożeń związanych z wdrażaniem mhGAP jest fakt, że łatwo jest zignorować elementy psychospołeczne – ponieważ personel dysponuje ograniczonym czasem lub przeszkoleniem w zakresie takich interwencji, co skutkuje położeniem nadmiernego nacisku na leczenie farmakologiczne (Ventevogel, 2014). Pakiet mhGAP bazuje na ośrodkach opieki zdrowotnej, jednak pochodzący z samej społeczności wyszkoleni pracownicy i pracowniczki opieki zdrowotnej oraz wolontariusze i wolontariuszki także mogą odegrać w nim znaczącą rolę, m.in. w następującym zakresie:

- Działania na poziomie społeczności, w tym popularyzacja wiedzy o zdrowiu psychicznym;
- Identyfikowanie i kierowanie osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego do odpowiednich usług;
- Obserwacja osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego w trakcie wizyt domowych, wsparcie praktyczne i emocjonalne;
- Organizowanie grup wsparcia, np. dla osób z epilepsją, rodziców dzieci z niepełnosprawnościami umysłowymi, osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego;
- Przy odpowiednim wyszkoleniu i nadzorze: zapewnienie skalowalnych interwencji psychologicznych, takich, jak:
 - **Zarządzanie problemami Plus (PM+);**
 - **Zdrowe Myślenie;**
 - **Grupowa terapia interpersonalna.**

Te skalowalne interwencje psychologiczne zostały omówione w rozdziale **Poradnictwo**.



Ramka 60

Kontakt z zespołami kryzysowymi opieki zdrowotnej IOM

Koordinatory i koordynatorki programów MHPSS IOM w terenie powinni pozostawać w kontakcie z zespołami kryzysowymi opieki zdrowotnej IOM, aby zapewnić:

- Udział w zespołach kryzysowych opieki zdrowotnej IOM lub jej partnerów osób posiadających kwalifikacje w zakresie opieki psychologicznej;
- Przeszkolenie zespołów kryzysowych opieki zdrowotnej IOM lub jej partnerów w zakresie PFA oraz ich uczestnictwo w dostępnych szkoleniach mhGAP-HIG;
- Zapewnienie, aby apteki IOM lub inne apteki i placówki dysponowały niezbędnymi lekami na schorzenia MNS (patrz pełna lista **tutaj**), na podstawie istniejących krajowych mechanizmów humanitarnych.

strategiom społeczności. Jednak to społeczności odgrywają kluczową rolę we wspieraniu osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego i osób, które się nimi opiekują. Istotne są tu dwie podstawowe zasady:

- Zorientowanie na osobę: jednostka jest czymś więcej niż jej stan psychiczny lub diagnoza, a jej indywidualne potrzeby i mocne strony pozostają w centrum uwagi. Przy wdrażaniu strategii opartej na społeczności informacje od rodzin i szerszej społeczności służą efektywnemu inicjowaniu zmian w jednostkach.
- Zorientowanie na społeczność: konieczne jest również bezpośrednie uwzględnienie szerszego systemu społeczności w celu ochrony i promowania dobrostanu oraz niwelowania stygmatyzacji i pogłębiania się schorzeń psychicznych.

Te dwie koncepcje definiują oparte na społeczności strategie wspierania osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego, które obejmują elementy opisane poniżej.

➔ 14.2. CO POWINNA ROBIĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

Podejście oraz działania, jakie należy podjąć w ramach promocji opartych na społeczności form wsparcia osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego można podsumować w ośmiu punktach:

- (a) Wyjście naprzeciw przeżywanej rzeczywistości na poziomie społeczności poprzez oceny uczestniczące adekwatne kulturowo;
- (b) Mapowanie w oparciu o istniejącą wiedzę i zasoby społeczności;
- (c) Uwzględnianie osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego, ich rodzin i osób opiekujących się nimi w planowaniu i wdrażaniu programów MHPSS;



Poprawiony niedawno standard zdrowia psychicznego zawarty w **podręczniku Sphere** (Sphere Association, 2018) odnosi się do mhGAP-HIG i podkreśla konieczność szkolenia pracowników i pracowniczek opieki zdrowotnej, zapewnienia niezbędnych leków psychotropowych i monitorowania kwestii praw człowieka. Standardy zalecają także współpracę z członkami i członkiniami społeczności, w tym z osobami marginalizowanymi, w celu wzmocnienia systemów samopomocy na poziomie społeczności i wsparcia społecznego oraz stworzenia mechanizmu przekierowania pomiędzy świadczeniodawcami opieki zdrowotnej i wsparciem społeczności.

14.1.2 Dlaczego strategia w oparciu o społeczność

Globalne wytyczne w zakresie ciężkich zaburzeń zdrowia psychicznego skupiają się na opiece nad jednostkami w ośrodkach opieki zdrowotnej, poświęcając niewiele uwagi

14. WSPARCIE W RAMACH SPOŁECZNOŚCI DLA OSÓB Z CIĘŻKIMI ZABURZENIAMI ZDROWIA PSYCHICZNEGO

- (d) Utworzenie opartych na społeczności mechanizmów przekierowania i obserwacji (od społeczności do systemu opieki zdrowotnej i odwrotnie);
- (e) Informowanie całej społeczności o dostępności usług;
- (f) Zapewnienie pełnego spektrum potrzeb z zakresu MHPSS, w tym upewnienie się, że osoby z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego i ich opiekunowie mają dostęp do podstawowych usług i wsparcia społeczności;
- (g) Aktywne angażowanie członków i członkiń społeczności w interwencje kliniczne (w tym wzajemne wsparcie, interwencje osób świadczących opiekę i grup społeczeństwa obywatelskiego);
- (h) Promowanie powrotu do równowagi na poziomie społeczności.

Powyższe osiem elementów opisano w dalszej części rozdziału.

14.2.1 Wyjście naprzeciw przeżywanej rzeczywistości na poziomie społeczności poprzez adekwatne kulturowo oceny uczestniczące



Patrz rozdział **Współpraca ze społecznościami**.

14.2.2 Mapowanie w oparciu o istniejącą wiedzę i zasoby społeczności



Więcej informacji na ten temat zawiera dedykowana część rozdziału 2 **Współpraca ze społecznościami**, **tutaj**.



Co więcej, podczas mapowania należy z jednej strony przeanalizować systemy tradycyjne i religijne, a z drugiej – zadbać o to, aby towarzyszyła mu ocena w zakresie przestrzegania praw człowieka i jakości istniejących usług klinicznych. Punkt ten obejmie także współpracę z tradycyjnymi strukturami i strukturami dotyczącymi wiary. Aby uzyskać więcej informacji, kliknij **tutaj**.

4.2.2.1 Prawa człowieka i standardy jakości

Osoby z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego mogą być narażone na szczególnie wysokie ryzyko

pogwałcenia praw człowieka poprzez nadużycia i wykorzystywanie, szczególnie w sytuacjach kryzysowych. Obowiązkiem organizacji humanitarnych jest interwencja w tym zakresie. Przyjęcie podejścia opartego na społeczności może prowadzić do ujawnienia kolejnych naruszeń w instytucjach, placówkach lub w samej społeczności. Jednocześnie strategie oparte na społeczności mogą pomóc kluczowym osobom w lepszym zrozumieniu kwestii praw człowieka osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego i doprowadzić do ograniczenia przypadków pogwałcenia praw człowieka. Na poziomie społeczności można opracować strategie mające na celu wyeliminowanie dyskryminacji, złego traktowania lub przemocy, a zarazem promowanie prawa do zdrowia, edukacji i równego traktowania.

Ocena i mapowanie istniejących usług i zasobów musi obejmować perspektywę praw człowieka i musi być zgodna ze standardami jakości. Przed uruchomieniem systemu kierowania potrzebujących do danej instytucji lub usługi zdecydowanie zaleca się przeprowadzenie oceny **QualityRights WHO (patrz zestaw oceny)**. IOM nie promuje ani nie ułatwia przekierowania do instytucji lub usług, które nie respektują podstawowych standardów w zakresie praw człowieka ani kryteriów jakości.

Co więcej, programy IOM MHPSS nie promują ani nie ułatwiają przekierowań do instytucji lub usług stosujących nieludzkie traktowanie i ograniczenia, np. zakuwanie pacjentów w łańcuchy. Terapia elektrowstrząsowa jest ostro krytykowana przez stowarzyszenia pacjentów i pacjentek oraz lekarzy i lekarki zajmujących się prawami człowieka od lat. W niektórych kontekstach klinicznych jest ona akceptowana pod warunkiem zastosowania pełnej narkozy i za świadomą zgodą pacjenta czy pacjentki. Jednak w wielu placówkach wymogi te nie są spełniane. Ponadto w typowym kontekście wysiedlenia i migracji uzyskanie pełnej zgody jest często dużym wyzwaniem z powodu problemów językowych, nieporozumień kulturowych, braku





Sesja grupy wsparcia z rodzinami osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego w ośrodku ochrony cywilów w Bentiu (Sudan Południowy). © IOM 2017

psychoedukacji, awaryjnego trybu, w jakim dochodzi do przekierowań, słabych mechanizmów kontroli, braku rodzin oraz nierówności władzy, często charakterystycznej dla opieki zdrowotnej świadczonej migrantom i migrantkom. W praktyce więc IOM unika kierowania osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego do placówek opieki zdrowotnej stosujących elektrowstrząsy. Wszystkie spośród wyżej wymienionych schorzeń wymagają potwierdzenia przed procedurą przekierowania pacjenta lub pacjentki do jakiegokolwiek placówki w fazie mapowania podczas oceny jakości i praw oraz ocen dodatkowych. Jeżeli dana usługa lub istniejący zasób nie spełnia wymagań, IOM może uruchomić szereg działań na rzecz budowania potencjału, aby doprowadzić placówkę do wskazanych standardów, nie może jednak w tym czasie korzystać z jej usług. Narzędzia 4 i 5 zawarte w dokumencie **Ocena zdrowia psychicznego oraz potrzeb i zasobów psychospołecznych: zestaw narzędzi do interwencji humanitarnych (WHO i UNHCR, 2012)** mogą posłużyć do wspierania procesów dostosowywania działań do zasad dotyczących praw człowieka.

14.2.3 Uwzględnianie osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego, ich rodzin i opiekunów w planowaniu i wdrażaniu programów MHPSS

Konieczne jest ciągłe angażowanie osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego oraz ich rodzin i osób świadczących opiekę w proces projektowania i modyfikowania interwencji i programów. Zaangażowanie to powinno być utrzymane przez cały cykl projektu i mieć charakter uczestniczący oraz obejmować mechanizmy ciągłego dialogu, które zostały wymienione w rozdziale **Współpraca ze społecznościami**, np. lokalne komitety programowe.

14.2.4 Utworzenie opartych na społeczności mechanizmów przekierowania i obserwacji

Wiele osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego nie ubiega się o leczenie lub przedwcześnie kończy leczenie z powodu izolacji, stygmatyzacji,

14. WSPARCIE W RAMACH SPOŁECZNOŚCI DLA OSÓB Z CIĘŻKIMI ZABURZENIAMI ZDROWIA PSYCHICZNEGO

lęku, zaniedbywania siebie, niepełnosprawności, słabego dostępu do usług lub braku społecznej lub kulturowej akceptacji dla korzystania z nich (IASC, 2007). Gdy istniejące postawy, źródła opieki i zasoby zostaną dobrze zrozumiane, osoby projektujące program mogą opracować i uzgodnić skuteczne mechanizmy wspierania osób w dostępie do opieki.

Trwałe mechanizmy przekierowania i obserwacji mogą zostać utworzone przy udziale zidentyfikowanego w społeczności personelu, włącznie z osobami posiadającymi zasoby, tradycyjnymi/hybrydowymi i religijnymi uzdrowicielami bądź uzdrowicielkami, i innymi ważnymi dla społeczności osobami. Podmioty odpowiedzialne za interwencję mogą zdecydować o utworzeniu bardziej „formalnych” mechanizmów kierowania i obserwacji w ramach społeczności, które będą stanowić przedłużenie interwencji placówek. Przykładowo, pracownicy i pracowniczki opieki zdrowotnej i przeszkoleni pracownicy i pracowniczki oraz wolontariuszki i wolontariusze ze społeczności mogą odbywać wizyty domowe i/lub wspierać opiekę domową.

Dwukierunkowe mechanizmy kierowania (np. społeczność-placówka i placówka-społeczność) mogą także zostać uzgodnione z zasobami społeczności oraz tradycyjnymi i religijnymi systemami uzdrawiania. Mechanizmy kierowania placówka-społeczność są niezbędnym elementem mhGAP-HIG. Równoległe do stosowania się do wytycznych dotyczących leczenia istnieje także konieczność kierowania do społecznościowych usług socjalnych i ochronnych, zapewnianie schronienia; żywności i innych towarów, ośrodków społecznościowych; grup samopomocy i wsparcia, działań zarobkowych i innej działalności zawodowej, formalnej/niefORMALNEJ edukacji i stref przyjaznych dzieciom oraz innych działań ustrukturalizowanych (WHO i UNHCR, 2015).

Rodziny, grupa rówieśnicza i szersza społeczność odgrywają również kluczową rolę w mechanizmie kierowania i są niezbędni dla efektywnej obserwacji osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego.

O ile pozwalają na to dostępne zasoby, **model PMT** IOM powinien obejmować oddzielne, dedykowane Zespoły Kierujące. Zespoły Kierujące składają się zwykle z pielęgniarki lub pielęgniarki psychiatrycznej, pracownika lub pracowniczki socjalnej i kierowcy lub podobnych osób, odpowiednio przeszkolonych i nadzorowanych. Członkowie i członkinie zespołu pochodzą zwykle ze społeczności dotkniętych kryzysem, a więc mogą pełnić rolę katalizatorów skierowań. **Zespoły te** mogą obejmować także tłumaczy/ tłumaczki lub mediatorki/ mediatorów kulturalnych w czasie kryzysów migracyjnych. Ich zadania to:

- (a) Identyfikowanie osób z poważnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego;
- (b) Odbieranie skierowań dotyczących osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego od PMT, rodzin i/lub innych partnerów;
- (c) Działania na rzecz objęcia osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego opieką najbliższej placówki, unikanie umieszczania w instytucjach, na ile jest to możliwe, wybieranie w pierwszej kolejności opieki ambulatoryjnej i ograniczanie hospitalizacji do minimum, jeśli stan pacjenta/ pacjentki lub warunki logistyczne nie umożliwiają opieki ambulatoryjnej;
- (d) Obserwacja pacjenta/ pacjentki w ramach społeczności, w szczególności:
 - (i) Sprawdzanie, czy przestrzegane są protokoły przyjmowania leków;
 - (ii) Wspieranie potrzeb socjalnych poprzez skierowania;
 - (iii) Wspieranie osób świadczących opiekę poprzez psychoedukację i poradnictwo;
 - (iv) Zapewnienie ciągłości opieki, powiązanie pacjenta/ pacjentki i osób świadczących opiekę z określonymi działaniami oferowanymi przez PMT w zakresie socjalizacji, rekreacji, działań artystycznych i poradnictwa;
 - (v) Organizacja wsparcia koleżeńskie dla osób świadczących opiekę (punkty (iii), (iv) i (v)) zostały omówione poniżej).



Ramka 61

Osoby przebywające w instytucjach w sytuacjach kryzysowych

Sytuacja kryzysowa może wpłynąć na integralność istniejących instytucji. Jak podkreślono w treści Wytycznych MHPSS IASC: „Niektóre osoby z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego, przebywające na stałe w instytucjach, są (zbyt) uzależnione od opieki instytucjonalnej, aby móc się przenieść w sytuacji kryzysowej”. W sytuacji kryzysu osoby przebywające w instytucjach mogą ponownie znaleźć się w społeczności. Kluczowe zalecenia z **Arkusza działań 6.3** to:

- Upewnij się, że jedna z agencji przyjmuje odpowiedzialność, najlepiej w ramach wsparcia działań rządowych, za wspieranie osób przebywających na stałe w instytucjach.
- Jeżeli instytucje pozostają otwarte, chroń godność i prawa przebywających w nich osób (patrz punkt 14.4.2.2) i zweryfikuj ciągłą dostępność usług podstawowej opieki zdrowotnej i opieki psychiatrycznej.
- W przypadku tymczasowego zamknięcia instytucji (np. w wyniku trzęsienia ziemi) lub opuszczenia ich przez pracowników i pracowniczki opieki zdrowotnej, należy zmobilizować zasoby społeczności, omawiając w tym celu z liderami i liderkami społeczności kwestię odpowiedzialności społeczności za utrzymywanie sieci wsparcia i ochrony, która może obejmować pracowników i pracowniczki opieki zdrowotnej, lokalnych pracowników i pracowniczki opieki zdrowotnej, nieformalnych uzdrowicieli i uzdrowicielki, pracowników i pracowniczki socjalne, grupy wspólnotowe oraz rodziny.
- Należy zapewnić tym sieciom społeczności podstawowe przeszkolenie oraz objąć je stałym nadzorem, np. w zakresie zarządzania w sytuacji kryzysowej i etycznego wykorzystywania ograniczeń.

W niektórych sytuacjach instytucje psychiatryczne mogą pozostać otwarte, nawet jeśli doszło w nich do uszkodzeń, a osoby z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego, wykluczone dodatkowo przez długi pobyt w tych placówkach, często mających charakter mieszkalny, mogą pozostać w zniszczonych budynkach. W takiej sytuacji konieczne jest zapewnienie im schronienia, wody, żywności, odpowiednich warunków sanitarnych, odzieży oraz niezbędnej opieki medycznej i psychiatrycznej.

Na Haiti, po trzęsieniu ziemi w 2010 roku placówki psychiatryczne uległy zniszczeniu, zaś spora część osób w nich mieszkających pozostała w budynkach. Większość personelu nimi nie była w stanie dotrzeć do placówek przez wiele dni. W takich sytuacjach IOM traktuje placówkę psychiatryczną jak obóz, obejmując jej mieszkańców i mieszkanki zakresem wszystkich usług świadczonych w obozach w ramach Systemu Koordynacji i Zarządzania Obozami (Camp Coordination and Camp Management) do chwili znalezienia lepszego rozwiązania.

14.2.5 Informowanie całej populacji o dostępności usług

W związku ze skierowaniami, całą społeczność należy poinformować o charakterze i dostępności usług.

Zasoby społeczności mogą zostać wykorzystane w celu rozpowszechniania tej informacji, jako że informacje pochodzące z zaufanych źródeł są traktowane jako bardziej wiarygodne. W IOM, dedykowane Zespoły Skierowań mogą organizować warsztaty uwrażliwiające i informacyjne, PMT dostarczają informacje w trakcie warsztatów i wydarzeń, a jednoznaczne informacje na temat dostępnych usług opieki zdrowotnej dla osób z poważnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego muszą być zawsze umieszczone w widocznym miejscu w centrach integracji MHPSS. Więcej informacji na temat zwiększania świadomości i propagowania informacji można znaleźć w **Podręczniku operacyjnym WHO mhGAP** (WHO, 2018e).

Ramka 62

Dostępność usług

Uwrażliwienie na dostępność usług powinno odbywać się z uwzględnieniem równowagi pomiędzy „popytem” i „podażą”, aby uniknąć frustracji, a co ważniejsze – nierównego dostępu do opieki. W takim przypadku strategię działania opierające się na społeczności i instytucjach uzupełniają się nawzajem.

14.2.6 Zapewnienie pełnego spektrum potrzeb z zakresu MHPSS

W sytuacji kryzysu humanitarnego świadczenie podstawowych usług, struktury społeczne, życie rodzinne i bezpieczeństwo często ulegają zakłóceniu. Osoby z poważnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego stają często przed dodatkowymi wyzwaniami dotyczącymi życia codziennego i dbania o siebie w podstawowym zakresie. Potrzeby fizyczne osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego mogą być często ignorowane, mimo danych wskazujących, że żyją na ogół o 10-20 lat krócej niż pozostała część populacji (WHO, 2018a). Dlatego należy brać pod uwagę wszystkie poziomy piramidy według Wytycznych IASC MHPSS (IASC, 2007), ze szczególnym uwzględnieniem dolnych poziomów – dostępu do podstawowych usług i bezpieczeństwa oraz wzmacniania wsparcia rodzinnego/ społecznościowego (które w dużej mierze bazuje na strategii społecznościowej) – w celu adekwatnego zaspokojenia tych potrzeb.

W treści mhGAP-HIG podkreślono konieczność wspierania osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi w celu zapewnienia im bezpiecznego dostępu do usług umożliwiających przetrwanie i godne życie – takich jak woda, odpowiednie warunki sanitarne, żywność, schronienie, utrzymanie – poprzez następujące działania:

- Informowanie o dostępności i lokalizacji podstawowych usług i mechanizmów bezpieczeństwa;
- Doradztwo w zakresie dbania o siebie (odżywianie, aspekty fizyczne);
- Aktywne kierowanie oraz współpraca z sektorem socjalnym w celu kierowania poszczególnych osób do tego sektora (np. w ramach zarządzania usługami socjalnymi);

- Informowanie o kwestiach bezpieczeństwa, jeśli dana osoba nie jest w wystarczającym stopniu świadoma zagrożeń (WHO i UNHCR, 2015).

Osoby z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego mogą także wymagać dodatkowej pomocy w uzyskaniu dostępu do dostosowanego kulturowo wsparcia społeczności i rodziny, omawianego w treści niniejszego rozdziału. Należy umożliwić uczestnictwo w programach głównego nurtu, w zajęciach rekreacyjnych, zajęciach sportowych, kursach obsługi komputera oraz nauki pisania i czytania (UNHCR, 2018a).

Powyższe aktywności powinny być oferowane przy wsparciu PMT IOM dla osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego, m.in. poprzez zarządzanie usługami socjalnymi i kierowanie do innych zajęć organizowanych przez PMT. Działania PMT IOM powinny obejmować zadanie pilnowania ciągłości świadczenia usług w sytuacji, gdy daną osobę i osób, które są nią opiekują, przypisano do określonych zajęć oferowanych przez PMT w zakresie rekreacji, socjalizacji, działań artystycznych i poradnictwa.

14.2.7 Aktywne angażowanie członków i członkiń społeczności w interwencje kliniczne

Istnieje szereg modeli interwencji w przypadkach ciężkich zaburzeń zdrowia psychicznego, które są realizowane w oparciu o społeczność, aktywnie angażują jej członków i członkinie, i nadają się do wykorzystania w sytuacjach kryzysowych. Poniżej podano trzy przykłady opatrzone tam, gdzie było to możliwe, odnośnikami do użytecznych zestawów narzędzi. Aby dowiedzieć się więcej na temat angażowania przywódczyni i przywódców duchownych i tradycyjnych w świadczenie wsparcia społecznościowego na rzecz osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego, kliknij [tutaj](#).

14.2.7.1 Wsparcie koleżeńskie

Wsparcie koleżeńskie ma szerokie zastosowanie w dziedzinie zdrowia psychicznego, ponieważ (a) tworzy bezpieczne środowisko dla swobodnej ekspresji i wymiany emocji i myśli na temat aktualnej sytuacji i związanych z nią wyzwań; (b) umożliwia



14. WSPARCIE W RAMACH SPOŁECZNOŚCI DLA OSÓB Z CIĘŻKIMI ZABURZENIAMI ZDROWIA PSYCHICZNEGO

uczenie się i wyciąganie wniosków z innych, podobnych sytuacji; (c) stwarza okazję do zbudowania nowych relacji i wzmocnienia sieci wsparcia społecznego; oraz (d) pomaga członkom i członkiniom grupy w uzyskaniu dostępu do zasobów i wsparcia (WHO, 2017a).

Aby uzyskać informacje na temat koleżeńskich grup wsparcia osób z poważnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego, patrz **WHO, Tworzenie koleżeńskich grup wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego i kwestii z nim związanych** (ibid.).

Zindywidualizowane wsparcie koleżeńskie to forma wsparcia jednorazowego świadczonego przez osobę z doświadczeniem chorób psychicznych i procesu zdrowienia innej osobie, która chciałaby skorzystać z tego doświadczenia i wsparcia (ibid.). Wytyczne w zakresie zapewniania indywidualnego wsparcia koleżeńskiego można znaleźć **tutaj**.

UNHCR (2017) opisuje angażowanie poszczególnych uchodźców i uchodźczyń do wolontariackiej pomocy innym uchodźcom lub uchodźczyniom. Dzięki odpowiedniemu przeszkoleniu, nadzorowi i wsparciu osoby te są w stanie efektywnie zapewnić wsparcie w sposób dostosowany kulturowo, w oparciu o pogłębioną wiedzę o innych społecznościach. Wytyczne wskazują, że „zaangażowanie uchodźców i uchodźczyń to zarazem klucz do budowania ich poczucia własnej wartości i godności osobistej, co wzmacnia ich zdolność do radzenia sobie z własnymi problemami”; można zapoznać się z nimi **tutaj**.

Ramka 63

Zagadnienie równoległe – stygmatyzacja i dyskryminacja

Stygmatyzacja oraz dyskryminacja na poziomie społeczności stwarzają dodatkowe bariery dla osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego, co odbija się negatywnie na ich zdrowiu. Stygmatyzacja może wynikać z uprzedzeń, na podstawie których osoby z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego uważa się za złe, niebezpieczne, za przestępców itp. Jako że migranci i migrantki oraz uchodźcy i uchodźczynie sami często doświadczają stygmatyzacji, ciężkie zaburzenie zdrowia psychicznego może skutkować dodatkową stygmatyzacją, uniemożliwiając zarówno im, jak i osobom, które się nimi opiekują, uzyskanie pomocy. Można zastosować szereg strategii walki ze stygmatyzacją.

Dążąc do opracowania wytycznych w tym zakresie, **Międzynarodowa Federacja Stowarzyszeń do Walki z Trądem** wydała **serię przewodników** dla osób koordynujących, pracowników i pracowniczek opieki zdrowotnej i służb socjalnych, które mają zastosowanie także do obszaru zdrowia psychicznego.

Do innych strategii należą:

- Zapewnienie aktywnego uczestnictwa członków i członkiń społeczności: jak opisano w niniejszym rozdziale, działania takie może zwiększyć świadomość i doprowadzić do wyłonienia "propagatorów zdrowia psychicznego".
- Zwiększanie świadomości: za odpowiednie narzędzie w tym zakresie można uznać **kampanie WHO na temat depresji**.
 - Angażowanie osób z doświadczeniem ciężkich zaburzeń zdrowia psychicznego.

PMT IOM powinny walczyć ze stygmatyzacją zaburzeń zdrowia psychicznego poprzez:

- Włączanie osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego w zajęcia z zakresu **działalności zarobkowej, społeczno-kulturalnej** rekreacyjnej, w **zajęcia sportowe i gry**;
- Organizację kampanii przeciw stygmatyzacji, rozmowy w ramach społeczności, w szczególności śledzenie zgłoszeń przypadków stygmatyzacji;
- Imprezy organizowane spontanicznie, np. obchody Dnia Zdrowia Psychicznego w Nigerii.

Pozyskiwanie członków i członkiń zespołu zarówno ze społeczności przyjmującej, jak i społeczności przesiedlonej może przyczynić się do rozpowszechniania wiedzy lokalnej w ramach walki ze stygmatyzacją, co pozwoli uniknąć dyskursu niedostosowanego społecznie.

Ramka 64

Język i względy kulturowe w ramach specjalistycznej opieki psychiatrycznej

Należy położyć większy nacisk na względy kulturowe w realizacji uznanych globalnie interwencji ukierunkowanych i wyspecjalizowanych, szczególnie w sytuacji współpracy z migrantami i migrantkami oraz osobami przesiedlonymi, które mówią w różnych językach i pochodzą z bardzo odmiennych kultur. Modele takie jak mhGAP, w przypadku ich adaptacji kulturowej w kraju (patrz **Podręcznik operacyjny mhGAP** (WHO, 2018e), podlegają zwykle dostosowaniu do kultury głównego nurtu w tym kraju, bez uwzględnienia trudności związanych z pracą z grupami mniejszościowymi, podgrupami i migrantami/ migrantkami nieznającymi miejscowego języka lub zwyczajów miejscowej kultury. Osoby odpowiedzialne za interwencje ukierunkowane i wyspecjalizowane mogą nie mieć kompetencji, które pozwoliłyby im zrozumieć, że ekspresja kulturowa zaburzeń zdrowia psychicznego może być zróżnicowana i łatwo może zostać fałszywie zinterpretowana, szczególnie w sytuacji kryzysu. Osoby te mogą też nie mieć możliwości pracy z tłumaczem lub tłumaczką.

Koordynatorzy i koordynatorki programów MHPSS powinni rozważyć realizację następujących działań, stosownie do potrzeb:

- Uwzględnienie modułu, w koordynacji z WHO i UNHCR, dotyczącego pracy z migrantami/ migrantkami oraz zapewnienie tłumacza lub tłumaczki podczas szkoleń mhGAP-HIG;
- Organizacja krótkich szkoleń z zakresu zdrowia psychicznego i mobilności populacji oraz współpraca z tłumaczami/ tłumaczkami w zakresie dostępnych usług zdrowia psychicznego w ramach mechanizmu kierowania. Aby uzyskać materiały szkoleniowe, napisz do Sekcji MHPSS IOM na adres contactpss@iom.int.
- Przeszkolenie grupy ze społeczności migranckiej znającej język swojego kraju pochodzenia, jak i język lokalny jako mediatorów zdrowia psychicznego. Aby uzyskać materiały szkoleniowe, napisz do Sekcji MHPSS IOM na adres contactpss@iom.int.
- Włączenie tłumacza lub tłumaczki w skład dedykowanych zespołów kierujących lub oddelegowanych do świadczenia usług zdrowia psychicznego, głównie dla określonych społeczności migrantów i migrantek;
- Współpraca z tłumaczami i tłumaczkami nie jest łatwa ani bezproblemowa, wymaga przygotowania i zastosowania odpowiednich zabezpieczeń. Więcej informacji można znaleźć [tutaj](#).

14.2.7.2 Interwencje osób świadczących opiekę

Rodziny i osoby świadczące opiekę odgrywają kluczową rolę w dbaniu o stan osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego. Dlatego też możliwe jest wykorzystanie ich potencjału w systemach wsparcia. Aby uzyskać więcej informacji na ten temat, patrz opracowanie WHO (2015b) **Szkolenie opiekunów w zakresie zaburzeń rozwojowych**.

Wytyczne operacyjne: Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne w społecznościach w kontekście humanitarnym. Trzy poziomy wsparcia dzieci i rodzin UNICEF (2018) (wersja testowana w pracy terenowej) oraz Kompendium zasobów w zakresie MHPSS w społecznościach UNICEF (2021) także zawierają wytyczne dla rodziców i osób sprawujących opiekę w przypadku takich osób.

Zadania dedykowanych zespołów kierujących w ramach modelu PMT IOM powinny obejmować, o ile umożliwiają to dostępne zasoby:

- Wspieranie osób świadczących opiekę poprzez psychoedukację, grupy wsparcia i konsultacje;
- Organizację wsparcia indywidualnego i koleżeńskiego dla osób świadczących opiekę.

Jeśli chodzi o wsparcie skierowane do samych osób świadczących opiekę, mhGAP-HIG zaleca podjęcie następujących kroków:

- Spytaanie osób świadczących opiekę o ich wrażliwości, możliwości, dobrostan fizyczny i psychiczny oraz własny system wsparcia społecznego;
- Przekazanie im informacji na temat dostępnych usług i wsparcia społecznościowego oraz omówienie opieki zastępczej (tymczasowe przejęcie opieki przez innego członka lub członkinię rodziny lub inną odpowiednią osobę);
- Skierowanie ich do PMT, aby zapoznali się z podstawowymi technikami zarządzania stresem i zachęcanie go do skorzystania ze wsparcia społecznego, lub, w razie potrzeby, wsparcia ukierunkowanego;
- Przyznanie, że sprawowanie opieki jest stresujące, z jednoczesnym podkreśleniem, jak ważne jest, aby osoba świadcząca opiekę zapewniała ją w dalszym ciągu (WHO i UNHCR, 2015).

Ramka 65

Wsparcie koleżeńskie w obozach dla uchodźców i uchodźczyń w Kenii

Byli pacjenci i pacjentki szpitalnej kliniki psychiatrycznej zgłosili się jako wolontariusze i wolontariuszki, aby wspierać obserwację obecnych pacjentów i pacjentek. Okazali się szczególnie przydatni, gdy osoby świadczące opiekę i rodziny wyłączyły się z opieki – odbywali wizyty domowe w celu zebrania informacji, udzielenia odpowiedzi na pytania, zaoferowania wsparcia socjalnego i emocjonalnego i odgrywali rolę łączników i łączniczek pomiędzy placówką psychiatryczną i społecznością. Pełnili także funkcję narzędzia „walki ze stygmatyzacją”, dając żywy przykład, że choroba psychiczna nie definiuje człowieka i jest on w stanie produktywnie pracować i wieść dobre życie.

14.2.7.3 Wielorodzinne grupy psychoedukacji

Jedną z najbardziej obiecujących, sprawdzonych strategii konsultacji są wielorodzinne grupy psychoedukacji. Jednym z miejsc, gdzie wdrożono tę strategię budowania potencjału rodziny i społeczności, stało się powojenne Kosowo¹ w ciągu pierwszych miesięcy po zakończeniu konfliktu. Zespół Współpracy Rodzinnej, Edukacyjnej i Zawodowej z Kosowa, złożony ze specjalistów i specjalistki zdrowia psychicznego z Uniwersytetu w Prisztinie i American Family Therapy Academy, opracował strategię psychoedukacji wielorodzinnej, umożliwiającej osobom z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego życie w społeczności pod opieką i nadzorem ich rodzin. Grupa przyczyniła się do wzmocnienia potencjału rodzin w zakresie opieki nad osobami z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego, pomagając im zrozumieć charakter zaburzeń zdrowia psychicznego i wypracować umiejętności niezbędne w kontekście opieki domowej. Rodziny otrzymały także pomoc w stworzeniu systemu wsparcia w postaci spotkań z innymi rodzinami stojącymi przed podobnym wyzwaniem. Grupy wielorodzinne wzięły udział w prezentacji objawów psychiatrycznych, szkoleniu na temat przebiegu klinicznego przewlekłych zaburzeń zdrowia psychicznego, stosowania leków i ich skutków ubocznych, roli czynników psychospołecznych w kontekście przewidywania nawrotów lub ich zapobiegania, reagowania na najczęściej spotykane problemy i kryzysy, budowania potencjału odporności w obliczu ciężkich chorób psychicznych. Patrz **Weine, Ukshini, Griffith, Agani i in. (2005)**, aby zapoznać się ze szczegółowymi informacjami na temat pracy grupy i tematów poszczególnych sesji.



14.3.8 Promowanie powrotu do równowagi na poziomie społeczności

Znaczenie „powrotu do równowagi” w kontekście choroby psychicznej może być bardzo zróżnicowane. W wielu przypadkach chodzi nie tylko o „wyzdrowienie”, ale o „odzyskanie kontroli nad własną

¹ Odniesienia do Kosowa należy rozumieć w kontekście Rezolucji Rady Bezpieczeństwa ONZ nr 1244 (1999).

tożsamością i życiem, odzyskanie nadziei, przeżywanie życia z poczuciem, że ma ono znaczenie, czy to w sferze pracy, relacji, zaangażowani w życie społeczności czy w każdym z tych aspektów” (WHO, 2017).

Do kluczowych elementów powrotu do równowagi mogą należeć włączenie, relacje, poczucie sensu i celu, marzenia i aspiracje, kontrola i wybór, panowanie nad wzlotami i upadkami oraz pozytywne podejmowanie ryzyka (WHO 2015c).

Działania sprzyjające powrotowi do równowagi mogą być najbardziej efektywne, jeśli są wdrażane na poziomie społeczności. Poniżej podano dwa przykłady.

14.3.8.1 Włączenie zawodowe i ekonomiczne

Różne rodzaje interwencji ukierunkowanych na włączenie zawodowe i zatrudnienie są często nazywane „zorientowanymi na powrót do równowagi” (Slade i in. 2014). **Interwencje na rzecz pozyskania źródła utrzymania** także miewają zastosowanie do osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego.

WHO (2015c) wskazuje, że strategie zorientowane na powrót do równowagi, które sprzyjają włączeniu zawodowemu i ekonomicznemu powinny być dostosowane do środowiska społecznego i kulturowego. Więcej informacji można znaleźć **tutaj**.

14.3.8.2 Niezależność życiowa

Osoby, które cierpią na zaburzenia psychotyczne, są w dużym stopniu narażone na bezdomność i niestabilną sytuację mieszkaniową (Fazel i in., 2008). Ułatwienie im zamieszkania w domu opieki, samemu lub w mieszkaniu objętym wsparciem może stać się punktem wyjścia dla dalszych sukcesów na drodze powrotu do równowagi (Slade i in., 2014).

WHO (2015d) zaleca, aby interwencje były właściwe pod względem kulturowym i kontekstowym, brały pod uwagę zasoby lokalne, jak i lokalne normy kulturowe i angażowały zainteresowane osoby, ich rodziny, osoby opiekujące się i całą społeczność w projektowanie i wdrażanie działań w ramach projektu. Więcej informacji można znaleźć **tutaj**.

➔ MATERIAŁY DODATKOWE

Jones, L., J.B. Asare, M. El Masri, A. Mohanraj, H. Sherief and M. Van Ommeren

2009 Severe mental disorders in complex emergencies. *The Lancet*, 374(9690):654–661.

Tungpunkom, P.

2012 Life skills programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Database Systematic Review* (1).

Weissbecker, I., F. Hanna, M. El Shazly, J. Gao and P. Ventevogel

2019 Integrative Mental Health and Psychosocial Support Interventions for Refugees in Humanitarian Crisis Settings. In: *Uncertain safety. Understanding and assisting the 21st century refugees* (T. Wenzel and B. Drozdek, eds.). Springer, Nowy Jork, str. 117–153.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)

2018b *Mental Disorders*. WHO, Genewa.

Pełna bibliografia zawierająca materiały dodatkowe jest dostępna **tutaj**.

15. NADZÓR MERYTORYCZNY I SZKOLENIE



I. NADZÓR MERYTORYCZNY (SUPERWIZJA)



15.1. CO POWINNA WIEDZIEĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

W ramach programów MHPSS IOM "nadzór merytoryczny" (superwizja) odnosi się do spotkań osób nadzorujących, PMT i innych zespołów MHPSS w celu przeanalizowania wykonywanej pracy. Jest to proces wsparcia i refleksji, odrębny od oceny działań zarządczych. Chodzi tu o wzmocnienie pozycji i relacji, a nie o kontrolę. W tym sensie różni się on od definicji „nadzoru merytorycznego” znanej z innych obszarów, gdzie obejmuje on element monitorowania standardów programu.

Podstawową zasadą superwizji w obszarze CB MHPSS jest podnoszenie jakości oferowanych usług i ochrona osób i społeczności dotkniętych kryzysem otrzymujących usługi, jak również zaangażowanego personelu. Nadzór merytoryczny odnosi się do rozwoju osobistego i zawodowego **nadzorowanego personelu**. Musi być skoordynowany i zintegrowany z nadzorem kierowniczym, aby zapewnić funkcjonalność programu.

- Wsparcie personelu: zespoły MHPSS otrzymują możliwość porozmawiania w pracy na temat swoich trudności. Należy przy tym pamiętać, że w sytuacjach kryzysowych, niektórzy członkowie i członkinie personelu MHPSS po raz pierwszy w życiu formalnie obejmują role osób pomagających. Nawet jeśli mają doświadczenie, stale konfrontują się z nowymi czynnikami i nieustannie wysłuchują historii o trudnych przeżyciach, które są dla nich czymś nowym.

Ramka 66

Opieka nad personelem

Członkowie i członkinie zespołów MHPSS mogą być także osobami, które doświadczyły przemocy lub mierzyć się z wyzwaniami zbliżonymi do tych, jakich doświadczają ich klienci i klientki. W ramach wsparcia osobistego dla zespołu osoby nadzorujące powinny koordynować działania z koordynatorami i koordynatorkami oraz z Jednostką Wsparcia Personelu w ramach organizacji. Personel IOM może zgłaszać się do Jednostki Higieny Pracy organizacji pod adresem sw@iom.int. Nadzór merytoryczny to jeden z kluczowych elementów opieki nad personelem, jednak nie jest to jedyny składnik holistycznego procesu opieki nad personelem w sytuacjach kryzysowych, który bazuje także na polityce zarządzania zasobami ludzkimi oraz wsparciu osobistym.

15.1.1 Cele nadzoru merytorycznego

Nadzór merytoryczny wdraża się w dwóch podstawowych celach, do których należą:

- Zapewnienie profesjonalnych standardów: nadzorujący pomagają zespołom PMT i MHPSS w wyciąganiu wniosków z dotychczasowych doświadczeń i poszerzaniu wiedzy, jak również zapewnianiu wysokiej jakości usług na rzecz osób nimi objętych. Odnosi się to zarówno do rozwijania umiejętności, jak i odpowiedzialności etycznej. Sposób sprawowania superwizji jest powiązany z dobrostanem jednostek i może zapewnić lepszą obsługę klientek i klientów;

15.1.2 Dla kogo jest superwizja

Nadzór merytoryczny jest niezbędny zarówno w przypadku nowych, jak i doświadczonych pracowników i pracowniczek MHPSS, i najlepiej, gdy odbywa się na wszystkich poziomach (usługodawców i samych nadzorujących). Wiele członkiń i członków personelu pełni dwie role – są pomocnikami i pomocniczkami (życie zawodowe) i osobami dotkniętymi kryzysem (życie osobiste). Nadzór na wszystkich poziomach to gwarancja wsparcia zespołów MHPSS i rozwoju umiejętności, ale także przejaw kultury uczenia się i autorefleksji, w której nadzorem objęci są wszyscy.

15.1.3 Na czym polega nadzór merytoryczny

W ujęciu praktycznym superwizja obejmuje regularne spotkania zespołów MHPSS z doświadczoną osobą nadzorującą w celu omówienia poszczególnych klientów i klientek, grup, interwencji na poziomie społeczności i innych działań MHPSS, które odbywają się w sposób **ustrukturalizowany**. To także szkolenia zawodowe. Nadzór należy pojmować jako wymianę pytań, spostrzeżeń i przypuszczeń ułatwiającą wybór alternatywnych środków działania. Zespoły MHPSS mogą zgłaszać pytania dotyczące poszczególnych przypadków (klientów/ klientek, rodzin, grup czy społeczności) lub działań, z którymi mają trudności, a także sposobów poprawy jakości oferowanego przez nie wsparcia. Również osoba nadzorująca może zadawać pytania, które pomogą personelowi MHPSS w krytycznej weryfikacji i analizie własnych działań w praktyce mającej na celu poprawę jakości usług. Dodatkowo nadzorujący współpracuje z koordynatorami i koordynatorkami w opracowywaniu planów szkoleń dla zespołu na podstawie luk i problemów, które rozpoznano w trakcie nadzoru.



Mówiąc ściślej, nadzór może dotyczyć:

- Metod i modeli pracy MHPSS;
- Wątpliwości zespołów MHPSS w zakresie wszelkich aspektów działalności MHPSS;
- Braku postępów w rozwiązywaniu problemów związanych z poszczególnymi przypadkami;
- Świadomości potencjalnego wpływu osobistych wartości członkiń i członków zespołu MHPSS na ich pracę;
- Identyfikacji negatywnego wpływu podejmowanych działań na zespoły MHPSS i strategii dbania o siebie;
- Kwestii związanych z ustanowieniem i utrzymaniem odpowiednich granic w odniesieniu do populacji dotkniętej kryzysem;
- Kwestii dotyczących dynamiki zespołu;
- Aspektów etycznych pracy zawodowej i przestrzegania kodeksów postępowania;
- Tożsamości zawodowej i rozwoju ról;
- Rozwoju umiejętności i wiedzy.

Duże znaczenie ma tutaj rozróżnienie pomiędzy wsparciem merytorycznym i osobistym w ramach procesu superwizji. Dla osób pracujących pomocne może okazać się szukanie indywidualnego wsparcia, należy jednak podkreślać, że nadzór merytoryczny dotyczy kwestii związanych z pracą. Wynika to z wielu powodów, m.in. poszanowania dla osobistych granic pracowników i pracowniczek oraz unikania podwójnych relacji, dynamiki władzy związanej z potencjalnym strachem przed utratą pracy z powodów osobistych oraz faktu, że opieka nad personelem powinna stanowić obowiązek organizacyjny, a nie zakres odpowiedzialności w ramach każdego projektu czy programu, co mogłoby skutkować nierównością w dostępie do osobistego wsparcia pomiędzy pracownikami zatrudnionymi przy różnych projektach w ramach tej samej **misji**.



15.1.4 Superwizja: czym jest, a czym nie jest

Rys. 13 pokazuje, czym jest, a czym nie jest nadzór merytoryczny (superwizja).

15.1.5 Wymagania w zakresie nadzoru merytorycznego

Zastosowanie mają następujące wymagania dotyczące nadzoru merytorycznego:

(a) Nadzór merytoryczny jest osadzony w kulturze szacunku i wsparcia. Należy wyjaśnić, że cel nadzoru ma związek z organizacyjną odpowiedzialnością za wspieranie pracowniczek i pracowników oraz klientów i klientek w ramach procesu dostarczania i odbioru usługi, który powinien spełniać standardy jakości i bezpieczeństwa, nie powinien natomiast służyć krytykowaniu ani sprawdzaniu niczyjej pracy. Nadzór merytoryczny, jak już wspomniano, wpisuje się w szerszy kontekst opieki nad personelem i jego rozwoju, za który odpowiada organizacja.

(b) Superwizja stwarza przestrzeń do nauki. Staje się ona sposobem edukowania personelu w zakresie pracy w trybie uczestniczącym. Dodatkowo dzięki nadzorowi osoba nadzorująca jest w stanie zidentyfikować luki w wiedzy i umiejętnościach, które zespół musi uzupełnić oraz zasugerować, aby kierownictwo zorganizowało dodatkowe szkolenia.

(c) Nadzór merytoryczny to przestrzeń weryfikacji zgodności z założeniami modelu. Nadzór gwarantuje realizację zaplanowanych interwencji przez zespoły MHPSS. Struktura interwencji została opracowana w taki, a nie inny sposób z konkretnych przyczyn, a dostarczanie kluczowych elementów w określony sposób może być istotne z punktu widzenia pracownika bądź pracowniczki. Wpisuje się to w zapewnienie jakości świadczonych usług. Jednak często konieczne i przydatne okazuje się również dostosowanie interwencji do potrzeb klienta lub klientki lub umiejętności personelu MHPSS. W sytuacji, gdy pojawiają się nowe techniki, które pracownik czy pracowniczka MHPSS opanowali lub chcą wdrażać, lub jeśli istnieją wzorce zachowań w ramach społeczności,



Rysunek 13: „Tak” i „nie” nadzoru merytorycznego

Czym JEST nadzór merytoryczny	Czym NIE JEST nadzór merytoryczny
Jego celem powinno być utworzenie bezpiecznej przestrzeni, w której personel MHPSS może czuć się komfortowo, rozmawiając o aspektach technicznych swojej pracy, wyzwaniach z nią związanych itd. Nadzór powinien oferować wspierającą i motywującą przestrzeń, która sprzyja rozwojowi i pozwala popełniać błędy.	NIE jest to narzędzie oceny wyników, które ma służyć do oceny pracy w kategoriach zarządzania nią.
Powinien dotyczyć wyłącznie aspektów merytorycznych pracy oraz ich wpływu na dobrostan personelu.	NIE jest to przestrzeń do omawiania kwestii administracyjnych ani skarg dotyczących podwyżek, dni wolnych, działań dyscyplinarnych czy terminów.
Jest to czas poświęcony na omówienie trudności związanych z rolą członków i członkiń zespołu MHPSS, szczególnie w przypadkach, gdy spraw zawodowych nie da się łatwo oddzielić od prywatnych, np. gdy personel zna klienta lub klientkę prywatnie poza pracą. Superwizja niweluje prawdopodobieństwo, że tego rodzaju trudności i dylematy wpłyną na dobrostan osób z zespołu MHPSS.	NIE jest to przestrzeń do omawiania spraw osobistych, niezwiązanych z działaniami w ramach MHPSS.

których pracownik lub pracowniczka się nauczyli, nadzór merytoryczny pomaga im upewnić się, że nabyta wiedza jest prawidłowo stosowana w ramach świadczonych usług i interwencji. Co więcej, nadzór merytoryczny może dać okazję do udzielenia informacji zwrotnych na temat samego modelu interwencji. Model może być kwestionowany pod kątem tego, czy istotnie odzwierciedla potrzeby zaobserwowane w terenie i czy jest dopasowany adekwatnie do doświadczeń zespołu. Jest to dylemat etyczny, który, o ile się pojawi, należy przeanalizować na wielu poziomach i w powiązaniu z informacją zwrotną z systemu monitorowania i ewaluacji. Koordynator lub koordynatorka i osoba nadzorująca powinni stworzyć mechanizm przekazywania informacji zwrotnych, który reagowałby na zachodzące zmiany, decyzje kierownictwa i rozwój przyszłych projektów.

➔ 15.2 CO POWINNA ROBIĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

Koordynator lub koordynatorka programu powinni zadbać o następujące kwestie:

- (a) Odpowiedzialność: nadzór merytoryczny należy oddzielić od nadzoru zarządczego. Oznacza to, że przy planowaniu projektu należy uwzględnić pozycję osoby odpowiedzialnej za supervizję. W IOM osoba ta odpowiada przed osobą koordynującą projekt, nie pełni natomiast tych dwóch ról równocześnie. W przypadku innych agencji, często ze względu na ograniczenia budżetowe, może to być jedna osoba, pełniąca dwie role. Sesje nadzoru mogą obejmować aspekty związane z kierowaniem projektem i kwestie administracyjne;
- (b) Osoba nadzorująca na poziomie międzynarodowym czy krajowym? W zależności od skali operacji osobą nadzorującą może być dedykowana specjalistka lub specjalista międzynarodowy lub ekspertka czy ekspert krajowy, bądź zespół ekspertów i ekspertek krajowych. Jeśli rozmiar projektu pozwala na zatrudnienie eksperki/eksperta międzynarodowego, dobrym pomysłem może okazać się zatrudnienie jej lub jego razem z ekspertką lub ekspertem krajowym, co wnosi do tej funkcji odpowiednią perspektywę kulturową. Tym niemniej podejścia takiego nie można stosować standardowo, ponieważ w niektórych kontekstach – np. w sytuacji konfliktu cywilnego czy plemiennego, dynamiki społeczności rodzącej konflikty, dyskryminacji czy nieufności w społeczności – zespoły PMT i MHPSS mogą postrzegać osobę z zewnątrz jako osobę bardziej neutralną i godną zaufania. W przypadku gdy rozmiar i budżet prowadzonych działań lub inne ograniczenia logistyczne nie umożliwiają zatrudnienia osób nadzorujących, należy rozważyć opcję **nadzoru zdalnego** (np. za pośrednictwem Skype'a), najlepiej zaś, jeśli na początek i na koniec uczestnicy i uczestniczki spotkają się na żywo; 
- (c) Jedna czy więcej osób nadzorujących? Główna osoba nadzorująca może koordynować zadania pozostałych, posiadających potencjalnie większe kompetencje w zakresie niektórych modeli praktyk wdrażanych w ramach programu. Jak już wspomniano, nadzorujący współpracuje z koordynatorkami lub koordynatorami w opracowywaniu planów szkoleń dla zespołu na podstawie luk i problemów, które pojawiły się w trakcie nadzoru. W tym sensie nadzorująca osoba wspiera i koordynuje pracę wyłonionych ekspertów i ekspertek w zakresie opracowania **planu** osadzonego w odpowiednim kontekście. 

Ramka 67

Jak zaplanować spotkanie w ramach superwizji

Zaplanuj spotkanie z wyprzedzeniem, zapraszając uczestników i uczestniczki zgodnie z wybranym modelem – spotkania indywidualnego, grupowego, koleżeńskiego – oraz formą – na żywo lub zdalnie. W przypadku nadzoru indywidualnego zgromadź z wyprzedzeniem, o ile to możliwe, wszystkie informacje na temat przypadku, który chce omówić pracownik bądź pracowniczka wsparcia psychospołecznego. W przypadku nadzoru grupowego sprawdź, czy wybrany lokal jest wystarczająco przestronny i czy jest tam spokojnie. Ustaw w półkolu ilość krzeseł odpowiadającą liczbie uczestniczek i uczestników. W przypadku nadzoru koleżeńskiego należy zdecydować, kto będzie kontrolował przebieg spotkania.

Przygotowanie fizyczne:

W przypadku nadzoru indywidualnego: pokój, dwa ustawione naprzeciwko siebie krzesła. W przypadku nadzoru zdalnego poproś nadzorowanego o ograniczenie wszelkich zakłóceń i zapewnij dostęp do komputera, Internetu i programu w rodzaju Skype'a.

W przypadku nadzoru grupowego: stół, krzesła, biały papier, tablica zmywalna. W przypadku gdy nadzór odbywa się zdalnie, potrzebny będzie monitor szerokoekranowy, dostęp do Internetu i program w rodzaju Skype'a.

W przypadku nadzoru koleżeńskiego: to samo, co w przypadku grup.

Niezbędny czas (w przybliżeniu):

Co najmniej jedna godzina do maksymalnie dwóch godzin.

Raz w tygodniu lub co drugi tydzień w uzgodnionym, określonym z góry terminie.

Przebieg spotkania:

Nadzorujący zaprasza uczestnika lub uczestniczkę do podania informacji na temat danego przypadku w formie opisowej. Następnie zaprasza innych (przy formie grupowej) do komentowania i sam przedstawia uwagi na temat przyjętych ról i wykonanych działań, a także efektywności dokonanych wyborów i propozycji alternatywnych w sposób nieoceniający.

Istotne kwestie, o których należy pamiętać w trakcie superwizji:

- Zasada "nie szkodzić";
- Nieoceniać;
- Wzmacnianie pozycji;
- Dbłość o siebie.

Przykładowy podział sesji nadzoru:

- Krótkie wprowadzenie nadzorującego i nadzorowanych;
- Szybka kontrola obecności, krótka rozmowa w celu stworzenia atmosfery;
- Nawiązanie do poprzedniej sesji nadzoru, w stosownych przypadkach;
- Zaproszenie do zadawania pytań, opisanie konkretnego dylematu lub przypadku;
- Zaproszenie uczestników i uczestniczek do komentowania;
- Parafrazowanie wyrażonych opinii;
- Ocena podjętych działań;
- Propozycja alternatywnych opinii i działań;
- Zaproszenie do zadawania pytań i udzielanie odpowiedzi, zachęcanie do interakcji;
- Podsumowanie najważniejszych punktów;
- Zamknięcie sesji;
- Zaplanowanie kolejnej sesji.

15.2.1 Modele superwizji

Nadzór merytoryczny musi przebiegać w sposób elastyczny, stosownie do potrzeb zespołów MHPSS, także z uwzględnieniem różnych etapów ich doświadczeń zawodowych. Może odbywać się indywidualnie lub grupowo:

- (a) Nadzór indywidualny: może odbywać się regularnie w wyznaczonym terminie lub doraźnie w razie konieczności. Skupia się wyłącznie na pracowniku/ pracownicy MHPSS i umożliwia poświęcenie dłuższego czasu na przedyskutowanie określonych kwestii, w szczególności wpływu danego przypadku na pracownika lub pracowniczkę;
- (b) Nadzór grupowy: często odbywa się regularnie w wyznaczonym czasie. Obecna jest cała nadzorowana grupa, a nadzór obejmuje wszystkie jej członkinie i członków lub odwrotnie – zespoły mogą odbyć sesję nadzoru z podziałem na lokalizacje lub role w zespole (np. terapeuci/ terapeutki samodzielnie lub edukatorzy/ edukatorki samodzielnie). Dzięki temu osoby z zespołów MHPSS dowiadują się, czym zajmują się pozostali członkowie i członkinie i nabierają poczucia, że nie są ze swoimi problemami sami. Nadzór prowadzony w grupie sprzyja uczeniu się i wzajemnemu wsparciu;

Ramka 68

Nadzór merytoryczny PMT w IOM Nigeria

W północno-wschodniej Nigerii zespoły mobilne MHPSS IOM są poddawane nadzorowi raz w tygodniu. Ze względu na dużą liczbę zespołów MHPSS liczących 120 członków i członkiń rozmieszczonych w trzech najsilniej dotkniętych kryzysem stanach – Borno, Adamawa i Yobe – nadzór merytoryczny sprawuje jeden specjalista międzynarodowy i dwóch specjalistów krajowych. Standaryzację i jakość nadzoru zapewnia specjalista międzynarodowy, który nadzoruje także pozostałych nadzorujących, przy wsparciu koordynatora/ koordynatorki programu MHPSS, który jest doświadczonym ekspertem w zakresie MHPSS. Nadzór merytoryczny jest też oferowany przez wyspecjalizowany personel lub sieć ekspertów i ekspertek zajmujących się określonymi tematami lub modelami pracy na wniosek nadzorującego MHPSS.

Sesje nadzoru są organizowane raz w tygodniu (co piątek) i trwają dwie do trzech godzin, w zależności od liczby członków i członkiń zespołu uczestniczących w danej sesji i znaczenia kwestii prezentowanych lub omawianych przez zespół lub nadzorujących. Zwykle sesje odbywają się w sali spotkań IOM wyposażonej w tablice, markery, papier i zeszyty.

Osoba nadzorująca rozpoczyna sesję, podkreślając znaczenie dbania o siebie, zasady poufności i „nie szkodzić”. Następnie przedstawia i analizuje główny temat sesji – może to być przypadek, działanie lub zjawisko, które pojawiły się w minionym tygodniu. Osoba nadzorująca wybiera temat sesji na podstawie sprawozdań pisemnych otrzymanych od każdego zespołu w minionym tygodniu. Niekiedy ten sam temat omawia się nawet przez trzy sesje nadzoru. W takim przypadku członkowie i członkinie zespołu przedstawiają aktualne informacje na dany temat, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych po ostatniej sesji nadzoru. Członkowie i członkinie personelu są proszeni o przygotowanie dyskusji z wyprzedzeniem, aby zmaksymalizować potencjalnie wsparcie. Sesja jest podzielona na część plenarną i pracę grupową, a kwestie drażliwe mogą być omawiane szczegółowo w mniejszych grupach. Forum to jest istotne dla wszystkich grup jako przestrzeń interakcji, uczenia się, sugerowania alternatywnych perspektyw i doskonalenia umiejętności. Część sesji poświęcona jest informacjom zwrotnym dotyczącym głównych wyzwań w pracy terenowej w bieżącym tygodniu. Przed zamknięciem sesji wygłaszane jest podsumowanie omówionych treści oraz informuje się o aktualizacjach. Osoby nadzorujące identyfikują luki w umiejętnościach i niezbędne szkolenia, które są omawiane co trzecią sesję, a następnie komunikowane koordynatorce/ koordynatorowi programu w celu przygotowania planów szkoleń.

- (c) Nadzór koleżeński: jest to forma nadzoru, w której uczestnicy i uczestniczki odgrywają jednakową rolę i mają mniej więcej jednakową wiedzę. Grupa nie jest prowadzona przez nadzorującego. Tego rodzaju nadzór sprawdza się wyłącznie w przypadku „dojrzałych zespołów”, które pracują ze sobą już od jakiegoś czasu. Nie powinien być to model pierwszego wyboru – na początkowym etapie formą preferowaną jest nadzór grupowy lub indywidualny;
- (d) Nadzór zdalny: choć spotkanie na żywo jest preferowaną formą spotkania, inne metody – w tym komunikacja mailowa, wideo, nagranie audio czy telekonferencja – także mogą być wykorzystywane w razie konieczności. Zastosowanie alternatywnych metod może okazać się niezbędne zwłaszcza w przypadku zespołów MHPSS pracujących na terenach wiejskich i odległych. Częstotliwość zdalnych sesji nadzoru powinna być taka sama, jak częstotliwość spotkań organizowanych na żywo.

Ramka 69

Nadzór zdalny

W przypadku gdy nadzór bezpośredni jest technicznie niemożliwy lub gdy pojawia się konieczność skonsultowania się z dodatkowym nadzorującym, możliwą alternatywą jest skorzystanie z połączenia telefonicznego, za pośrednictwem aplikacji Skype, Zoom lub innych rozwiązań.

15.2.2 Częstotliwość superwizji

Nadzór merytoryczny powinien odbywać się z następującą częstotliwością:

- (a) Nadzór indywidualny: według harmonogramu i/lub każdorazowo, gdy pojawi się taka potrzeba. Czas trwania: 1-1,5 godziny;
- (b) Nadzór grupowy: co tydzień na początku, a następnie co drugi tydzień po zakończeniu fazy wstępnej. Czas trwania: 1,5-2 godziny;
- (c) Nadzór koleżeński: grupa wybiera częstotliwość tzw. spotkań „małej grupy”. Sugeruje się, aby miały one miejsce co najmniej raz na dwa tygodnie. Czas trwania: 1,5-2 godziny.

15.2.3 Kompetencje osób odpowiedzialnych za nadzór merytoryczny

Osiągnięcie pozycji skutecznej i w pełni kompetentnej osoby odpowiedzialnej za nadzór merytoryczny to proces rozwojowy. Do kompetencji takiej osoby muszą należeć:

- Umiejętności:
 - Udowodniona biegłość w realizacji interwencji;
 - Komunikacja;
 - Rozwiązywanie konfliktów;
 - Facylitacja grupowa;
 - Techniki nadzoru;
 - Budowanie zespołu;
 - Rozwój relacji nadzoru;
 - Reagowanie na zmieniające się potrzeby nadzorowanych;
 - Empatia i chęć wspierania;
- Wiedza:
 - Dynamika grupowa;
 - Kwestie etyki;
 - Narzędzia i procesy oceny;
 - Metodologia nadzoru;
 - Rozwiązywanie konfliktów i facylitacja;
 - Umiejętność dbania o siebie;
- Postawy:
 - "Nie szkodzić";
 - Nieocenianie;
 - Umiejętność wzmacniania pozycji innych, bazowanie na mocnych stronach;
 - Cierpliwość i empatia;
 - Otwartość na informację zwrotną;
 - Otwartość na **rozwijanie umiejętności**.

Mówiąc ściślej, osoba odpowiedzialna za nadzór merytoryczny w obszarze MHPSS powinna umieć wykorzystać różnorodność do tworzenia inkluzywnego środowiska, zarządzać konfliktami w taki sposób, aby utrzymać dialog pomiędzy ludźmi i równowagę pomiędzy stosowaniem się do metodologii a wyłaniającymi się nowymi potrzebami.



15.2.4 Techniki nadzoru

W kontekście projektów opartych na społeczności dwiema efektywnymi strategiami nadzoru są:

- (a) Nadzór systemowy bazujący na podejściu systemowym do nadzoru, które wywodzi się z modeli nadzoru w zakresie pracy socjalnej w kontekstach innych niż humanitarny. W systemie tym identyfikuje się następujące wymiary nadzoru:
- Nadzorujący;
 - Nadzorowani;
 - Organizacja;
 - Społeczność dotknięta kryzysem;
 - Funkcje nadzorującego;
 - Zadania nadzorowanych w zakresie uczenia się.

Model ten zachęca nadzorujących do rozpoznania i zademonstrowania nadzorowanym istotności czynników kulturowych oraz zwraca uwagę na ich wzajemne interakcje przy pomocy innych czynników kontekstowych. Podstawowe zadania nadzorującego to:

- Doradztwo techniczne;
- Konceptualizacja przypadku;
- Wsparcie w poszukiwaniu rozwiązania;
- Instruowanie i doradztwo;
- Konsultacje i eksploracja.

W trakcie sesji nadzoru wyznacza się przestrzeń wymiany przekonań, uczuć i myśli nadzorowanych oraz poszukiwania praktycznych rozwiązań konkretnych problemów. Aby zapoznać się z teoretycznym podejściem do systemowego modelu nadzoru, patrz książka ***Clinical Supervision Essentials***.

- (b) Metodologie konsensusu zbudowane na świadomości, że cenną wiedzę zyskuje się poprzez wspieranie refleksji ekspertów i ekspertek. Bazuje ona na eksperymentalnym, refleksyjnym uczeniu się jako ważnym źródle fachowej wiedzy. Ta forma nadzoru jest odpowiednia dla bardziej dojrzałych grup, nie jest opcją pierwszego wyboru. **Patrz** studium przypadku w zakresie dobrych praktyk opieki i ochrony nad dziećmi w warunkach kryzysu.



15.2.5 Jak wygląda szkolenie i nadzór nadzorujących

Nadzór nadzorujących pomaga nadzorującym spełnić założenia w zakresie uczenia się, odpowiedzialności i wsparcia. Zadanie to powinna wykonywać jedna lub więcej osób o wysokich kompetencjach w zakresie treści programu oraz nadzoru praktycznego. W IOM osoby odpowiedzialne za nadzór merytoryczny odpowiadają za poszczególne projekty MHPSS przed koordynatorami i koordynatorkami projektu, a ci z kolei odpowiadają przed globalną Sekcją MHPSS, realizującej nadzór bezpośredni oraz za pośrednictwem swojej międzynarodowej sieci ekspertów i ekspertek.

Liderzy i liderki PMT mogą być szkoleni przez osoby odpowiedzialne za supervizję w zakresie dokładniejszego nadzorowania zespołów w terenie, szczególnie na obszarach ograniczonego zasięgu. Do zadań nadzorującej osoby należy identyfikacja potrzeb szkoleniowych liderów i liderek zespołów oraz organizowanie dla nich **sesji szkoleniowych**.

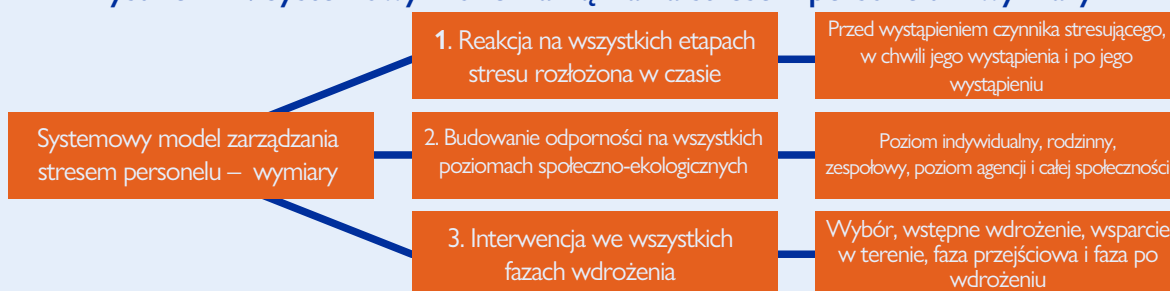


Ramka 7

Systemowy model zarządzania stresem personelu

Praca w organizacji humanitarnej wiąże się z szeregiem różnych czynników stresogennych. Są to czynniki nieodłącznie związane z działalnością w tej dziedzinie, np. narażenie na kontakt z makabrycznymi obrazami, niebezpieczeństwo, poczucie bezradności w związku z niemożnością zapewnienia pomocy na niezbędnym poziomie. Zewnętrzne czynniki stresujące pojawiają się natomiast na poziomie zespołu i zarządzania i dotyczą: braku umiejętności lub niezbędnych szkoleń, słabego zdefiniowania ról, przesadnie zbiurokratyzowanych polityk oraz konfliktów i braku zaufania w zespole. W szczególności personel krajowy nieustannie balansuje na granicy tych wielopoziomowych czynników stresujących, które często pozostają niezauważone w kolejnych strategiach organizacyjnych. Dlatego aby poradzić sobie z różnymi poziomami czynników stresu, konieczne jest wdrożenie modelu zarządzania stresem, który wykracza poza indywidualne zadanie dbania o siebie. Systemowy model zarządzania stresem jest zarazem systematyczny i wielosystemowy oraz skupia się na zwiększaniu odporności w ramach trzech poziomów. Pierwszy poziom buduje odpowiedź na wszystkich etapach stresu rozłożonych w czasie – zanim wystąpi czynnik stresujący, po jego wystąpieniu i po jego zniknięciu. Reakcja ta może okazać się użyteczna w zapobieganiu wystąpieniu i ograniczaniu intensywności czynników stresujących poprzez zmniejszanie obciążenia pracą, niwelowanie bezradności dzięki szkoleniom lub budowaniu spójności zespołu oraz poprzez doskonalenie mechanizmów radzenia sobie ze stresem. Po drugie, model prowadzi do zwiększania odporności na wszystkich poziomach społeczno-ekologicznych – indywidualnym, rodzinnym, zespołowym, agencji i całej społeczności – jako element polityki systemowej, a nie jedynie szereg działań. Trzeci wymiar stresu i ograniczania ryzyka związany jest z pracą nad interwencjami na każdym etapie, włącznie ze starannym doбором personelu, szkoleniem poprzedzającym ich wdrożenie, wsparciem terenowym, wsparciem przejściowym, nadzorem merytorycznym i wsparciem po wdrożeniu interwencji. Supervizja stanowi element modelu systemowego dbałości o personel, jest jednak zaledwie jego częścią (Saul i Simon, 2016; Antares Foundation, 2005).

Rysunek 14: Systemowy model zarządzania stresem personelu – wymiary



II SZKOLENIE



15.3 CO POWINNA WIEDZIEĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

Tematy określonych programów szkoleniowych, związanych z każdym z opisanych w tym podręczniku działań, zostały opisane w poszczególnych rozdziałach. Niniejszy rozdział opisuje natomiast proces projektowania szkoleń w ramach programu CB MHPSS w IOM. Szkolenie to niezbędny element programu CB MHPSS w każdej sytuacji kryzysowej. Dotyczy to perspektywy krótkoterminowej, ponieważ w sytuacjach kryzysowych ludzie muszą reagować w sytuacjach dla siebie nieznanych, które podważają ich dotychczasowe kompetencje. Ponadto, szczególnie w obszarze MHPSS, sytuacja kryzysowa może stać się katalizatorem potrzeb, a co za tym idzie, może wymagać umiejętności, które nie były dostępne przed wystąpieniem kryzysu. Aby być w stanie odpowiednio zareagować, pomocnicy i pomocniczki, także osoby przypisane do funkcji MHPSS, często wymagają przeszkolenia i wsparcia technicznego.

Szkolenia i budowanie potencjału w fazie kryzysu są programową koniecznością w perspektywie krótkoterminowej, a zarazem ogniwem łączącym reagowanie kryzysowe, przygotowanie i rozwój długoterminowy, prowadzą bowiem do wykształcenia umiejętności, które podlegają reaktywacji w perspektywie średnioterminowej i przyczyniają się do zwiększenia ogólnej odporności społeczności, także poprzez wzmocnienie długoterminowe systemu zdrowia psychicznego.

Szkolenia są skoncentrowane na wspieraniu uczestnictwa osób dotkniętych kryzysem. Sukces interwencji CB MHPSS w sytuacji kryzysowej jest determinowany przez jakość i zakres wiedzy technicznej i wsparcia, jakie odpowiedni program jest w stanie zapewnić formalnym i nieformalnym odbiorcom i odbiorczyniom lokalnym, zarówno zatrudnionym w ramach programu MHPSS, jak i należącym do większej społeczności realizującej działania.

Szkolenie może odegrać dwojaką rolę w programach CB MHPSS. Z jednej strony jest adresowane do osób pracujących w programie i biorących udział w procesie wdrażania; z drugiej strony szkolenia skierowane do aktorów zewnętrznych mogą stanowić aktywność programową lub określony cel programu.

Szkolenie w zakresie procesów stanowiące element wdrażania programu CB MHPSS obejmuje:

- Szkolenie personelu programu;
- Szkolenie innych komórek organizacji, których działania są powiązane z obszarem CB MHPSS;
- Szkolenie osób wdrażających i partnerów w zakresie (lepiej) realizacji działań w ramach programu;
- Szkolenie dla sektora, w którym program jest realizowany;
- Szkolenie osób sprawujących superwizję;
- Szkolenie koordynatorów i koordynatorek programu MHPSS.

Szkolenie realizowane jako aktywność lub cel programu obejmuje na przykład:

- Organizację studiów magisterskich, innych programów szkoleniowych kończących się uzyskaniem dyplomów i certyfikatów z dyscyplin związanych z MHPSS dla szerszej społeczności praktyków w danym kraju;
- Organizację szkoleń według określonej metody poradnictwa, interwencji psychologicznej lub technik MHPSS bazujących na działaniach artystycznych w celu wzmocnienia potencjału społeczności w zakresie reagowania na sytuację;
- Szkolenia **mhGAP** dla pracowników i pracowniczek ochrony zdrowia w określonych obszarach;
- **Szkolenia PFA** dla organizacji branżowych lub sektorów działalności humanitarnej niezwiązanych bezpośrednio z realizacją działań w ramach programu;
- Szkolenia międzykulturowe dla specjalistów i specjalistek psychiatrii w obszarze masowej migracji lub przesiedleń.

Rozróżnienie to nie musi być traktowane restrykcyjnie.



Szkolenia wewnętrzne dla personelu programu mogą być otwarte dla personelu instytucji rządowych, organizacji partnerskich, aktywistek i aktywistów społeczeństwa obywatelskiego, w stosownych przypadkach, w celu zwiększenia ich zasięgu. Podobnie szkolenia organizowane jako działania objęte programem mogą obejmować szereg pracowniczek i pracowników wewnętrznych programu MHPSS oraz uczestników i uczestniczek zewnętrznych, co pozwala zwiększyć potencjał reagowania w ramach programu. Procedury szkoleniowe muszą skupiać się na wyodrębnionych w ramach programu potrzebach wzmacniania potencjału, natomiast szkolenia należące do zakresu działań programowych mają osiągnąć szerszy zakrojony cel, jakim jest wypełnienie luk w ogólnokrajowych systemach reagowania w zakresie MHPSS, zidentyfikowanych w wyniku oceny potrzeb i mapowania.

Co istotne, strategia szkolenia w zakresie MHPSS w oparciu o społeczność nie ma na celu narzucenia hierarchii ani gotowych narzędzi, ale tworzenie nowych modeli interwencji opierających się na współpracy pomiędzy organizacją, wykwalifikowanymi trenerami/ trenerkami i osobami szkolonymi wdrażającymi działania, które muszą mieć charakter uczestniczący i są przystosowane do bieżących uwarunkowań. Lokalny, wspólnotowy charakter i zrównoważone podejście są zakorzenione w tym podstawowym modelu pracy.

Zakres działań, które mieszczą się w szerokiej definicji szkolenia, obejmuje zarówno kilkugodzinne szkolenia wprowadzające, których celem jest przekazanie kluczowych informacji na temat procedur, wiedzy profesjonalnej lub akademickiej po programie Executive Master, trwające po kilka miesięcy, które prowadzą do rozwijania umiejętności i zdolności do działania w określonym technicznym obszarze MHPSS.

Opisanie w niniejszym podręczniku wszystkich modułów szkoleniowych, jakie mogą być realizowane w ramach programu MHPSS, nie jest możliwe. Są one w dużej mierze uzależnione od kombinacji różnych czynników, takich jak czas trwania, zakres, dostępne zasoby, istniejące umiejętności, na których bazuje szkolenie, i wielu innych. Zasadniczo projektując programy MHPSS, należy zdawać sobie sprawę

ze związku pomiędzy celem, metodologią i czasem trwania szkolenia. Na przykład jeśli działamy na obszarze, gdzie nie ma osób przeszkolonych w dyscyplinach powiązanych z MHPSS i nie istnieją żadne umiejętności bazowe, a zasoby w ramach programu umożliwiają zorganizowanie wyłącznie jednodniowego szkolenia, będzie to szkolenie z zakresu PFA, a nie z umiejętności przeprowadzania konsultacji. Jednak jeśli celem programu jest świadczenie usług poradnictwa w tej samej sytuacji, w projekcie programu należy uwzględnić odpowiednie, dłuższe szkolenie. Ponadto szkolenia, których celem jest przekazywanie umiejętności, a które mają być następnie powielane lub stosowane bezpośrednio w terenie, muszą zawsze składać się z trzech etapów:

- (a) Przekazania informacji-wiedzy-procedur;
- (b) Przetestowania nabytych umiejętności w bezpiecznym środowisku, np. w formie symulacji, scenki, interwizji lub innej;
- (c) Testowania nabytych umiejętności w prawdziwym świecie, pod nadzorem.

Ma to zastosowanie do wszystkich szkoleń tego rodzaju, bez względu na czas ich trwania, czy też ich ogólny/szczegółowy zakres.

W przypadku IOM szkolenia wewnętrznego personelu MHPSS oraz studentów/ studentek i ekspertów/ ekspertek zewnętrznych są realizowane zgodnie z tą logiką, przy czym punkt (b) podlega wdrożeniu zgodnie z metodologią nauczania, a punkt (c) w ramach nadzoru merytorycznego dla personelu wewnętrznego, mentoringu i nadzorowanej pracy terenowej w przypadku szkoleń przeznaczonych dla szerszej rzeszy odbiorców zewnętrznych.

Szkolenia w miejscu pracy, ze względu na specyficzny charakter sytuacji kryzysowej, mogą okazać się najskuteczniejszą metodą budowania potencjału, nie opóźniając reakcji. Szkolenie takie odbywa się w godzinach pracy, a trenerzy i trenerki dołączają do zespołów w trakcie pracy terenowej. Nawet szkolenie w miejscu pracy powinno obejmować wymienione trzy etapy, co zagwarantuje jego skuteczność i bezpieczeństwo. Jeśli chodzi o szkolenia dotyczące procesów, np. szkolenia dla personelu i kierownictwa programu CB MHPSS, ich zakres jest odwrotnie proporcjonalny do wyjściowego zestawu bazowych umiejętności

w kontekście danej sytuacji kryzysowej. Jak już wspomniano, w niektórych sytuacjach program wymaga utworzenia podwalin pod określone umiejętności, w innych natomiast personel jest na tyle gruntownie przeszkolony, że dalsze szkolenie służy głównie harmonizacji działań, nabyciu umiejętności dodatkowych i zaspokojeniu potrzeb zidentyfikowanych w ramach **nadzoru merytorycznego**.

W kolejnej części znajdą się wskazania praktyczne dotyczące organizacji szkoleń z procesów i szkoleń z aktywności w ramach programu CB MHPSS.

➔ 15.4. CO POWINNA ROBIĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

15.4.1 Mapowanie i partnerstwo

Ocena i mapowanie powinny obejmować ocenę istniejącego potencjału i luk, włącznie z istniejącymi potrzebami szkoleniowymi i zasobami szkoleniowymi w kraju w związku z różnymi aspektami **programu MHPSS**.

Przeprowadzona analiza będzie pomocna w określeniu:

- Spodziewanego potencjału członków i członkiń PMT i ich potrzeb szkoleniowych;
- Aktualnego potencjału szkoleniowego w kraju objętego mapowaniem, w zestawieniu z potrzebami;
- Umiejętności, których brakuje w kraju;
- Budżetu szkoleniowego;
- Trenerów i osób nadzorujących.

15.4.2 Szkolenie w zakresie procesów

15.4.2.1 Szkolenie personelu programu

Na podstawie umiejętności posiadanych przez członków i członkiń personelu oraz PMT opracowany zostanie program szkoleń.

Oprócz cotygodniowego nadzoru merytorycznego personel będzie przechodził comiesięczne szkolenia, początkowo w zakresie głównego programu opracowanego na początku kryzysu, a następnie w zakresie dostosowanym do pojawiających się potrzeb, zidentyfikowanych w ramach superwizji. Comiesięczne szkolenia będą odbywać się w miejscu pracy lub w formie warsztatów i będą prowadzone przez trenerki i trenerów krajowych lub międzynarodowych, we współpracy z koordynatorką lub koordynatorem programu i osobą sprawującą nadzór merytoryczny. Szkolenia będą organizowane dla całego personelu lub określonych grup – osoby z zespołu mogą zostać pogrupowane i przeszkolone według funkcji (wszyscy terapeuci/ terapeutki, animatorzy/ animatorki społeczności itd.). Więcej informacji na temat szkoleń podstawowych można znaleźć w rozdziale **Mobilne zespoły wsparcia psychospołecznego**. Więcej informacji na temat szkoleń dodatkowych z zakresu określonych działań zawierają poszczególne rozdziały.

15.4.2.2 Szkolenie innych komórek organizacji

Szkolenia te są specyficzne dla każdej organizacji. W IOM celem programów MHPSS jest przeszkolenie:

- Osób pracujących w DTM w zakresie PFA;
- Osób pracujących w obszarze **źródeł utrzymania, ochrony i transformacji konfliktu** w zakresie określonym w poszczególnych rozdziałach;
- Osób pracujących w obszarze opieki zdrowotnej w zakresie opisanym w rozdziale **społeczności dla osób z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego**;
- Osób zatrudnionych w CCCM, patrz punkt **15.4.2.4**.

Koordynatorki i koordynatorzy programu MHPSS będą kontaktować się ze swoimi odpowiednikami i odpowiedniczkami

w innych komórkach w celu zorganizowania tych szkoleń, włącznie z mobilizacją zasobów. Szkolenia mogą być prowadzone przez członków i członkinie zespołów MHPSS. Aby uzyskać więcej informacji na ten temat, napisz na adres contactpss@iom.int.

15.4.2.3 Szkolenie dla podmiotów i partnerów wdrażających



Jak opisano w rozdziale na temat **PMT**, tam, gdzie istnieją instytucje, społeczeństwo obywatelskie lub grupy zawodowe, które są w stanie wypełniać funkcje należące do obszaru zadań PMT, powinny one wdrażać te działania, a IOM lub inne agencje powinny je w tym wspierać. Wsparcie obejmuje superwizję i szkolenia, stosownie do luk w kompetencjach zidentyfikowanych w drodze uczestniczącego mapowania oraz potrzeb szkoleniowych pojawiających się w trakcie pracy i nadzoru merytorycznego. Zastosowany proces powinien być taki sam, jak w przypadku szkolenia PMT, a kwestie logistyczne i priorytety objęte koordynacją z udziałem liderów i liderek tych grup.

15.4.2.4 Szkolenie dla sektora, w którym program jest wdrażany

W szeregu sytuacji kryzysowych IOM prowadzi klaster CCCM. Program MHPSS wdrożony przez IOM naturalnie zapewnia wsparcie osobom z klastra CCCM i całego sektora na wiele sposobów, które obejmują skierowania, wymianę informacji, łączność pomiędzy klastrem CCCM i grupą roboczą MHPSS oraz szkolenia. W szczególności zespoły MHPSS IOM szkolą personel CCCM i kierownictwo obozu w następującym zakresie:

- PFA. Specjalny pakiet szkoleniowy z zakresu PFA został opracowany dla personelu CCCM; można uzyskać go pod adresem contactpss@iom.int;
- Aktywne słuchanie, komunikacja wspierająca i komunikacja oraz mediacje bez przemocy. Odpowiedni model szkoleniowy został ujęty w zakresie głównego szkolenia CCCM, aby go uzyskać, należy napisać na adres contactpss@iom.int lub globalcccm@iom.int;

- podstawowa wiedza w zakresie MHPSS dla sektora CCCM, na podstawie broszury dostępnej [tutaj](#).

IOM lub inne agencje mogą prowadzić działalność w ramach innych sektorów. Pakiety i zasoby szkoleniowe uporządkowane według sektorów można uzyskać u Grupy Referencyjnej MHPSS, podmiotu powiązanego IASC oraz w sieci pod adresem mhps.net, platformie dla praktyków i praktyczek MHPSS, do której można dołączyć bezpłatnie, klikając [tutaj](#).

15.4.2.5 Szkolenie dla osób sprawujących nadzór merytoryczny i koordynujących program MHPSS

Osoby sprawujące nadzór merytoryczny i koordynatorzy lub koordynatorki programu MHPSS także wymagają przeszkolenia, zarówno w chwili rozpoczęcia działań, jak i w trakcie ich wdrażania. Jeśli chodzi o szkolenie wprowadzające, IOM we współpracy z Scuola Sant'Anna di Studi Accademici e Perfezionamento w Pizie (Włochy) już od dziewięciu lat organizuje coroczny program Szkoły Letniej Interwencji Psychospołecznych w Sytuacji Migracji, Kryzysu i Przesiedlenia. Program szkoły letniej obejmuje 100 godzin nauczania w ciągu 12 dni, egzamin końcowy i oferuje 5 punktów akademickich za jego ukończenie. Jego podstawowym celem jest szkolenie osób koordynujących i nadzorujących program MHPSS IOM, lecz uwzględnia on także dodatkowych 20 miejsc dla osób koordynujących i nadzorujących z innych organizacji. Tematy szkolenia są spójne z tymi, które omawia niniejszy podręcznik. Ma ono charakter bardziej krytyczny, badawczo-akademicki, lecz wciąż w dużej mierze praktyczny. Szkołę ukończyło 210 studentów z 45 różnych organizacji.

Instytut Szkolenia Psychospołecznego w Kairze organizuje kursy szkoleniowe ukierunkowane bardziej na wysiedlenia z miast i pracę NGO, z których mogą korzystać także organizacje chcące zapewnić swoim zespołom solidne szkolenie wprowadzające.

Inne oferowane kursy można znaleźć w dedykowanej zakładce na stronie mhps.net.



15.4.3 Szkolenie jako cel programu



Ocena wstępna i **mapowanie** powinny podlegać analizie w celu zidentyfikowania braków szkoleniowych w kraju lub systemie MHPSS, przy czym szkolenia można wyobrazić sobie jako działania programowe, których celem jest wypełnienie tych luk i podniesienie jakości reakcji na sytuacje kryzysowe. Ponadto strategia opierająca się na społeczności oznacza mobilizację istniejących formalnych i nieformalnych grup aktywności społeczno-kulturowej, grup interesu i grup sportowych oraz indywidualnych artystów/ artystek, osób uprawiających sport, przywódczyni i przywódców tradycyjnych i religijnych w celu udzielenia odpowiedzi na niektóre problemy MHPSS lub promowania spójności społecznej, z jednoznacznie określonymi celami psychospołecznymi. W tym przypadku program powinien wspierać szkolenia dla określonych zasobów, które mogą zapewnić wsparcie w jego realizacji w sposób bezpieczny i prawidłowy.

W drugim przypadku mamy do czynienia ze strategią oddolną. Zidentyfikowane zostaną zasoby artystyczne, społeczno-kulturalne i inne. W sytuacji napływu istotnej liczby zaangażowanych specjalistów i specjalistek, aktywistów, aktywistek lub artystów i artystek, będą dla nich organizowane specjalne szkolenia w następującym zakresie:



- Facylitacja grup wsparcia lub **grup** wsparcia koleżeńskiego;
- Bardziej konkretne umiejętności psychospołeczne związane z własnymi funkcjami-umiejętnościami, co obejmuje:
 - Szkolenia z zakresu teatru społecznego dla artystów i artystek występujących na scenie;
 - Elementy terapii poprzez sztukę dla artystów i artystek wizualnych;
 - Szkolenia w zakresie umiejętności coachingu, zarówno technicznych, jak i psychospołecznych, dla osób animujących grupy sportowe;
 - i inne;

Szkolenia będą organizowane:

- Dla osób zainteresowanych, które dowiodły, że szczerze chcą pomagać innym i zmienić obszar swojej działalności;
- Kiedy trenerzy/trenerki i superwizory/superwizorki będą dostępni.

- Gdy zostanie zidentyfikowana istotna liczba chętnych. Dzięki temu szkolenia będą nie tylko bardziej opłacalne, ale także skoncentrowane na zadaniach, które mogą okazać się bardziej popularne lub znaczące kulturowo w danym kontekście.

Szkolenia będą organizowane w trzech krokach i będą obejmowały superwizję.

Aby uzyskać więcej informacji, patrz rozdziały **Działania społeczno-relacyjne i kulturalne**, **Działania kreatywne i artystyczne**, **Sport i zabawa**.



15.4.3.1 Umiejętności w zakresie poradnictwa i szkolenie z zakresu interwencji psychologicznych

Ocena i mapowanie może wskazywać na brak wykwalifikowanych usług poradnictwa, terapii psychologicznej lub interwencji psychologicznej. W celu zaspokojenia potrzeb w tym zakresie możliwe jest zrealizowanie dwóch opcji, z których każdą należy uznać za wyważoną.

Pierwsza z nich to możliwość szkolenia ludzi w zakresie krótkich interwencji psychologicznych, np. **PM+**, tak aby znacząca liczba odbiorców i odbiorczyń mogła zostać zmobilizowana w stosunkowo krótkim czasie w ramach świadczenia usług opartych na badaniach.



Druga to zatrudnienie szeregu osób z prawidłowym podejściem i zasadami etycznymi, które mogłyby stworzyć podstawę dla poradnictwa i pomocy psychologicznej. Dzięki temu eksperci i ekspertki zyskują większą wszechstronność i możliwość świadczenia kompleksowych usług, ich szkolenie zostanie jednak ukończone w znacznie dłuższym okresie.

IOM woli inwestować w kursy podstawowe umożliwiające rozwój szerokiego wachlarza usług, zamiast skupiać się na stosunkowo krótkich szkoleniach ukierunkowanych na krótkie interwencje lub wyłącznie jeden precyzyjny model w sytuacjach, gdy kursy podstawowe nie istnieją. Terapeutki i terapeuci poddawani szkoleniom będą



w stanie stopniowo świadczyć usługi dzięki organizacji szkoleń na miejscu i nadzorowi merytorycznemu, tworząc zarazem bardziej solidną i elastyczną bazę kompetencji, która w perspektywie długoterminowej może okazać się bardziej zrównoważona. Aby uzyskać więcej informacji, patrz punkty poświęcone szkoleniom i adaptacji w rozdziale **Poradnictwo**.

15.4.3.2 Profesjonalne kursy akademickie

Jedną z głównych cech programów CB MHPSS IOM jest organizacja szkoleń umożliwiających ukończenie programu Executive Master, uzyskanie dyplomu lub certyfikatu kursu z psychospołecznego podejścia do mobilności populacji w krajach bądź społecznościach o niskich zasobach lub dotkniętych kryzysem. Kursy te są organizowane od Bałkanów po Bliski Wschód i Amerykę Południową, w formie zaadaptowanej do określonych potrzeb, zidentyfikowanych w ramach oceny i mapowania, jak również do kulturowych, społecznych i politycznych uwarunkowań kontekstu. Kursy zostały opracowane we współpracy z uniwersytetami państwowymi, z poszanowaniem wymogu akredytacji. Są organizowane co drugi weekend, ponieważ grupą docelową są w tym przypadku osoby już świadczące kluczowe usługi w terenie na rzecz agencji rządowych, pozarządowych i grup społeczeństwa obywatelskiego. Kursy są darmowe, a studentów i studentki wybiera się na podstawie procesu opartego na współzawodnictwie, w ramach którego oceniany jest m.in. potencjalny wpływ osób uczestniczących na świadczenie usług MHPSS. Pod względem pedagogicznym są one uporządkowane w ramach szeregu lektur, materiałów i warsztatów interaktywnych, symulacji i nadzorowanych prac terenowych. Kursy, bez względu na główny temat MHPSS, zawsze promują podejście systemowe, które ułatwia studentom zrozumienie, jak i zarządzanie złożonymi interakcjami pomiędzy systemami geopolitycznymi, historycznymi, inter- i intrapersonalnymi, humanitarnymi, społecznościowymi oraz kulturalnymi/ subkulturowymi. Kursy funkcjonują jako przestrzeń dialogu pomiędzy ekspertami i ekspertkami międzynarodowymi, identyfikowanymi przez Sekcję Zdrowia Psychicznego, Reakcji Psychospołecznych i Komunikacji Międzykulturowej IOM, krajowymi ekspertkami i ekspertami akademickimi zaangażowanymi z inicjatywy krajowych uniwersytetów i osobami działającymi w terenie. Odpowiadają one na zidentyfikowaną, pilną potrzebę zwiększania potencjału na bazie przygotowania i rozwoju oraz umożliwiają uczestnikom i uczestniczkom zachowanie ciągłości świadczenia usług w terenie oraz nadzór merytoryczny pracy terenowej.



15.5. STUDIA PRZYPADKU

15.5.1 Studium przypadku do szkolenia z zakresu procesów: doświadczenia Instytutu Szkolenia Psychospołecznego w Kairze (PSTIC) w warunkach miejskich

Modele interwencji MHPSS są najskuteczniejsze w przypadku, gdy są kulturowo i kontekstowo dostosowane do potrzeb i problemów danej populacji. PSTIC prowadzi działalność głównie w Kairze (Egipt). W Egipcie przebywa obecnie 240 000 uchodźców i osób ubiegających się o azyl pochodzących z 58 krajów. Większość z nich mieszka w Kairze, stolicy, w obszarach miejskich, razem z 22 mln Egipcjan. Większość musi samodzielnie troszczyć się o byt. Jakość ich życia jest niższa niż nawet najbiedniejszych Egipcjan. Obszary miejskie, które zamieszkują, podobnie jak ośrodki opieki zdrowotnej i edukacji, są niedofinansowane i przeludnione. Koszt utrzymania przewyższa dzienną stawkę wynagrodzenia. Uchodźcy i uchodźczynie marzą o przesiedleniu, jednak niewielu wyjeżdża. Większość latami żyje w ubóstwie, w poczuciu niepewności i braku perspektyw na przyszłość. PSTIC skonstruował model miejski, w którym sieć przeszkolonych uchodźców i uchodźczyń oferuje wspólnotową i domową opiekę w zakresie MHPSS całodobowo, przez 7 dni w tygodniu. Zespół PSTIC to wielojęzyczna, wielokulturowa i wielodyscyplinarna sieć pracowników i pracowniczek z różnych krajów; ponad 90 procent w tej grupie stanowią uchodźcy i uchodźczynie. PSTIC działa na rzecz najuboższych, ze szczególnym uwzględnieniem osób, które nie poszukują opieki instytucjonalnej. Nikomu nie odmawia się pomocy, a wszelkie wysiłki są ukierunkowane na wspieranie potrzebujących poprzez kierowanie ich do innych organizacji, a gdy nie ma takiej możliwości – podnoszenie ich na duchu. Usługi wsparcia są oferowane na wszystkich poziomach piramidy interwencji opisanej w Wytycznych Stałego Komitetu Międzyagencyjnego (IASC) w obszarze MHPSS w sytuacjach kryzysowych (IASC, 2007). Obejmują one między innymi: działającą przez 7 dni w tygodniu, całodobową infolinię obsługiwaną przez zespół udzielający informacji i reagujący na sytuacje kryzysowe;

wielojęzyczny zespół mobilny, który każdego dnia przekazuje informacje do miejscowych ośrodków; wsparcie w zakresie bezpiecznych domów; pomoc w uzyskaniu opieki zdrowotnej, w szczególności w sytuacjach nagłych, a także działania na rzecz osób zatrzymanych. Ponadto osoby przeszkolone do sprawowania funkcji pracowników i pracowniczek psychospołecznych (ang. psychosocial workers, PSW) pracują w swoich społecznościach, rozpatrując indywidualne sprawy, udzielając wsparcia psychospołecznego i porad poszczególnym osobom, rodzinom i grupom, rozwiązując problemy i przeprowadzając mediacje, towarzysząc im i kierując ich do innych usług. Co więcej, egipscy psychiatry pracują wraz z zespołem uchodźców, świadcząc usługi całodobowo, przez 7 dni w tygodniu i zapewniając połączone wsparcie psychiatryczne i psychospołeczne, zarówno w stanach ostrych, jak i przewlekłych zaburzeń zdrowia psychicznego.

Niewielu PSW, którzy dołączają do PSTIC, posiada jakiegokolwiek przeszkolenie lub doświadczenie z zakresu MHPSS. PSW są dobierani bardzo starannie spośród lokalnej społeczności na podstawie cech charakteru i zaangażowania w niesienie pomocy innym. Przed rozpoczęciem pracy przechodzą pięcioletniowy szkolenie, którego program rozpoczyna się od zajęć z etyki i obejmuje podstawy psychologii, wiedzę o społeczeństwie i zdrowiu, praktyczne doskonalenie umiejętności niezbędnych w niesieniu pomocy innym, jak również umiejętności przydatne w pracy, takie jak zarządzania czasem. Po ukończeniu szkolenia co tydzień doskonalone są nabyte umiejętności. PSW dysponują także mechanizmami nadzoru indywidualnego i grupowego. Każdy z pracowników i pracowniczek należy do niewielkiego, wielonarodowego zespołu, na czele którego stoją doświadczona osoba – uchodźca i lekarz psychiatra. Zespół spotyka się raz w tygodniu, aby omawiać najtrudniejsze przypadki i problemy w otwartym, bezpiecznym środowisku edukacyjnym. Pewne podstawowe elementy są niezbędne. Zaangażowanie w opiekę nad uchodźcami i uchodźczyniami obejmuje zagwarantowanie im wynagrodzenia; środowiska, które zapewnia im możliwość otwartej wymiany poglądów na temat złożoności ich sytuacji jako pracowników i pracowniczek socjalnych służących własnej społeczności i organizacji oraz ciągłości zajęć która przyczynia się do budowania zespołu i pozwala jego członkom i członkiniom prawidłowo o siebie zadbać.

15.5.2 Studium przypadku: szkolenie jako działanie w ramach programu. Program Executive Master w zakresie wsparcia psychospołecznego i dialogu w Libanie

W 2013 roku organizacja opracowała program reagowania na potrzeby psychospołeczne Syryjczyków i Syryjek mieszkających w Syryjskiej Republice Arabskiej, i postanowiła skupić się na budowaniu potencjału miejscowych pracowników i pracowniczek psychospołecznych w odpowiedzi na zaistniały kryzys. Jedną z wielu inicjatyw, zapoczątkowanych przez IOM – roczny program Executive Master w zakresie wsparcia psychospołecznego i dialogu – został opracowany na uniwersytecie w Libanie po szeregu konsultacji. Program został opracowany dla dwóch roczników. W 2017 roku podobny, ale krótszy kurs zorganizował Uniwersytet Nauk Społecznych (ASBU) w Ankarze dla syryjskich i tureckich pracowników i pracowniczek socjalnych współpracujących z uchodźcami i uchodźczyniami syryjskimi w kraju.

Aby uzyskać informacje na temat początków i struktury programu, przeczytaj wstęp do tej **publikacji**.

Aby uzyskać opis modułów, informacje wprowadzające oraz wiadomości o uczestniczących w programie, obejrzyj **film**.

Aby zapoznać się z opisem głównych wątków prac terenowych w ramach dwóch edycji programu realizowanego w Libanie, kliknij **tutaj**.

Aby przeczytać cztery najlepsze prace terenowe studentek i studentów, uczęszczających na kurs w Ankarze, zapoznaj się z poświęconym im artykułem w czasopiśmie Intervention, dostępnym **tutaj**.

Aby dowiedzieć się więcej, obejrzyj pokaz slajdów **tutaj**.



➔ 15.6. WYZWANIA I WZGLĘDY SZCZEGÓLNE

W przypadku nadzoru merytorycznego, jeśli role nadzorująca i koordynacyjna nakładają się na siebie, kwestie władzy i odpowiedzialności mogą uniemożliwić zrealizowanie pełnego, darmowego procesu nadzoru. Pomocne może okazać się wyznaczenie jednoznacznych granic na samym początku procesu nadzoru, a następnie dostosowywanie treści sesji do ewentualnych braków. Jednak zgodnie z dobrą praktyką, stanowiska te powinny być rozdzielone.

Odmienne role koordynacyjna i nadzorująca, jak i dzielące je granice, powinny być wyraźnie zdefiniowane i zakomunikowane, aby uniknąć nieporozumień i nakładania się zadań.

Zarówno w przypadku nadzoru merytorycznego, jak i szkolenia programy mogą nie otrzymywać finansowania lub otrzymywać niedostateczne finansowanie, w zależności od zasad wprowadzonych przez darczyńców. Procesy te nie należą faktycznie do kategorii działań ratujących życie, dlatego też projekt może zostać wykluczony z zakresu finansowania bez względu na jego skalę. Powstaje w ten sposób sytuacja, w której agencja otrzymuje wniosek o udzielenie wsparcia na dużą skalę, ale nie będzie w stanie zapewnić stosownej jakości i minimalnych standardów interwencji. Problem ten można rozwiązać, powiększając pulę darczyńców i podkreślając zależność sytuacji kryzysowej z potrzebą rozwoju, a zarazem ograniczając koszty szkoleń i nadzoru oraz identyfikując trenerów i trenerki krajowe i regionalne.

Kolejnym wyzwaniem w kontekście szkoleń jest krótki czas trwania programów kryzysowych, a w wielu przypadkach, niezdolność koordynatorki lub koordynatora projektu do przewidzenia przepływu funduszy. Może to prowadzić do rozproszenia, które – o ile nie zostało uwzględnione w planach – rodzi z kolei frustrację. Dlatego zaleca się planowanie szkoleń na podstawie ich maksymalnego czasu trwania w odniesieniu do czasu realizacji programu oraz dostosowanie do tych ram celów szkolenia.

➔ MATERIAŁY DODATKOWE

Bragin, M.

2012 So that our dreams will not escape us: Learning to think together in time of war.

Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals, 32(2):115–135.



Haans, T., J. Lansens i H. Brummelhuis

2007 Clinical Supervision and Culture: A Challenge in the Treatment of Persons Traumatized by Persecution and Violence. In: *Voices of Trauma* (B. Drożdżek and J.P. Wilson, eds.). Springer, Boston.



Sangath i London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM)

2013 *The Premium*

Counselling Relationship Manual. LSHTM, Londyn.



Pełna bibliografia zawierająca materiały dodatkowe jest dostępna [tutaj](#).


16. MONITOROWANIE I EWALUACJA



➔ 16.1. CO POWINNA WIEDZIEĆ OSOBA KIERUJĄCA PROGRAMEM MHPSS

Monitorowanie i ewaluacja, obecnie określane jako monitorowanie, ocena, odpowiedzialność i uczenie się (MEAL) (Projekt Sphere, 2015), stanowią integralną część każdego programu MHPSS w sytuacjach kryzysowych. Oparty na społeczności i jej uczestnictwie proces MEAL łączy koordynatorki i koordynatorów programu, personel, liderów i liderki społeczności, osoby uczestniczące w programie oraz klientki i klientów, aby zapewnić prawidłową realizację programu. Zwiększa on zdolność osób koordynujących program MHPSS do refleksji na temat wykonanej pracy, zdolność do jej ukończenia zgodnie z przyjętym planem oraz stwierdzenia bez jakichkolwiek wątpliwości, czy – i w jakim stopniu – spełniła ona oczekiwania w zakresie poprawy jakości MHPSS w społecznościach dotkniętych kryzysem. Proces ten powinien umożliwiać wprowadzanie zmian w działaniach i programach, a także powinien usprawniać metody uczenia się społeczności o skutecznych interwencjach w zakresie MHPSS w sytuacjach kryzysowych i po ich ustąpieniu.

Opisywany proces stwarza dodatkowe możliwości w postaci przejęcia go przez społeczność i wzięcia odpowiedzialności za uzupełnienie instytucjonalnych narzędzi uczenia się na poziomie projektu i wdrażania.

 Celem niniejszego rozdziału jest wprowadzenie pojęcia **opartego na społeczności i uczestniczącego** monitorowania i ewaluacji programów MHPSS i objaśnienie kluczowej roli tego procesu w analizie potrzeb, zasobów, dostosowanych społecznie i kulturowo strategii wdrażania oraz celów w szybko zmieniającym się środowisku kryzysów humanitarnych, biorąc pod uwagę fakt, że społeczności nie są **homogeniczne**.



Monitorowanie i ewaluacja to odrębne, choć powiązane ze sobą procesy. W *Wytycznych Stałego Komitetu Międzyagencyjnego (IASC) w obszarze MHPSS w sytuacjach kryzysowych (IASC, 2007)*, zostały one zidentyfikowane jako kluczowy element programowania MHPSS w sytuacjach kryzysowych. Arkusze działań 2.1 i 2.2 należy czytać razem z rozdziałem 3 zatytułowanym **Ocena i mapowanie** oraz z wprowadzeniem do niego.



Rysunek 15: Monitorowanie i ewaluacja



Źródło: IASC (2017).

Monitorowanie i ewaluacja mają zastosowanie do następujących elementów projektu:

- Wkład w projekt: fundusze, materiały, sprzęt, personel i inne zasoby wykorzystywane w celu zrealizowania działań projektowych.
- Wynik projektu: działania osiągnięte podczas wdrażania projektu (np. sesja szkoleniowa dla personelu lub ułatwiony dostęp do usług lub obiektów), aby udowodnić, że plany operacyjne są realizowane.
- Wyniki projektu: co powstaje w trakcie realizacji projektu w postaci osiągniętych wyników.
- Wpływ projektu: długotrwała zmiana, jaka zachodzi w jednostkach, rodzinach i społecznościach, będąca konsekwencją realizacji projektu.

16.1.1 Czym jest monitorowanie

Monitorowanie to systematyczne gromadzenie informacji w celu oceny postępów działania w czasie (IASC, 2007). Monitorowanie porównuje zamiar z wynikiem (Sphere, 2018). W trakcie kryzysu humanitarnego nawet najlepsze oceny i założenia programu nie pozwolą dokładnie przewidzieć związanych z kryzysem zmian okoliczności, trudności związanych z wdrażaniem programu w określonych

obszarach czy też innych komplikacji z nim związanych. Monitorowanie oparte na społeczności i uczestniczące umożliwia zastosowanie mechanizmu uczenia się, kontekstualizacji i adaptacji programów podczas ich wdrażania (Sphere, 2018).

16.1.1.2 Dlaczego monitorować programy MHPSS

Monitorujemy dwie rzeczy: proces (czy jest wdrażany prawidłowo w danych okolicznościach?) i wyniki (czy zastosowane mechanizmy działają?). Poza tym osoby wdrażające programy pragną, aby inni zauważyli i docenili ich pracę, a w razie konieczności pomogli wprowadzać niezbędne zmiany. Programy można wtedy modyfikować, aby realizowały przyjęte założenia, zgodnie z doświadczeniem zaobserwowanym w kontekście lokalnym.

16.1.1.3 Kiedy monitorować programy MHPSS

Monitorowanie to proces ciągły, warto jednak sprawdzić po 30 dniach, czy – i w jaki sposób – wdrożenie jest możliwe i jakich następczy problemów. Po 60 dniach natomiast należy upewnić się, czy wszystko działa, podobnie po 90 dniach i co 90 kolejnych dni aż do końca programu.

16.1.1.4 Oparty na społeczności monitoring uczestniczący

Monitoring może przybrać postać metody, znanej jako oparty na społeczności monitoring i ewaluacja uczestnicząca. Metoda ta obejmuje mechanizmy uczenia się, kontekstualizacji i adaptacji programów przez cały okres ich wdrażania (Sphere, 2018). Opisywany proces może składać się z następujących działań:

- Rozmów z kierownictwem i personelem projektu;
- Obserwowania działań projektowych w trakcie ich realizacji;
- Wysłuchania uczestników i uczestniczek programu opowiadających o swoich doświadczeniach w trakcie programu podczas spotkań grup fokusowych;

- Uczestniczenia w spotkaniach grup fokusowych z przedstawicielami i przedstawicielkami społeczności;
- Wyszukiwania przedstawicieli i przedstawicielek społeczności, nieuczestniczących w działaniach, w celu zdobycia danych na temat włączenia i wykluczenia;
- Opracowania siatki monitorowania wraz ze wskaźnikami dla każdego z celów projektu oraz przeprowadzenie spotkania z beneficjentami i beneficjentkami projektu w odniesieniu do każdego z punktów w celu stworzenia wykresu postępów.

Kliknij [tutaj](#), aby obejrzeć przykładowy wykres. Po naniесieniu wyników uczestnicy mogą ocenić, czy działania grupy zmierzają we właściwym kierunku, czy podejmowane działania istotnie poprawiają ich samopoczucie i oddziałują pozytywnie na dobrostan psychospołeczny lub czy zachodzą zmiany, które wywierają negatywny wpływ na ich samopoczucie. Jeśli odpowiedź na ostatnie pytanie brzmi „tak”, to czy można temu zaradzić.



16.1.1.5 Pytania zadawane w ramach opartego na społeczności monitoringu uczestniczącego

Oparty na społeczności monitoring uczestniczący pozwala znaleźć odpowiedzi na następujące pytania:

- Czy program jest wdrażany zgodnie z planem po zakończeniu oceny uczestniczącej?
 - Jeśli nie, jakie są przeszkody?
 - Jak należy do nich podejść? Czy program wymaga dalszej kontekstualizacji?
- Czy udało się dotrzeć do wszystkich docelowych populacji dotkniętych kryzysem?
 - Kto jest wykluczony i dlaczego?
 - W jaki sposób włączyć do programu grupy objęte marginalizacją?
- Czy sytuacja którejkolwiek z grup znacząco się zmieniła?
 - Jakie zmiany są niezbędne, aby umożliwić funkcjonowanie w nowych okolicznościach?
- Czy potrzeby, zasoby i metodologia interwencji, określone na etapie oceny, nadal mają znaczenie dla dobrostanu psychospołecznego jednostek i grup?

16. MONITOROWANIE I EWALUACJA

- Czy proponowane działania mogą jeszcze polepszyć ich dobrostan psychiczny i relacje społeczne?
- Jakie są dotychczasowe niezamierzone skutki negatywne?
 - W jaki sposób wpływają one na dobrostan populacji?
 - Jakie działania zostaną w związku z tym podjęte w ramach programu?
 - Czy istnieje funkcjonujący i przejrzysty mechanizm składania skarg?
- Czy koordynacja międzyagencyjna przebiega zgodnie z planem?
 - Jeśli nie, jakie zmiany trzeba wprowadzić?
- Czy członkowie i członkinie personelu działają zgodnie ze standardami? Czy dostępne są programy i środki dbania o siebie?
 - Jeśli nie, jakie zmiany należy wprowadzić?
 - Należy zidentyfikować i wspierać pozytywne działania personelu, osób biorących udział oraz członków i członkiń społeczności.

Po udzieleniu odpowiedzi na powyższe pytania dane z monitoringu mogą posłużyć do dalszej pracy nad programem, projektem i interwencjami, mogą również umożliwić zweryfikowanie kryteriów docelowych i pozwolą potwierdzić, że interwencja dociera do potrzebujących (Warner, 2017).

16.1.2 Czym jest ewaluacja

Ewaluacja to systematyczna i obiektywna ocena projektu, wdrożenia i wyników trwającej lub zakończonej interwencji, projektu, programu lub polityki (Sphere, 2017).

Ewaluacja obejmuje analizę programu w określonych punktach czasowych, początkowo minimalną, następnie w trakcie (jeśli jest to możliwe) i po zakończeniu projektu, aby zagwarantować osiągnięcie pożądanych rezultatów, wskazanych w ocenie wstępnej. Zaangażowanie członków i członkiń społeczności i osób uczestniczących w programie w proces ewaluacji umożliwia włączenie ich w proces uczenia się. W programach MHPSS IOM

przeprowadza techniczną ewaluację wyników i – jeśli to możliwe – wpływu:

- Ewaluacja wyników ocenia efektywność programu w zakresie wprowadzania zmian. Zadane zostaje pytanie o los uczestników i uczestniczek programu i wpływ programu na te osoby. Ocenę przeprowadza się ponownie w trakcie trwania projektu interwencji, a następnie po jego zakończeniu.
- Ewaluacja wpływu ma na celu określenie, czy projekt zapoczątkował trwałe zmiany w zakresie zdrowia psychicznego uczestników i uczestniczek, ich dobrostanu psychospołecznego, postaw, zachowań i relacji społecznych.

Ramka 71

Pytania, na które stara się odpowiedzieć IOM w ramach ewaluacji programów MHPSS

- W jaki sposób program został zrealizowany? Które procesy przyczyniły się do pozytywnych i negatywnych skutków?
- Które czynniki zewnętrzne i wewnętrzne ukształtowały (pozytywnie i negatywnie) wpływ projektu?
- W jaki sposób integracja wyspecjalizowanych usług świadczonych w ramach projektu przyczyniła się do stabilizacji i leczenia uzależnień, a także zaburzeń zdrowia psychicznego i neurologicznych oraz czy pozwoliła im zapobiec?
- Czy projekt zwiększył odporność i inkluzywność, wzmocnił pozytywne więzi międzyludzkie, czy przywrócił wolę działania, poczucie sprawczości na poziomie jednostki i społeczności, czy przywrócił nadzieję jednostkom, rodzinom i grupom na każdym z docelowych poziomów piramidy?
- Czy projekt wzmocnił ochronę osób w instytucjach, poddanych segregacji w domach, namiotach i obozach?
- Jakie są najważniejsze dobre praktyki, innowacje i wnioski wyciągnięte z wdrożenia, monitorowania i ewaluacji projektu?
- Jakie zmiany strukturalne i ciągłe zaszły w życiu jednostek, rodzin i społeczności uczestniczących w projekcie?

16.1.3 Informacje dotyczące wskaźników

Wskaźniki to mierzalne informacje, które pomagają zadawać pytania określone w planie monitorowania i ewaluacji i udzielać na nie odpowiedzi. Wybrane wskaźniki stanowią element pozostałej części planu monitorowania i ewaluacji, włącznie z metodami, analizą danych i sprawozdawczością. Wskaźniki mogą mieć charakter ilościowy lub jakościowy. Wskaźniki uczestniczące, opracowane wspólnie z interesariuszami (w szczególności z członkami i członkiniami społeczności i osobami uczestniczącymi w działaniach), pomagają wszystkim zainteresowanym określić precyzyjnie, czy programy są skuteczne w zakresie poprawy zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego w społeczności. Silne wskaźniki są specyficzne, mierzalne, osiągalne, istotne i ograniczone czasowo (SMART).

- Wskaźniki wkładu: mierzą wkład niezbędny, aby umożliwić wdrożenie programu (włącznie z finansowaniem, personelem, kluczowymi partnerami i infrastrukturą).
- Wskaźniki produktu: wiele programów wykorzystuje wskaźniki produktu jako wskaźniki procesu. Mocne wyniki oznaczają, że działania w ramach programu zostały wdrożone.
- Inne wskaźniki służą gromadzeniu wyników działań i oddzielnie wyników dotyczących produktu/ efektów osiągniętych dzięki tym działaniom.
- Wskaźniki wyniku: mierzą, czy program osiąga spodziewane efekty/prowadzi do zmian w perspektywie krótko-, średnio- i długoterminowej.
- Wskaźniki wpływu: ponieważ wskaźniki wyniku mierzą zmiany zachodzące w czasie, należy je mierzyć co najmniej w punkcie bazowym (przed rozpoczęciem programu/projektu) oraz na koniec projektu. Wyniki długoterminowe często są trudne do zmierzenia i przypisania do pojedynczego programu.

Przykłady analizy zadanych pytań w odniesieniu do programów CB MHPSS znajdują się w materiale, do którego odnośnik umieściliśmy w punkcie 16.1.4.

16.1.3.1 Cele i wskaźniki zaczerpnięte ze wspólnych ram

Grupa Referencyjna IASC ds. Zdrowia Psychicznego i Wsparcia Psychospołecznego w warunkach kryzysu opracowała Wspólne ramy IASC monitorowania i oceny programów wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego w sytuacjach kryzysowych (IASC, 2017). Dokument ten prezentuje konsensus co do celów, wskaźników i działań w zakresie monitorowania i ewaluacji programów MHPSS w sytuacjach kryzysowych. Cały dokument można znaleźć [tutaj](#). W tekście zawarte jest podsumowanie kluczowych elementów w powiązaniu z CB MHPSS. Dokument opisuje pięciostopniowy proces monitorowania i ewaluacji programów MHPSS:

1. Zwykła ocena programu MHPSS. Przystąpienie do projektowania programu MHPSS, aby spełnić potrzeby określone na podstawie oceny wstępnej (patrz rozdział 3).
2. Organizacja analizuje własne wyniki i produkty programu i ich związek z projektem programu. Każda organizacja określa sposób, w jaki projekt przyczyni się do osiągnięcia celu w kontekście wspólnych ram.
3. W fazie projektowania wykonawców zachęca się, aby zweryfikowali wspólne ramy, by sprawdzić, w jakim stopniu dopasowują się one do proponowanych interwencji.
4. W programie stosuje się co najmniej jeden wskaźnik wpływu celu i jeden wskaźnik wyniku z ram wspólnych. Program uwzględnia także wskaźniki wyniku, unikatowe dla struktury programu.
5. Organizacja analizuje możliwe środki weryfikacji w celu zmierzenia wskaźników wpływu i wyniku. Mogą to być wskaźniki poprzednio użyte przez nią lub przez inne organizacje.

Wspólnym celem, określonym dla programów MHPSS, jest „zmniejszenie cierpienia i poprawa zdrowia psychicznego oraz dobrostanu psychospołecznego”. W ramach opisano dwa rodzaje wyników:

- wyniki skoncentrowane na społeczności;
- wyniki skoncentrowane na osobach.



Ramka 72

W jaki sposób monitorowanie i ewaluacja łączy się z odpowiedzialnością i uczeniem się i prowadzi do zakończenia MEAL?

Odpowiedzialność wobec dotkniętych społeczności (AAP) jest integralną częścią cyklu programu humanitarnego, który obejmuje monitorowanie i ewaluację, odpowiedzialność i uczenie się w obszarach dotkniętych kryzysem.

AAP wymaga zaangażowania społeczności w ocenę, projekt, monitorowanie i ewaluację programu. AAP wymaga, aby w sytuacji, gdy programy są poprawiane i adaptowane na podstawie informacji zwrotnych od społeczności, stosować mechanizm raportujący zwrotnie do społeczności wprowadzane zmiany oraz sposób korzystania z przystosowanych usług. Jako że monitoring uczestniczący jest procesem ciągłym, istnieje wiele możliwości przekazania członkom i członkiniom społeczności wyników wszelkich adaptacji. W warunkach niskiej dostępności zasobów informacja ta może zostać rozpowszechniona w ramach grup fokusowych, spotkań i grup aktywności, wymienionych we wcześniejszych częściach podręcznika. W sytuacji, gdy zasobów jest więcej, a program jest realizowany w obszarze miejskim, te metody rozpowszechniania informacji są również użyteczne, należy jednak dodać media społecznościowe i komunikację radiową, aby zwiększyć ich skuteczność.

Zestaw narzędzi AAP IASC zawiera szczegółowe wskazówki wdrożenia tego procesu; można go znaleźć [tutaj](#).

Monitoring uczestniczący i ewaluacja skłaniają do refleksji i ułatwiają uczenie się w procesie, w ramach którego osoby koordynujące, personel, liderzy i liderki społeczności oraz osoby uczestniczące w programie pracują razem nad oceną skuteczności programu. Sesje uczenia się, obejmujące raporty z ewaluacji, umożliwiają uczestniczkom i uczestnikom – którzy wzięli udział w całym procesie, od oceny i wdrożenia po monitorowanie i ewaluację – rozważenie kolejnych kroków.

Jakie rezultaty ewaluacji okazały się zaskakujące? Jakich należało się spodziewać? Które doświadczenia były pozytywne, lecz wygenerowały mało wyników? Sesje tego rodzaju, a także – o ile istnieją odpowiednie zasoby – ich rozpowszechnienie w interaktywnych mediach społecznościowych i organizacjach społeczności, – zagwarantują długoterminowy efekt, który społeczności mogą wykorzystać do poprawy dobrostanu swoich członkiń i członków.

Ważne pytania, które warto zadać:

- Jakie działania podjęto w fazie monitorowania i ewaluacji, aby stworzyć możliwości refleksji i uczenia się?
- W jakim stopniu perspektywa uczestników i uczestniczek wpłynęła na te działania?
- Jak zidentyfikowano problemy w udokumentowanym procesie, w jaki sposób z nimi postąpiono i ujęto je w ewaluacji?

Aby powiązać te praktyki z wymaganiami AAP, kliknij [tutaj](#).

Odzwierciedlają one działania programowe w ramach MHPSS na poziomie społeczności, grupy, rodziny i jednostki.

Ramy identyfikują zarówno pięć głównych wspólnych rezultatów dowolnego programu MHPSS w sytuacji kryzysu, jak i zestaw 49 wskaźników do pomiaru wpływu i osiągnięć. Przewodnik zachęca także, aby oprócz ogólnego celu zamieścić w raporcie co najmniej jeden wynik i związany z nim zestaw wskaźników do monitorowania i oceny każdego projektu MHPSS. Dla ułatwienia tabela nr 12 przedstawia trzy kluczowe wskaźniki dla każdego wyniku, wybrane spośród tych najściślej związanych z opartymi na społeczności działaniami w zakresie MHPSS i strategią IOM, jednakże zaleca się stanowczo, aby publikacja była traktowana jako całość, z pełnym zestawem wskaźników i informacji szczegółowych na temat wdrożenia.

Tabela nr 12: Kluczowe wskaźniki wyników skoncentrowanych na społeczności i na osobach

Rezultaty			
Zorientowane na społeczność	Reakcje w sytuacji kryzysowej nie przynoszą szkodliwych skutków i chronią godność, zapewniają możliwość uczestnictwa, włączenia przez społeczność oraz są akceptowalne społecznie i kulturowo.	Ludzie są bezpieczni i chronieni, a przypadki naruszenia praw człowieka zostały wyeliminowane.	Rodzina, społeczność i struktury społeczne sprzyjają dobrostanowi wszystkich członków i członkiń.
Zorientowane na osobę	Społeczności i rodziny wspierają osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego i problemami psychospołecznymi.	Osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego i problemami psychospołecznymi są otoczone właściwą opieką.	

Źródło: Na podstawie IASC (2017).

Tabela nr 13 przedstawia próbkę kluczowych wyników i wskaźników, ponownie wybranych spośród tych, które najlepiej określają programy CB MHPSS i strategię IOM.

Tabela nr 13: Kluczowe rezultaty i wskaźniki

Rezultaty	
1. Reakcje w sytuacji kryzysowej nie przynoszą szkodliwych skutków i chronią godność, zapewniają możliwość uczestnictwa, włączenia przez społeczność oraz są akceptowalne społecznie i kulturowo.	<ul style="list-style-type: none"> • O1.1: odsetek osób, na które wywarło wpływ, zgłaszających, że reakcje na sytuację kryzysową (a) współgrają z lokalnymi wartościami, (b) są właściwe, (c) nie naruszają godności. • O1.3: odsetek społeczności docelowych, w których ludzie byli w stanie zaprojektować, zorganizować i wdrożyć samodzielnie reakcje na sytuację kryzysową. • O1.4: odsetek personelu przeszkolonego, który przestrzega wytycznych (np. wytycznych IASC) wskazujących, jak unikać wyrządzenia krzywdy.
2. Ludzie są bezpieczni i chronieni, a przypadki naruszenia praw człowieka zostały wyeliminowane.	<ul style="list-style-type: none"> • O2.1: liczba zgłoszonych naruszeń praw człowieka. • O2.2: odsetek społeczności docelowych dysponujących mechanizmami formalnymi lub nieformalnymi, stosowanymi do ochrony, monitorowania i zgłaszania zagrożeń bezpieczeństwa lub grup ryzyka (np. dzieci, kobiety, osoby z poważnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego). • O2.6: Podsetek członków i członkiń grupy docelowej (tzn. całej społeczności lub grup ryzyka), którzy czują się bezpiecznie.

<p>3. Rodzina, społeczność i struktury społeczne sprzyjają dobrostanowi wszystkich członków i członków.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O3.2: zakres wiedzy o rodzicielstwie i rozwoju dziecka oraz umiejętności w tym zakresie wśród opiekunów i opiekunek. • O3.5: poziom kapitału społecznego, zarówno poznawczy (poziom zaufania i wzajemności w społecznościach), jak i strukturalny (uczestnictwo i członkostwo w sieciach społecznych, grupach obywatelskich i wspólnotowych). • O3.6: odsetek społeczności docelowych, które podjęły kroki w celu identyfikacji, aktywacji lub wzmocnienia zasobów lokalnych wspierających dobrostan psychospołeczny i rozwój.
<p>4. Społeczności i rodziny wspierają osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego i problemami psychospołecznymi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O4.1: liczba osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego i problemami psychospołecznymi, otrzymujących prawidłowe wsparcie od rodziny. • O4.2: zdolność osób świadczących opiekę do radzenia sobie z problemami (np. dzięki umiejętności kontroli stresu, rozwiązywania konfliktów, rozwiązywania problemów, umiejętnościom rodzicielskim, wiedzy, gdzie szukać pomocy lub informacji oraz zasobów niezbędnych do sprawowania opieki). • O4.4: percepcje, wiedza, postawy (w tym stygmatyzacja) i zachowania członków i członkiń społeczności, rodzin i/lub usługodawców wobec osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego i problemami psychospołecznymi.
<p>5. Osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego i problemami psychospołecznymi są otoczone właściwą opieką.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O5.4: liczba kobiet, mężczyzn, dziewcząt i chłopców otrzymujących ukierunkowaną pomoc psychospołeczną i psychologiczną (np. psychologiczna pierwsza pomoc, łączenie ludzi z problemami psychospołecznymi z zasobami i usługami, zarządzanie przypadkami, poradnictwo psychologiczne, psychoterapia lub inne interwencje psychologiczne). • O5.6: liczba osób przypadająca na grupę ryzyka (np. dzieci podróżujące bez opieki i rozdzielone z rodzicami, dzieci mające powiązania z grupami zbrojnymi, osoby, które doświadczyły przemocy seksualnej), otrzymujące pomoc ukierunkowaną (zarządzanie przypadkami, poradnictwo psychologiczne, psychoterapia lub leczenie kliniczne zaburzeń zdrowia psychicznego). • O5.8: poziom zadowolenia ludzi z zaburzeniami psychicznymi i psychospołecznymi i/lub ich rodzin odnośnie do otrzymanej opieki.

Źródło: Na podstawie IASC (2017).

Należy zauważyć, że grupa partnerów IASC i John Hopkins University są obecnie w trakcie identyfikacji zalecanego sposobu weryfikacji każdego ze wskaźników. Stosowna publikacja zostanie dodana do wersji podręcznika opublikowanej online. Podręcznik UNICEF dotyczący metod monitorowania i ewaluacji dostosowanych do potrzeb dzieci można znaleźć [tutaj](#).



16.1.3.2 Rozwijanie i wykorzystywanie wskaźników uczestniczących.

Wiele programów MHPSS IOM opisanych w niniejszym podręczniku, które stanowią system odniesienia dla osób z problemami ze zdrowiem psychicznym, koncentruje się na odbudowie systemów ochronnych społeczności, takich jak spójność społeczna i mobilizacja do działania grup w ramach populacji, korzystając z pojęć zdefiniowanych przez samych uczestników i uczestniczki. Działania te przyczyniają się do osiągnięcia tego samego celu, jak w przypadku wszystkich innych programów MHPSS, wymagają jednak określonych wskaźników do przedstawienia wyników podlegających ocenie poza wskaźnikami opisanymi w Przewodniku IASC. W strategii opartej o zasoby własne społeczności fundamentalne znaczenie ma zaangażowanie grup dotkniętych kryzysem w proces identyfikacji i opracowania wskaźników, wykorzystanych podczas monitorowania i ewaluacji.

16.1.4 SEE_PET

SEE_PET to szybka metoda uczestnicząca, która może posłużyć do opracowania wskaźników dobrostanu psychospołecznego w określonym kontekście kulturowym z udziałem określonych grup społecznych. Można ją wykorzystać do opracowania wskaźników efektywności programu MHPSS, na podstawie których personel, uczestniczki i uczestnicy mogą ocenić poziom sukcesu i odrzucić nieskuteczne praktyki. Metoda, opracowana na podstawie przeprowadzonego w trzech krajach badania percepcji dobrostanu psychospołecznego przez kobiety dotknięte konfliktem (Bragin i in., 2014), została zaadaptowana do użycia także w stosunku do dzieci i dorosłych mężczyzn, jak również do kontekstu IDP. SEE_PET służy do angażowania członków i członkiń społeczności w definiowanie i wykorzystanie elementów dobrostanu psychospołecznego w ich własnym języku i sposobie myślenia, dzięki czemu są w stanie przetworzyć definicje operacyjne w osadzone w kontekście wskaźniki SMART. Metoda ułatwia osobom uczestniczącym w programach, członkom oraz członkiniom społeczności, jak również personelowi programu monitorowanie i ewaluację elementów psychospołecznych programów MHPSS w sytuacjach kryzysowych. Uczestnicy i uczestniczki mogą rozważyć potrzeby i zasoby w kontekście kryzysu, a następnie wyrazić i opisać życie, jakie wyobrażają sobie dla siebie i swoich dzieci, teraz i w przyszłości. Metoda ta została zastosowana przez IOM w sytuacjach kryzysowych w kontekście niskiej dostępności zasobów, np. w Sudanie Południowym i Nigerii.

- Aby zapoznać się ze szczegółową instrukcją korzystania z metody SEE_PET, kliknij [tutaj](#).
- Aby utworzyć i nanieść na wykres określone wskaźniki dotyczące dorosłych, kliknij [tutaj](#).
- Aby utworzyć i nanieść na wykres określone wskaźniki dotyczące dzieci i młodzieży, kliknij [tutaj](#).
- Aby zapoznać się z przykładowym studium przypadku IOM, kliknij [tutaj](#).
- Aby zapoznać się z kontekstem i wynikami dalszej analizy badania, kliknij [tutaj](#).



SEE_PET można stosować do procesów opartych na społeczności, jednak na ogół są to procesy kontrolowane przez ekspertów i ekspertki.

Ramka 73

Opracowanie wskaźników skierowań na leczenie uzależnień oraz zaburzeń zdrowia psychicznego i zaburzeń neurologicznych

W niektórych sytuacjach na IOM spoczywa obowiązek identyfikacji osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego, zaburzeniami neurologicznymi oraz uzależnieniami, które wymagają skierowania do odpowiednich placówek, a następnie dalszej obserwacji. W sytuacjach niedoboru zasobów członkowie i członkinie społeczności mogą nie dysponować nawet właściwym systemem dostępnej lokalnie opieki zdrowotnej. W takich przypadkach, jak wskazują najnowsze badania, społeczność ma świadomość występowania objawów kojarzonych z chorobą psychiczną, zaburzeniami neurologicznymi i uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Społeczności często potrafią zidentyfikować i odróżnić osoby, których zachowanie jest wynikiem cierpienia i doświadczonej przemocy, od tych, które wymagają opieki psychiatrycznej (Ventevogel i in., 2013).

Organizacja dyskusji w grupach fokusowych, uzupełnionych spotkaniami z kluczowymi informatorami – np. świadczącymi usługi opieki zdrowotnej, szamanami i szamankami, liderkami i liderami społeczności oraz pracownikami i pracowniczkami placówek opieki psychiatrycznej, o ile są dostępni – może doprowadzić do identyfikacji osób wymagających specjalistycznego skierowania.

W takim przypadku, zamiast zadawać pytania o dobrostan psychospołeczny, można zapytać w grupie fokusowej o osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego i emocjonalnymi o optymalne sposoby opieki nad nimi (Ventevogel i in., 2013). Aby zapoznać się z przykładami i starannym opisem sposobu opracowania i analizy wyników grupy fokusowej, patrz odnośny artykuł [tutaj](#).



➔ 16.2. CO POWINNA ROBIĆ OSOBA KOORDYNUJĄCA PROGRAM MHPSS

Poniżej wymieniono dziewięć etapów rozpoczęcia procesu monitorowania i ewaluacji. Należy zauważyć, że każda sytuacja kryzysowa jest inna, a poszczególne kroki można pomijać lub modyfikować stosownie do potrzeb.

1. Ośrodki i lokalizacje: skup się na trzech ośrodkach (np. obóz, ośrodek przejściowy, społeczność przyjmująca) lub na trzech lokalizacjach na tym samym obszarze (np. sekcje obozu, pobliskie wioski i okolica).
2. Mapowanie: przeprowadź co najmniej trzy ćwiczenia uczestniczące, np. transekt i spacerzy dla dobrego samopoczucia, schemat sieci społecznych (patrz **INTRAC website**) znajdziesz tu zasoby i darmowe publikacje o powiązanej tematyce (**tutaj**), i **karty oceny społeczności**; odwiedź także stronę MHPSS.net, gdzie znajdziesz dostępne do pobrania narzędzia praktyczne wraz z **instrukcjami obsługi**.
3. Populacja dotknięta problemem: celowo dobrana próbka około 30 rozmówców i rozmówczyń dla każdego miejsca/każdej lokalizacji, w tym kobiety i dzieci, osoby, które doświadczyły GBV, osoby z niepełnosprawnościami, starsze i osoby pochodzące z grup marginalizowanych. Jeśli w programie ma wziąć udział młodzież, należy stworzyć oddzielne grupy dzieci i nastolatków.
4. Interesariusze i strażnicy dostępu: wyodrębnienie czterech kluczowych informatorów/ informaterek dla każdego miejsca/ każdej lokalizacji, z którymi zostaną przeprowadzone wywiady, tj. nauczycieli i nauczycielek, pracowników i pracowniczek opieki zdrowotnej, przywódców i przywódczyń lokalnych i religijnych oraz kierownictwa obozów.
5. Wskaźniki: wyodrębnij co najmniej dwa wskaźniki jakościowe i ilościowe SMART dla każdego działania, produktu i rezultatu.
6. Narzędzia: wybierz co najmniej trzy narzędzia dla każdego wskaźnika, np. formularze monitorowania aktywności, kwestionariusze zadowolenia uczestnika i uczestniczki, dyskusje w grupach fokusowych.
7. Czas: zgodnie z planem operacyjnym, ale w miarę możliwości regularnie, włącznie z cotygodniowym monitorowaniem danych, comiesięcznymi kwestionariuszami zadowolenia uczestnika/ uczestniczki i cokuwartalnymi grupami fokusowymi.
8. Personel: identyfikacja odpowiedniego personelu, znającego odpowiednie języki i posiadającego kompetencje kulturowe umożliwiające przeszkolenie w zakresie gromadzenia danych i zarządzania nimi, w tym liderki i liderów zespołów terenowych, asystentek i asystentów ds. wprowadzania danych, koordynatorów i koordynatorki IT i osoby koordynujące projekty.
9. Zarządzanie danymi: identyfikacja dostępnych platform przechowywania informacji (arkusze kalkulacyjne, bazy danych online i dokumenty Word) oraz formularzy zgłoszeniowych do graficznego przedstawiania danych (np. miesięcznych i kwartalnych).



➔ 16.3. WYZWANIA I WZGLĘDY SZCZEGÓLNE

Wyzwania to m.in.:

- Należy dołożyć starań, aby zapewnić reprezentację wszystkich podgrup w społeczności w procesie monitorowania i ewaluacji. Wymaga to szczególnego wysiłku, aby uniknąć przeszkód uniemożliwiających uczestnictwo, takich jak język, wykształcenie, normy kulturowe, dostępność, dyskryminacja społeczna i płciowa, walki o władzę, interesy polityczne i otwarte konflikty.

16. MONITOROWANIE I EWALUACJA

- Akceptacja kulturowa metodologii i narzędzia opartego na społeczności monitorowania i ewaluacji mogą nie zostać potraktowane poważnie przez interesariuszy i populacje dotknięte kryzysem. Ważne jest, aby włączyć ich do wspólnych działań, angażujących społeczności.
- Subiektywne zmiany i postrzeganie własnego dobrostanu są także determinowane przez współistniejące czynniki zewnętrzne w rodzaju dynamiki konfliktu, etapów przesiedlenia, kulturowych interpretacji choroby, warunków społecznych i narracji politycznych, które mogą gwałtownie się zmieniać w typowym scenariuszu kryzysu. Powyższe kwestie należy wziąć pod uwagę podczas analizy wyników monitorowania i ewaluacji.
- Działania społeczności – np. zgromadzenia publiczne, kampanie edukacyjne, święta religijne, turnieje sportowe, trening umiejętności i promocja różnych sposobów zarobkowania – wymagają specjalnych wskaźników i narzędzi do pomiaru faktycznego wpływu na dobrostan psychospołeczny konkretnych populacji. Są one sygnalizowane w odpowiednich rozdziałach.
- Osiągnięcie pozytywnego, trwałego wpływu w zakresie MHPSS może wymagać więcej czasu niż typowe krótkie ramy operacyjne interwencji kryzysowej. Dlatego wskaźniki i narzędzia ewaluacji muszą być wystarczająco precyzyjne, aby umożliwić zmierzenie trendów i postaw, a nie skonsolidowanych osiągnięć i trwałych zmian.
- W budżecie często brakuje zasobów na odpowiednie i wykwalifikowane zasoby ludzkie do przeprowadzenia MEAL. W takiej sytuacji należy uwzględnić analizę w opisach stanowisk i związanych z nimi kompetencjach kluczowego personelu. Dzięki temu działania te nie będą stanowiły dodatkowego obciążenia, a jedynie element zwykłych obowiązków.

W zależności od skali i charakterystyki kryzysu, określenie wskaźników może być utrudnione w pierwszej fazie reakcji. Społeczności i program mogą osiągnąć tę zdolność w dalszej części procesu. W takich przypadkach SEE_PET lub inne procesy można zainicjować także na późniejszym etapie, ponieważ mogą nadal wywrzeć wpływ na wyniki programu, jak i uczenia się.

MATERIAŁY DODATKOWE

Ager, A., L. Stark, T. Sparling and W. Ager

2011 *Rapid Appraisal in Humanitarian Emergencies Using Participatory Ranking Methodology (PRM)*. Program on Forced Migration and Health, Columbia University Mailman School of Public Health, Nowy Jork.



Augustinavicius, J.L., M.C. Greene, D.P. Lakin and W.A. Tol

2018 Monitoring and evaluation of mental health and psychosocial support programmes in humanitarian settings: a scoping review of terminology and focus. *Conflict and health*, 12(1):9.



Bragin, M., K. Onta, J. Taaka, D. Ntacobakinvuna, K. Adolphs, J. Bolen, N. Tammelleo and T. Eibs

2013 *To be well at heart: Perceptions of psychosocial well-being among conflict affected women in Nepal, Burundi, and Uganda*. CARE Osterreich, Wiedeń.



Eggeman, M. and C. Panter-Brick

2011 Fieldwork and Research Process and Community Engagement: Experiences from the Gambia and Afghanistan. In: *Centralizing Fieldwork: Critical Perspectives from Primatology, Biological and Social Anthropology*. Studies of the Biosocial Society, (4). Berghahn, Nowy Jork.



Międzynarodowa Federacja Towarzystw Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca (IFRC)

2017 *Monitoring and evaluation framework for mental health and psychosocial support in emergency settings: Guidance and Overview*. IFRC, Genewa.



Międzynarodowa Organizacja ds. Migracji (IOM)

2018b *OIG Strategy for the Management of its Evaluation and Monitoring Functions, 2018–2020*. Office of the Inspector General, IOM, Genewa.



Rogers, P.

2014 *Theory of Change: Methodological Briefs – Impact Evaluation No. 2*. UNICEF Office of Research, Florencja



Pełna bibliografia zawierająca materiały dodatkowe jest dostępna [tutaj](#).



ANEKS NR 1 KOORDYNACJA MIĘDZYAGENCYJNA



1. WPROWADZENIE

Koordinacja to istotny element skutecznego wdrożenia programu MHPSS.

Informacje o niej zostały umieszczone w formie aneksu do niniejszego podręcznika nie dlatego, że jest uważana za mniej istotną od innych aspektów programu, ale z następujących przyczyn:

- Koordinacja i partnerstwo z różnymi podmiotami, członkami i członkiniami, organizacjami społeczeństwa obywatelskiego, interesariuszami, populacjami dotkniętymi przez kryzys, klientkami i klientami, liderkami i liderami, przywódcami i przywódczyniami religijnymi i osobami ze świata nauki w zakresie ogólnego planowania i wdrażania programu MHPSS, a także z innymi organizacjami humanitarnymi w celu optymalizacji działań na rzecz oceny i definiowania wspólnych ram monitorowania i ewaluacji, zostały opisane w pozostałych częściach podręcznika. Niniejszy aneks zawiera informacje na temat koordynacji międzyagencyjnej, które mają kluczowe znaczenie dla managerów, ale niekoniecznie stanowią element strategii opartej na zasobach społeczności.
- Wyjątkowa rola, jaką IOM odgrywa lub może odegrać w koordynacji międzyagencyjnej MHPSS, jest istotna dla managerów i managerek MHPSS IOM, ale niekoniecznie ma znaczenie dla osób z innych organizacji.

W rozdziale tym omówimy, w jaki sposób PM w ramach IOM powinni koordynować działania z zakresu koordynacji międzyagencyjnej MHPSS i jak w maksymalnym stopniu zaangażować społeczność na poziomie krajowych grup roboczych MHPSS (MHPSS WG).

Koordinacja międzyagencyjna stanowi kluczowy element reagowania kryzysowego w dowolnej fazie cyklu – włącznie z przygotowaniem i regeneracją – aby zapewnić:

- Prawidłową wymianę informacji i niezawodne kanały komunikacji;
- Identyfikację wspólnych strategii i pierwszeństwa interwencji;
- Równy przydział dostępnych zasobów stosownie do potrzeb, lokalizacji i potencjału operacyjnego partnerów;
- Przestrzeganie zasad humanitarnych i minimalnych standardów;
- Przestrzeganie minimalnych standardów technicznych **i etycznych**;
- Promowanie wspólnych szkoleń i kampanii informacyjnych.

Zasady działań humanitarnych IOM (2015b) stanowią jednoznaczne zobowiązanie organizacji do przestrzegania procedur i wytycznych IASC oraz innych organów koordynacyjnych ONZ. **Ramy Operacyjne Kryzysu Migracyjnego IOM (2012a)** podkreślają znaczenie koordynacji zewnętrznej z zainteresowanymi państwami, IASC i agendami ONZ, ze szczególnym uwzględnieniem UNHCR.

Wspólne pismo IOM i UNHCR w sprawie koordynacji działań obu **agencji**.



2. KOORDYNACJA MHPSS W SYTUACJACH KRYZYSU

W wymiarze globalnym Grupa Referencyjna ds. Zdrowia Psychicznego i Wsparcia Psychospołecznego w sytuacjach kryzysu jest powiązany z IASC podmiotem międzyagencyjnym. Została ona utworzona w roku 2007, bezpośrednio po wydaniu Wytycznych Stałego Komitetu Międzyagencyjnego (IASC) w obszarze MHPSS w sytuacjach kryzysowych (IASC, 2007), w celu:

- (a) Ułatwiania integracji kluczowych założeń Wytycznych we wszystkich sektorach lub klastrach reagowania kryzysowego;
- (b) Ułatwiania współpracy pomiędzy agencjami a interesariuszami (np. rządami i społecznościami) na rzecz MHPSS w sytuacjach kryzysu;
- (c) Wspierania koordynacji międzyagencyjnej i działań na rzecz MHPSS na poziomie globalnym, regionalnym i krajowym;
- (d) Opracowania odpowiednich narzędzi, powiązanych z Wytycznymi i aktywnego rozpowszechniania ich przy pomocy działaczy w terenie;
- (e) Zachęcania poszczególnych agencji do instytucjonalizacji Wytycznych;
- (f) Promocji i wspierania ciągłego rozwoju potencjału, aby umożliwić efektywne wykorzystanie Wytycznych i powiązanych narzędzi;
- (g) Dzielenia się doświadczeniami z wdrażania Wytycznych wśród podmiotów MHPSS;
- (h) Nawiązania współpracy z Systemem Klastrowym ONZ, systemami koordynacji uchodźstwa i migracji na rzecz uwzględnienia MHPSS w polityce, narzędziach, budowaniu potencjału i procesach planowania;
- (i) Ułatwiania procesów tłumaczenia, drukowania i rozpowszechniania wytycznych.

Ramka 1

Aktorzy i organy koordynacji humanitarnej

IASC funkcjonuje jako nadrzędny mechanizm koordynacji międzyagencyjnej i jest zorientowany na działanie w sprawach polityki udzielania pomocy humanitarnej oraz spójnego i szybkiego reagowania ONZ na poważne i złożone sytuacje kryzysowe. **IOM** jest jednym z 19 stałych członków kierownictwa IASC.

Biuro Organizacji Narodów Zjednoczonych ds. Koordynacji Pomocy Humanitarnej (OCHA) działa na poziomie globalnym, regionalnym i krajowym, współpracując z partnerami działalności humanitarnej na rzecz skoordynowanej, strategicznej i odpowiedzialnej realizacji **działań humanitarnych**. OCHA posiada mandat do wspierania działań humanitarnych w złożonych sytuacjach kryzysu i przesiedlenia wewnętrznego. UNHCR pozostaje wiodącą agencją z mandatem do wspierania działań na rzecz uchodźców i koordynacji uchodźstwa, natomiast IOM pełni rolę wiodącą w kwestiach migracji.

Koordinatorem Humanitarnym (HC) i Krajowym Zespołem Humanitarnym (HCT), który składa się z operacyjnych agend ONZ zaangażowanych w reagowanie w sytuacjach kryzysowych, jest głównym organem koordynacyjnym w krajach dotkniętych złożonymi kryzysami humanitarnymi w związku z przesiedleniami wewnętrznymi (uwaga: nie chodzi o uchodźców ani migrantów).

Różne sektory działań kryzysowych koordynuje jedenastka Kłastrów Globalnych:

- Koordynacja i Zarządzanie Obozami (CCCM);
- Wczesna Odbudowa;
- Edukacja;
- Telekomunikacja Kryzysowa;
- Bezpieczeństwo Żywnościowe;
- Zdrowie;
- Logistyka;
- Żywnienie;
- Ochrona, w tym: Ochrona Dzieci, Rozminowywanie, Mieszkalnictwo, Grunty i Nieruchomości oraz Obszary Odpowiedzialności (AoR) za Przemoc ze względu na płeć;
- Schronienie;
- Woda, Warunki Sanitarne i Higieniczne (WASH).

Dla każdego z kłastrów IASC wyznaczyła wiodącą agencję (w tym WHO dla Zdrowia, UNHCR dla Ochrony i IOM dla CCCM w sytuacji wysiedlenia w związku z klęskami żywiołowymi), która otrzyma wsparcie pozostałych organizacji, głównie międzynarodowych NGO (np. Save the Children, UNICEF, jako agencje wiodące Globalnego Klastra Edukacji). Kląstry Globalne mają charakter trwały i funkcjonują na podstawie planów rocznych, a ich celem jest opracowywanie i rozpowszechnianie standardów, praktyk i wiedzy. W chwili rozpoczęcia interwencji humanitarnej te same kląstry tworzy się na szczeblu krajowym, stosownie do potrzeb, liczby zaangażowanych osób oraz na wniosek rządu kraju przyjmującego, zgłaszającego, które kląstry należy aktywować. Niekiedy kląstry łączą się (np. kląstry Zdrowie i Odżywianie w ramach działań w północno-wschodniej Nigerii), czasami nadaje im się nieco odmienne nazwy na prośbę rządu państwa przyjmującego. MHPSS należy potencjalnie do zakresu działań wszystkich kłastrów, przy czym stanowi szczególnie ważną kwestię w przypadku CCCM, Edukacji, Zdrowia, Odżywiania, Ochrony (i ich AoR), Schronienia oraz WASH.

Przeskalowanie Systemu Humanitarnego ma na celu wzmocnienie ukierunkowanych procedur kryzysowych o charakterze zbiorowym i ograniczonym czasowo. Aktywacja przeskalowania jest ograniczona czasowo do sześciu miesięcy i w wyjątkowych **sytuacjach** podlega jednokrotnemu przedłużeniu na kolejne trzy miesiące.



Grupa opracowała ogromny zbiór dodatkowych dokumentów operacyjnych, narzędzi i wytycznych, które są cytowane w podręczniku i do których podano tu odnośniki. Pełną listę publikacji można znaleźć **tutaj**. Szczególnie istotny z punktu widzenia niniejszego podręcznika jest dokument *Strategie programów MHPSS oparte na społeczności: wytyczne (IASC, 2019a)*.

Szczególnie istotna z punktu widzenia personelu IOM jest broszura IASC, *Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne w sytuacji kryzysowej: Co powinni wiedzieć koordynator obozu i zarządca obozu?* (IASC, 2014c), ponieważ jest przeznaczony dla podmiotów działających w ramach klastra, którym IOM współdowodzi w skali globalnej oraz na szczeblu **krajowym**.

Grupa Referencyjna ds. MHPSS wniosowała o utworzenie Grup Roboczych ds. MHPSS na poziomie krajowym i ponadkrajowym, co byłoby najlepszym sposobem koordynowania podmiotów zaangażowanych w działania poszczególnych sektorów reagowania, w szczególności aby uniknąć rozproszenia podmiotów działań humanitarnych tradycyjnie łączonych z klastrami Zdrowia (kliniczne zdrowie psychiczne) oraz Ochrony (społecznościowe wsparcie psychospołeczne). Grupa Robocza ds. MHPSS powinna współpracować z odpowiednimi klastrami i działać aktywnie na rzecz mobilizacji zasobów w ramach Skonsolidowanego Procesu Odwoławczego, opracowując zasady i promując wspólne kampanie. Chodzi nie tylko o koordynację działań operacyjnych różnych świadczeniodawców, ale także o spójność zintegrowanej strategii programowej w zakresie usług MHPSS (cztery warstwy piramidy) we wszystkich obszarach reagowania na kryzys humanitarny.

Preferowanym rozwiązaniem byłoby utworzenie Grup Roboczych ds. MHPSS na poziomie krajowym i ponadkrajowym na wczesnym etapie kryzysu. Grupy Robocze ds. MHPSS nie powinny być łączone z pojedynczymi klastrami, ale funkcjonować jako łączniki pomiędzy nimi (organ mobilny, wspierający wszystkie znaczące klastry – CCCM, Zdrowia, Edukacji, Odżywiania i Ochrony). Każda z organizacji uczestniczących może w takiej sytuacji otrzymać zadanie oznaczenia klastra, który jest jej najbliższy w kontekście tworzenia programów.

Ramka 2

IOM i Grupa Robocza IASC ds. MHPSS

IOM jest członkiem grupy od chwili jej powstania i zinstytucjonalizowała korzystanie z Wytycznych w swoich wewnętrznych zaleceniach, w szkoleniach wewnętrznych dla podmiotów z obszaru MHPSS, klastra Ochrona, Zdrowie i Reagowanie Kryzysowe, w szkoleniach zewnętrznych podmiotów z obszaru MHPSS oraz w procesie rekrutacji personelu MHPSS.

Rysunek 16: Ogólny schemat reagowania humanitarnego – struktura koordynacji zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego (MHPSS) dla kryzysów na dużą skalę z udziałem wielu podmiotów z obszaru MHPSS - do adaptacji lokalnej -



IOM należy do organizacji, które zwykle przejmują przywództwo w tworzeniu i nadzorowaniu Grup Roboczych ds. MHPSS na poziomie krajowym. Przewodniczyła lub współprzewodniczyła grupom w różnych krajach i podczas wielu sytuacji kryzysowych na całym świecie, w takich lokalizacjach, jak Mjanma, Haiti, Nigeria, Sudan Południowy, Libia, Irak i wiele innych.

Kiedy pozwala na to skala i zakres projektu, IOM powołuje na pełen etat międzyklastrowego koordynatora ds. MHPSS (Sudan Południowy, Nigeria, Haiti), co jest opcją preferowaną. Koordynator/ koordynatorka jest powiązany strukturą zarządczą z koordynatorem lub koordynatorką IOM ds. MHPSS, technicznie jednak może zwracać się do globalnych współprzewodniczących Grupy Referencyjnej MHPSS IASC z wnioskiem o wydanie wytycznych.

Jeśli zakres lub zasoby przeznaczone na program są zbyt małe, aby utworzyć odpowiednie stanowisko, część czasu pracy osoby koordynującej program MHPSS i /lub dyrektora MHPSS przeznaczają się na wspieranie Grup Roboczych MHPSS w charakterze współprzewodniczących lub aktywnych członków. Na ogół w takim przypadku, w wersji minimum, personel MHPSS IOM działa jako ogniwo łącznikowe pomiędzy Grupą Roboczą MHPSS i klastrem CCCM.

Jeżeli utworzenie międzysektorowej Grupy Roboczej MHPSS nie jest możliwe, należy zadbać, aby punkty kontaktowe MHPSS znalazły się w odpowiednich grupach roboczych klastrow i podklastrow, aby zapewnić minimum skoordynowanych działań.

- Wymiana informacji w zakresie kontekstu działań operacyjnych i dokumentów, w tym oceny potrzeb MHPSS, wskaźników, narzędzi gromadzenia danych, raportów z kampanii i planów działania.
- Tworzenie i ciągłe aktualizowanie listy mailingowej organizacji uczestniczących w celu szybkiego rozprowadzania informacji, materiałów i harmonogramów (spotkania, warsztaty i inne wydarzenia).
- Przeprowadzanie wspólnych ocen potrzeb i badań z zakresu MHPSS.
- Regularna aktualizacja programu każdej z organizacji, z podkreśleniem ograniczeń i możliwości współpracy.
- Sporządzanie i regularna aktualizacja mapowania 4W usługodawców MHPSS (kto, gdzie, kiedy, co).
- Poszukiwanie synergii i integracji usług z organizacjami lokalnymi, włącznie z podmiotami państwowymi i prywatnymi usługodawcami opieki psychiatrycznej, szkołami, klubami, ośrodkami kultury, organizacjami społeczeństwa obywatelskiego, stowarzyszeniami kobiet i grupami wyznaniowymi.
- Promowanie uczestnictwa lokalnych organizacji w spotkaniach klastrowych i międzyklastrowych grup roboczych.
- Utworzenie międzyagencyjnego systemu skierowań.
- Określenie minimalnych standardów, szkodliwych praktyk i kodeksów etyki w ramach łączonych ćwiczeń i raportów z zakresu monitorowania.
- Upowszechnianie Wytycznych MHPSS w znaczących sektorach reagowania kryzysowego.
- Organizacja sesji szkoleniowych dla personelu organizacji humanitarnych w zakresie reagowania podstawowego MHPSS (np. PFA) oraz wytycznych MHPSS.

- Promowanie wspólnych kampanii w sprawie MHPSS w grupach i społecznościach dotkniętych kryzysem (plakaty, ulotki, broszury, programy radiowe w odpowiednich językach).
- Promowanie świadomości w zakresie potrzeb i możliwości MHPSS w OCHA oraz na szczeblu koordynatora humanitarnego i Humanitarnego Zespołu Krajowego (włącznie z koniecznością finansowania).
- Udział w przygotowaniu corocznego Przeglądu Potrzeb Humanitarnych (HNO) i związanego z nim Planu Reagowania Humanitarnego (HRP). Uwaga: niektóre HRP pozostają w mocy przez okres 2 lat.
- Zidentyfikowanie około 5 wskaźników związanych z MHPSS (**patrz Wspólne Ramy Monitorowania i Ewaluacji**) dokument zawiera wytyczne, którymi agencje mogą się kierować przy sporządzaniu raportów. Te międzyagencyjne wskaźniki MHPSS mogą także być zastosowane w odpowiednich klastrach HNO i HRP.
- Wspieranie regularnych aktualizacji systemów informacji humanitarnej (np. DTM) i bazy danych klastrów (np. ActivityInfo) w zakresie związanym z MHPSS.
- Sporządzenie założeń odnośnie do konsultowania określonych tematów (badania, szkolenia, kampanie, polityka) objętych wspólną promocją przez międzyklastrową Grupę Roboczą MHPSS i inne istotne klastry/AoR (Zdrowie, Ochrona Dzieci, Usuwanie Min i GBV).
- Wspieranie rządu i prywatnych instytucji zdrowia psychicznego za pomocą wytycznych technicznych i doraźnych inicjatyw budowania potencjału (warsztaty, seminaria, konferencje, sesje szkoleniowe, staże i stypendia).
- Wspieranie znaczących organów rządowych na poziomie krajowym i lokalnym poprzez sporządzanie strategii kryzysowych, planów operacyjnych i polityk MHPSS.



Ponadto, kiedy IOM przewodniczy klastrom CCCM na szczeblu krajowym, kierownictwo MHPSS powinno wspólnie z zespołem CCCM wspierać następujące działania:

- Szkolenie podmiotów operacyjnych CCCM w zakresie PFA i podstaw MHPSS.
- Zajęcia z modułów psychospołecznych podstawowego szkolenia CCCM.
- Rozpowszechnianie broszury IASC Zdrowie psychiczne i wsparcie psychosocjalne w sytuacjach kryzysu: co powinni wiedzieć koordynator obozu i zarządca obozu? (IASC, 2014c).
- Uczestnictwo w spotkaniu klastrów w celu określenia zasobów MHPSS niezbędnych do działania Grupy Roboczej MHPSS i zgłaszania wniosków o wsparcie i rozwiązywanie problemów od podmiotów operacyjnych MHPSS działających w obozach.

Ramka 3**Lista członków Grupy Roboczej IASC ds. MHPSS**

ACT Alliance
Action Aid International
Action Contra La Faim
Africa Psychosocial Support Institute
Americares
Amerykański Czerwony Krzyż
Antares Foundation
Care Austria
CBM International
Centre for the Victims of Torture
Child Fund
Kościół Szwecji
COOPI
DIGNITY
GIZ - Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
Global Practice Group
Global Psychosocial Training Institute-Cairo
Health Right International
Health Works
Heartland Alliance International
Hebrew Immigrant Aid Society (HIAS)
Humanity & Inclusion
ICVA
IFRC and ICRC (Specjalny status - wysłannicy do IASC)
INEE
InterAction
International Catholic Migration Commission
International Medical Corps International
Międzynarodowy Komitet Ratunkowy
IOM/ Agencja ONZ ds. Migracji
IsraAID
Jezuicka Służba Uchodźcom
Medair
Medicin du Monde (France)
Medicine du Mondo (Spain)
Mercy Corps
MERCY Malaysia
MHPSS.net
OCHA
Oxfam GB
Plan International
Red-R
Refugee Education Trust
Save the Children International
Terre des Hommes
TPO Nepal
TPO Uganda
UNFPA
UNHCR
Unicef
UNRWA
War Child Holland
War Trauma Foundation
WHO
World Vision International

ANEKS 2 WZGLĘDY ETYCZNE



Zastosowanie zasad etycznych do CB MHPSS jest niezbędne, aby uniknąć ryzykownych praktyk i zapewnić społecznościom bezpieczeństwo. Zasadniczo zalecenia etyczne ujęte w MHPSS odpowiadają dwóm zasadom:

- „Nie szkodzić”.
- Jakość i skuteczność interwencji

Standardy etyczne programów humanitarnych są zdefiniowane i zamieszczone w szeregu wytycznych, które mają zastosowanie także do programów MHPSS, w tym:



- **Międzynarodowa Federacja Czerwonego Krzyża (IFRC), Kodeks postępowania w Zasadach postępowania dla Międzynarodowego Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężycy oraz NGO w Programach Reagowania na Klęski Żywiłowe, 2007.**



- **Kluczowy standard humanitarny jakości i odpowiedzialności w ramach Sphere, podręcznik, CHS, 2018.**



- **6 kluczowych zasad IASC Wytyczne w zakresie MHPSS w sytuacjach kryzysowych. Kluczowe zasady, IASC 2007, str. 9.**

W szczególności, promując strategię CB w odniesieniu do MHPSS, należy bezwzględnie mieć na uwadze fakt, że:

- Nie tylko plan działania świadczeniodawcy czy darczyńcy, lecz także potrzeby, interesy i zasoby populacji dotkniętej kryzysem mają znaczenie nadrzędne dla planowania i wdrażania interwencji.
- Należy dołożyć starań, aby wszyscy zaangażowani w jakiegokolwiek aspekty CB MHPSS mieli świadomość etycznego zakazu wykorzystywania seksualnego i nadużyć, aktywności seksualnej z udziałem osób uczestniczących w programie oraz wszelkich „podwójnych” relacji, które mogą prowadzić do wykorzystania seksualnego. Patrz strona internetowa ONZ poświęcona prewencji wykorzystywania seksualnego i nadużyć (PSEA) [tutaj](#).
- Należy zadbać o poufność informacji. Dotyczy to m.in. świadczenia usług według schematu, w którym grupy dotknięte kryzysem mogłyby korzystać z usług, mimo

że nie zostały jednoznacznie wyróżnione z powodu swojej niekorzystnej sytuacji (**IASC, 2019a**). Jeśli dana osoba ujawnia informacje poufne w trakcie działań na rzecz społeczności, należy obdarzyć ją takim samym zaufaniem, jakie przysługuje wyspecjalizowanym służbom MHPSS i skierować do odpowiednich zasobów MHPSS w razie konieczności.



Ponadto:

- **Unikanie zachowań, które mogą skutkować nasileniem marginalizacji/dyskryminacji/stygmatyzacji**

Istnieje wiele sposobów na wykluczenie niektórych członków i członkiń ze społeczności. Zdarza się, że skierowanie bacznej uwagi na jedną z grup dotkniętych kryzysem skutkuje zignorowaniem lub pominięciem innej grupy, co może sprawić, że jej członkowie poczują się dyskryminowani. Marginalizacja może być także wynikiem koncentracji na ofiarach w określonych okolicznościach, zwłaszcza, jeśli ich doświadczenia mogą potencjalnie skutkować stygmatyzacją. Dlatego należy mieć świadomość funkcjonowania mechanizmów dynamiki społecznej i struktur władzy i dążyć do przyjęcia strategii włączającej, reagując przy tym na potrzeby różnych podgrup. Analiza płci także może okazać się potężnym narzędziem identyfikacji dynamiki sił w społeczności. Być może konieczna będzie zmiana metodologii programu, aby dotrzeć do różnych podgrup, nawet jeśli wynik nie ulegnie zmianie. Do przykładów należą inicjatywy zwiększania świadomości na poziomie gospodarstw domowych i ośrodków kultury, aby zapewnić kobietom, osobom z niepełnosprawnościami i innym osobom z ograniczoną mobilnością dostęp do informacji. Należy także unikać nieumyślnego wzmacniania nierównowagi władzy w sposób, który wywołuje napięcie i skutkuje nasileniem ucisku. Dlatego, udzielając wsparcia humanitarnego i chcąc ułatwić członkom i członkiniom społeczności uczestnictwo, należy bezwzględnie rozumieć lokalne struktury władzy i wzorce konfliktów wewnętrznych, współpracować z różnymi grupami i unikać uprzywilejowania jednej z nich.

- **Nie szkodzić**

W sytuacji gdy w społeczności dochodzi do tragicznych wydarzeń, w szczególności w następstwie masowych aktów przemocy lub w trakcie konfliktu zbrojnego, pojawienie się różnych narracji może nasilić uczucie wściekłości i nienawiści.

Oceny uczestniczące i narzędzia określania potrzeb także mogą spotęgować reakcje tego rodzaju.

Narracja taka może doprowadzić do marginalizacji osób o odmiennych poglądach lub osób, których krewni znaleźli się po „drugiej stronie”, i posłużyć jako pretekst do ataku odwetowego. Należy mieć na uwadze skład grupy (np. różnice płci, przynależności politycznej), jak i rodzaje zadawanych pytań.

Należy przemyśleć treść rozmowy oraz wybrać stosowny moment przeprowadzenia dyskusji w grupie fokusowej, oddzielnej dyskusji w ramach określonych grup (np. tylko kobiet) lub wywiadów w cztery oczy (z kluczowym informatorem lub informatorką).

- **Szacunek dla tradycji i promocja zmian**

Tradycje i tożsamości kulturowe nieustannie ewoluują. Niektóre tradycje narzucają nierówne relacje władzy i są źródłem pogwałcenia prawa lub przemocy społecznej. Mimo że niezwykle istotne jest korzystanie z istniejących, tradycyjnych systemów wsparcia, oparte na społeczności działania dotyczące MHPSS powinny także obejmować czynności, które rzucają światło na szkodliwe i wykluczające praktyki, co pozwoli na rozwijanie pozytywnych tradycyjnych aspektów przy jednoczesnym odrzuceniu tych szkodliwych (Bragin, 2014). W przypadku niektórych rodzajów zagrożeń pracowniczka i pracownik MHPSS powinni zachować szczególną ostrożność podczas identyfikowania najkorzystniejszych mechanizmów, które ma zamiar uruchomić.

- **Uzyskanie zgody**

Zarządzając daną sprawą, należy przedstawić beneficjentowi/ beneficjentce informacje dotyczące formularza świadomej zgody i przekazać mu go do podpisu. W przypadku osób małoletnich rodzic lub opiekun musi otrzymać formularz i podpisać go w imieniu dziecka.

Ważne jest, aby osoby potrzebujące wsparcia rozumiały od początku ograniczenia programu i miały świadomość, co organizacja może, a czego nie może dla nich zrobić. Pozwoli to uniknąć nierealnych oczekiwań, stresu i nieufności w przyszłości.

- **Uznanie kompetencji**

Personel musi umieć rozpoznać granice swoich kompetencji zawodowych i nie powinien świadczyć usług wykraczających poza zakres przyznanych uprawnień. W sytuacji gdy pracownik lub pracowniczka nie dysponują wymaganą wiedzą, umożliwiającą wsparcie osoby znajdującej się w potrzebie, należy skierować tę osobę do innej osoby z zespołu, która posiada odpowiednią wiedzę lub do lokalnych zasobów MHPSS.

- **Unikanie konfliktów interesów**

Personel MHPSS musi mieć na uwadze ochronę interesów osób potrzebujących. W przypadku organizacji wizyt darczyńców, personel musi brać pod uwagę skutki takiej wizyty i uzyskać zgodę osób znajdujących się w potrzebie na jej odbycie. Tego rodzaju ekspozycja może wiązać się z uczuciem przymusu – osoba dotknięta kryzysem może czuć, że jest zmuszona wyrazić zgodę, co wywoła stres. Personel musi zwracać uwagę na dynamikę władzy, którą może nieumyślnie stosować.

Należy podjąć odpowiednie kroki w celu wyeliminowania konfliktu interesów, jeśli się pojawi.

- **Unikanie zachowań rażąco nieetycznych**

Zachowania w rodzaju oszustwa, wykorzystywania, nadużyć, przestępstw itd. pogłębiają nierównowagę w dynamice władzy. Wszyscy pracownicy i pracowniczki mają obowiązek podpisania kodeksu postępowania. Zarówno personel, jak i przedstawiciele i przedstawicielki społeczności powinni zostać poinformowani o zachowaniach nieetycznych i o bezpiecznych mechanizmach ich zgłaszania.

Niniejszy aneks został częściowo przekopiowany z dokumentu **Strategie programów MHPSS oparte na społeczności wytyczne** oraz z filmu **Odbudowa niezależności przy wsparciu psychospołecznym**, którego autorką jest Adeyinka Akinsulure-Smith. Aby uzyskać więcej informacji na temat względów etycznych związanych z programami MHPSS IOM, możesz skontaktować się z MHPSS oraz z Globalną Sekcją Komunikacji Międzykulturowej contactpss@iom.int.



ANEKS NR 3 WZGLĘDY GBV



→ WPROWADZENIE

Przemoc ze względu na płeć (GBV) to naruszenie praw człowieka, zakorzenione w nierówności płci i dyskryminacji. Wszystkie osoby, które doświadczyły GBV mają prawo do pełnej współczucia opieki i wsparcia wysokiej jakości z uwzględnieniem szkodliwych skutków przemocy, włącznie z aspektami MHPSS.

MHPSS to kluczowy element ścieżki wsparcia osób, które doświadczyły GBV, jednak potencjał rozwiązywania problemów w tym zakresie pozostaje nadal niski, szczególnie w odległych lokalizacjach i bezpośrednio po wystąpieniu zdarzenia kryzysowego. Celem niniejszego aneksu jest próba opisanie proponowanych sposobów wychodzenia naprzeciw potrzebom osób, które doświadczyły GBV w ramach interwencji MHPSS IOM, realizowanych w sposób bezpieczny, przy uwzględnieniu faktu, że osoba, która doświadczyła GBV, potrzebuje prawdopodobnie takiego samego wsparcia, jak wszyscy pozostali członkowie i członkinie społeczności, odczuwający silny stres i inne niekorzystne reakcje psychologiczne. Jeśli chodzi o pozostałe grupy, niektóre osoby, które doświadczyły GBV mogą wymagać wyspecjalizowanej opieki w kontekście zdrowia psychicznego w związku z problemami, które występowały już wcześniej, teraz zaś uległy zaostrzeniu lub które są wynikiem doświadczenia GBV.

→ CO POWINNY WIEDZIEĆ OSOBY KOORDYNUJĄCE PROGRAM MHPSS

Czym jest przemoc ze względu na płeć (GBV)?

IASC definiuje GBV jako „każdy szkodliwy akt, którego jedna osoba dopuszcza się wbrew woli drugiej, na podstawie przypisanych społecznie różnic (płci) pomiędzy kobietą i mężczyzną.”

GBV może dotknąć każdego, jednak kobiety i dziewczęta są w dużo większym stopniu narażone na ten rodzaj przemocy. IOM dzieli GBV na sześć podstawowych rodzajów szkodliwych czynów:

- Gwałt
- Napaść seksualna
- Napaść fizyczna
- Przemoc psychologiczna/ emocjonalna
- Przymusowe małżeństwo

- Odmowa przydzielenia zasobów, ograniczenie szans i usług

Mimo że u źródeł GBV leży nierówna dynamika władzy i nierówność płci, istnieje wiele czynników, które mogą sprawić, że niektóre osoby są bardziej, a inne mniej podatne na tę formę przemocy. Sytuacja kryzysowa na ogół przyczynia się do wzrostu ryzyka.

Chociaż wpływ GBV na stan psychiczny i psychospołeczny jednostki może być zróżnicowany, określony kontekst, typ przemocy, nasilenie i czas trwania aktów przemocy oraz negatywne reakcje psychologiczne i społeczne występują często wśród osób, które doświadczyły GBV, choć z różnym nasileniem. Ponadto konsekwencje zdarzenia GBV mogą prowadzić do innych szkodliwych skutków, takich jak utrata możliwości społeczno-ekonomicznych, co może spotęgować stres osoby, która doświadczyła GBV, i skutkować wystąpieniem efektu błędnego koła.

→ CO POWINNY ROBIĆ OSOBY KOORDYNUJĄCE PROGRAM MHPSS

Koordinatorka lub koordynator programu MHPSS powinien upewnić się, że:

- a) Programy MHPSS spełniają wymagania zasady „nie szkodzić”, a ich celem jest ograniczenie ryzyka GBV;
- b) Programy MHPSS obejmują swoim zakresem osoby, które doświadczyły GBV z zachowaniem zasad bezpieczeństwa;
- c) Zespoły MHPSS są przeszkolone w zakresie środków bezpieczeństwa, a terapeuci/ terapeutki znają odpowiednie sposoby postępowania z osobami, które doświadczyły GBV.

1. Programy MHPSS przyczyniają się do zapobiegania GBV poprzez koordynację działań przeciwko GBV

Programy zapobiegania GBV powinny być realizowane przez specjalistów i specjalistki zajmujących się GBV przy zastosowaniu odpowiedniego podejścia, aktywności oraz przekazu w danym kontekście. Programy MHPSS powinny zatem

działać w koordynacji z osobami, które doświadczyły GBV, o ile takowe występują, zarówno w ramach IOM, jak i poza nią, aby przyczynić się do realizacji programu zapobiegania GBV.

Łagodzenie ryzyka to proces, dzięki któremu we wszystkich interwencjach programowych w związku z kryzysem można:

- Uniknąć nieumyślnego powodowania niekorzystnych skutków, które mogą wywołać podwyższone ryzyko GBV (np. poprzez ulokowanie usług w niebezpiecznym miejscu);
- Zapewnić włączenie dziewcząt i kobiet do programu w sposób bezpieczny, a zarazem znaczący w ramach wszystkich interwencji;
- Upewnić się, że cały personel jest w stanie w sposób etyczny i bezpieczny reagować na ujawnione przez ofiary zdarzenia GBV, aby zapobiec dalszym aktom przemocy.

Odpowiedzialność za działanie na rzecz ograniczenia ryzyka GBV ponoszą wszyscy koordynatorzy i koordynatorki programów, a kierownictwo MHPSS musi zobowiązać się do ograniczenia tego ryzyka i do ochrony osób, które doświadczyły GBV, przed negatywnymi skutkami realizacji programu.

Przykłady ograniczania ryzyka GBV w ramach programów MHPSS:

- Zapewnienie bezpiecznych i łatwo dostępnych lokalizacji na potrzeby realizacji działań MHPSS dla kobiet, dziewcząt, mężczyzn i chłopców. Działania w tym zakresie mogą obejmować pomoc w tworzeniu grup wsparcia kobiet w ośrodkach, które są zarówno bezpieczne, jak i dostępne dla kobiet.
- Zagwarantowanie, aby działania MHPSS nie narażały kobiet i dziewcząt na ryzyko przemocy ze strony partnera lub przemocy w rodzinie. Cel ten można osiągnąć dzięki analizie ryzyka w ramach wstępnej **oceny** przeprowadzonej na potrzeby zaplanowania programu. W ramach oceny nie zaleca się zadawania pytań dotyczących występowania GBV, a bezpieczeństwo w związku z poszczególnymi interwencjami (np. działaniami generującymi dochód) należy zagwarantować, jeśli to konieczne, poprzez **zadawanie pytań pośrednich**. W przypadku zaobserwowania negatywnego postrzegania kobiet i dziewcząt uczestniczących w interwencjach należy podjąć aktywnie działania na rzecz zwiększenia

bezpieczeństwa dostępu. Przykładowo organizacja dnia otwartego, w którym mogą uczestniczyć rodziny chcące obserwować działania MHPSS, może wyciszyć plotki i ułatwić kobietom uczestnictwo.

- Wiele działań grupowych z zakresu MHPSS, włącznie z tymi, które wiążą się z twórczą ekspresją, wsparciem grup, grupami dyskusyjnymi i innymi, może zachęcić osoby, które doświadczyły GBV, do opisanie swoich doświadczeń związanych z GBV. Dlatego ważne jest, aby odpowiedni członkowie i członkinie personelu MHPSS zostali przeszkoleni w zakresie reagowania w takich sytuacjach, tak, aby osoba, która doświadczyła GBV, nie podała żadnych informacji zdradzających jej tożsamość, ani nie powiedziała niczego, co mogłoby narazić ją na niebezpieczeństwo, szanując zarazem prawo poszkodowanej osoby do podzielenia się swoją historią. W trakcie warsztatów ekspresji twórczej personel powinien być przeszkolony w zakresie stosowania odpowiednich form wypowiedzi (np. **nie może zadawać bezpośrednich pytań dotyczących GBV**).
- Osobom skierowanym do MHPSS przez agencje, o których wiadomo, że zajmują się s prawami GBV, nie należy zadawać bezpośrednich pytań dotyczących tego, czy doświadczyły GBV, ani nalegać, żeby „opowiedziały swoją historię”, czyniąc z tego warunek przystąpienia do programu lub udzielenia tym osobom pomocy. Informacje na temat dostępnych usług należy przekazywać włącznie z danymi dotyczącymi wsparcia w zakresie dostępu do usług, jeśli osoba, która doświadczyła GBV, o to poprosi.
- Osoba, która doświadczyła GBV, może poprosić pracownika lub pracowniczkę MHPSS, aby towarzyszyli jej w drodze do placówki ochrony zdrowia lub innego ośrodka oferującego pomoc. Jeśli jest to możliwe i bezpieczne, należy ograniczyć do minimum widoczność emblematów i oznaczeń agencji i podróżować pojazdami nieoznakowanymi, aby ograniczyć ryzyko, którego może doświadczyć osoba, która doświadczyła GBV.

Jeśli osoba, która doświadczyła GBV, wycofa się z udziału w zajęciach MHPSS, w przeciwieństwie do innych przypadków tego rodzaju, nie należy jej szukać, ponieważ istnieje ryzyko, że zostanie rozpoznana jako osoba, która doświadczyła GBV.

Ramka 1

Podejście skoncentrowane na osobie, która doświadczyła GBV

Programy MHPSS kierują się logiką orientacji na klientkę lub klienta. Oznacza to, że w ramach programów zapewniamy pełne poszanowania, bezpieczne, poufne, wolne od dyskryminacji wsparcie, które jest ukierunkowane na działanie klientki/ klienta. To samo dotyczy programów z zakresu GBV, w ramach których podejście to nazywa się „zorientowanym na osobę, która doświadczyła (GBV)”. W praktyce podejście to oznacza, że to osoba, która się do nas zwróciła, podejmuje decyzje we wszelkich sprawach, które jej dotyczą, a także samodzielnie decyduje o uzyskaniu pomocy medycznej, prawnej, psychospołecznej lub korzystaniu z innych usług, do których ma prawo. Nie należy zmuszać jej do zgłaszania przemy lub korzystania z usług, jeśli nie wyrazi takiej woli.

2. Programy MHPSS gwarantują objęcie osób, które doświadczyły GBV wsparciem z zachowaniem zasad bezpieczeństwa

Należy zauważyć, że programy MHPSS nie powinny w żadnym wypadku być ukierunkowane WYŁĄCZNIE na osoby, które doświadczyły GBV, ani nie należy szukać takich osób w społeczności, może to bowiem skutkować ich wykluczeniem lub stygmatyzacją. Jednak programy MHPSS powinny obejmować aspekt zaspokajania potrzeb osób, które doświadczyły GBV. Oto dostępne możliwości:

- Zorganizowanie zajęć przeznaczonych dla kobiet i dziewcząt, co może dać efekt w postaci skierowania do programu osób, które mogą ujawnić i pracowniczkom MHPSS, że doświadczyły GBV.
- Tworzenie poufnych mechanizmów, umożliwiających ofiarom ujawnienie potrzeby uzyskania wsparcia w związku z doświadczeniem GBV, jeśli wyrażą taką wolę.
- Ze względu na fakt, że MHPSS należy do ścieżki wsparcia osób, które doświadczyły GBV, należy zadbać o dobrą komunikację z sektorem GBV w ramach programu MHPSS oraz w kraju, aby uniknąć nieporozumień. Patrz ramka 4.

- Należy zapewnić różnorodny skład zespołów MHPSS, aby umożliwić osobom, które doświadczyły GBV, wybór płci osoby z zespołu, z którą będą chciały rozmawiać. Osoby, które doświadczyły GBV, mogą czuć się bezpieczniej, rozmawiając z osobą tej samej płci, chociaż nie zawsze tak jest – w miarę możliwości osobie, która doświadczyła GBV należy jednakże dać wybór w tym zakresie.
- Przeszkolenie personelu z sektora GBV (pracowniczek i pracowników socjalnych/innych) w zakresie podstaw MHPSS, włącznie z umiejętnościami komunikacyjnymi i narzędziami określania priorytetów w związku z kierowaniem konkretnych osób do MHPSS w celu uzyskania wsparcia oraz określaniem rodzaju tego wsparcia.

Ramka 2

MHPSS dla mężczyzn i chłopców

Mimo że mężczyźni i chłopcy także mogą być osobami, które doświadczyły GBV, strach przed stygmatyzacją i normy społeczne kształtujące postrzeganie męskości mogą zniechęcić ich do poszukiwania pomocy. Zgodnie z podejściem opartym na społeczności pracownicy i pracowniczki MHPSS mają obowiązek zapoznania się z realnymi warunkami w kontekście GBV oraz muszą zapewnić pomoc i wsparcie bez wykluczania żadnej z osób.

Dodatkowe informacje na temat potrzeb w zakresie MHPSS mężczyzn, którzy doświadczyli GBV można znaleźć w różnych źródłach, np. w **wytycznych** *Reagowanie na przemoc seksualną wobec mężczyzn i angażowanie mężczyzn i chłopców w zapobieganie przemocy seksualnej i przemocy ze względu na płeć*, w **raporcie** *Wsparcie chłopców, którzy padli ofiarą przemocy seksualnej*, **raporcie** dotyczącym przemocy seksualnej wobec chłopców w związku z kryzysem w Syrii, a także w **treści** **wytycznych** *Współpraca z mężczyznami i chłopcami, którzy padli ofiarą przemocy seksualnej i przemocy ze względu na płeć w związku z przymusowym wysiedleniem*.



Ramka 3

MHPSS dla osób LGBTQI+

Marginalizacja osób LGBTQI+ ulega często nasileniu w sytuacji kryzysu, w związku z czym może dojść nawet do wykluczenia ich z zakresu pomocy humanitarnej.

Ze względu na brak wiedzy o potrzebach tej grupy programy MHPSS mogą wykazywać tendencję do ignorowania zagrożeń i przemocy wobec niej, szczególnie w krajach i społecznościach, gdzie nieprzestrzeganie tradycyjnych norm płciowych może być karane przez prawo lub jest społecznie nieakceptowalne, co sprawia, że osoby te stają się niewidoczne. Osoby LGBTQI+ mogą być narażone na podwyższone ryzyko GBV, włącznie z praktykami w rodzaju gwałtu czy „terapii reparatywnej”. Zespoły MHPSS muszą zatem brać pod uwagę bariery, z jakimi mierzą się osoby LGBTQI+ w dostępie do usług i zapewnić takim osobom wsparcie bez dyskryminacji oraz traktowanie zgodne z podejściem koncentracji na osobie, która doświadczyła GBV/kliencie lub klientce w taki sposób, aby nie narazić ich na stygmatyzację lub zagrożenie.

3. Zespoły MHPSS są przeszkolone w zakresie środków bezpieczeństwa, a terapeuci / terapeutki znają odpowiednie sposoby postępowania z osobami, które doświadczyły GBV.

Przeszkolenie wszystkich zespołów MHPSS w zakresie podstawowych zasad bezpieczeństwa i metod zarządzania ujawnianiem danych ma kluczowy charakter.

Osoba, która doświadczyła GBV, może ujawnić zdarzenie GBV zaufanemu pracownikowi lub pracownicze MHPSS lub przyznać się do niego w trakcie zajęć skłaniających osoby uczestniczące do uwolnienia emocji bądź podzielenia się swoją historią. W związku z tym istotne jest, aby cały personel MHPSS został przeszkolony w zakresie kontroli nad ujawnianiem danych w sposób **bezpieczny i etyczny** i był zawsze poinformowany o zakresie dostępnych usług i wsparcia dla osób, które doświadczyły GBV, oraz innej pomocy. Należy zawsze korzystać z odpowiednich ścieżek kierowania, informując osoby, które doświadczyły GBV, o zakresie dostępnych usług, a także pozyskać ich świadomą zgodę na skorzystanie z pomocy. W przypadku gwałtu ofiarę należy poinformować o konieczności zgłoszenia się do lekarza w jak najszybszym czasie, w ciągu 72 godzin, a także ułatwić jej dostęp do usług

medycznych, nie zapominając przy tym, że ostateczna decyzja o udaniu się do lekarza należy wyłącznie do niej. Jeśli chodzi o zakres działania i procedury, nie należy pozostawiać poszczególnym pracownikom inicjatywy – sposób postępowania powinien zostać opisany przez osobę koordynującą w ramach programu.

Ogromnie istotne jest także przeszkolenie określonej liczby terapeutów i terapeutek, będących punktami kontaktowymi dla osób pozyskujących wsparcie w związku z doświadczeniem GBV (Bott i in., 2004). Terapeuci i terapeutki muszą okazać osobie z doświadczeniem GBV zaufanie oraz dążyć do znormalizowania i walidacji jej reakcji i zachowań, upewnić ją, że może sama podejmować decyzje i opracować plan działania odpowiednio do potrzeb. Możliwe jest stosowanie różnych strategii w zależności od przebytego przeszkolenia i okoliczności sprawy. Poradnictwo może obejmować aktywację zasobów osoby, która doświadczyła GBV, uruchomienie strategii odbudowania samooceny i poczucia kontroli nad własnym życiem, równowagi podejmowania decyzji, a także techniki relaksacyjne i inne strategie pozytywnego radzenia sobie ze stresem. Należy mieć na uwadze fakt, że w sytuacji kryzysowej i w związku z wysiedleniem osoby, które doświadczyły GBV, mogą borykać się także z innymi problemami, również wymagającymi skonsultowania i wsparcia. Strategie postępowania z osobami, które doświadczyły GBV, obejmują **terapię briefingu zorientowanego na rozwiązanie problemu** (SFBT) oraz **strategię etapów przemiany**, która obejmuje etap poprzedzający kontemplację, przygotowanie, działanie oraz utrzymanie. Należy rozważyć zastosowanie także innych środków, m.in. wsparcia rówieśniczego jako pomocy uzupełniającej, by zapewnić osobie powrót do równowagi psychicznej. Więcej informacji na temat zalecanych kroków zawiera **podręcznik i raport**, a także **Standardowe Procedury Operacyjne** świadczenia usług psychospołecznych, jak również **podręcznik Poradnictwo dla kobiet ubiegających się o azyl oraz uchodźców w zakresie przemocy ze względu na płeć** oraz **publikacja Międzyagencyjne standardy minimalne w zakresie GBV w ramach programowania w sytuacji kryzysu**, przy czym szczególnie istotne informacje zawierają punkty 4, 5 i 7. Patrz także rozdział poświęcony **poradnictwu**. Poradnictwo może obejmować także **sprawców, jako narzędzie zapobiegania dalszej przemocy**,



szczególnie w przypadkach IPV (przemocy ze strony bliskiej osoby), z naciskiem na budowanie umiejętności komunikacji, ekspresji, kontrolowania emocji, rozwiązywania problemów i konfliktów. Sesje mogą okazać się praktycznym narzędziem kształtowania szczęśliwszych związków.

Istotne jest dostosowanie interwencji do charakterystyki poszczególnych grup, np. nastoletnich dziewcząt w ciąży, jeśli integracja w ramach ogólnego programu MHPSS nie zapewnia uczestniczkom niezbędnej bezpiecznej przestrzeni, w której mogłyby dać wyraz uczuciom i przejść proces budowania samoświadomości i pozytywnej samooceny.

Należy zauważyć, że ułatwianie rozmów dotyczących GBV, jak i budowanie jakiegokolwiek przekazu w związku z GBV wymaga udziału doświadczonego specjalisty lub specjalistki w tej dziedzinie, a gdy tylko to możliwe, pracowniczki i pracownicy MHPSS powinni zasięgać porady i wskazówek od takich osób.

Ramka 4

Ścieżki skierowania

Osoby, które doświadczyły GBV, podobnie jak wszystkie osoby spoza MHPSS, interpretują na ogół programy wsparcia psychospołecznego jako usługi poradnictwa, psychoterapii, opieki psychiatrycznej i psychologicznej. Dlatego niezwykle istotne jest objaśnianie wartości programu MHPSS poprzez pryzmat poziomu interwencji i poziomu umiejętności, aby uniknąć sytuacji, w której osoba, która doświadczyła GBV potrzebująca terapii, zostanie skierowana do programów oferujących wyłącznie zajęcia rekreacyjne lub też osoba, która potrzebuje wsparcia terapeutycznego, zostanie zamiast tego skierowana do psychiatry, a osoba potrzebująca konkretnej pomocy trafi do programu prowadzonego przez niedoświadczonego terapeutę lub terapeutkę, oferujących jedynie całkiem podstawowy zakres usług. Dokładne informacje w tym zakresie powinny znaleźć się w **schemacie wielosektorowych ścieżek skierowania**. Przekaz odnośnie do braku dostępu do usług (np. ukierunkowanych konsultacji lub specjalistycznej opieki psychiatrycznej) powinien być zawsze kierowany do wszystkich, a osoby, które doświadczyły GBV, mogą stać się bardzo ważnymi sojusznikami i sojusznikami terapeuty/terapeutki terapeuty w tym zakresie.

Poszkodowana osoba decyduje sama, czy chce korzystać z usług, włącznie z usługami MHPSS na wybranym przez siebie poziomie, gdy zostanie szczegółowo i jednoznacznie poinformowana o ich dostępności. Informacje, które należy przekazać osobie, która doświadczyła GBV, zanim wyrazi ona zgodę na skorzystanie z usług, mogą dotyczyć:

- Jakości usług – jeśli żaden specjalista nie jest dostępny, należy jednoznacznie poinformować o tym osobę poszkodowaną poszukującą pomocy;
- Dostępności terapeutów i terapeutek preferowanej płci;
- Średniego czasu oczekiwania na skierowanie;
- Informacji, jakie należy przekazać, i gwarancji dotyczących poufności danych;
- Sposobu, w jaki zespoły MHPSS skontaktują się z osobami, które doświadczyły GBV – jeśli skorzystanie z telefonu nie jest bezpieczną opcją, należy ustalić określoną godzinę indywidualnej sesji terapeutycznej. Nie należy pod żadnym pozorem szukać osoby, która doświadczyła GBV, jeśli nie zgłosi się ona na wizytę.

Są to informacje, które osoba koordynująca MHPSS powinna przekazać osobom, które doświadczyły GBV.



Ramka 5

Nasz system skierowań jest przeciążony, czy powinniśmy traktować osoby, które doświadczyły GBV, priorytetowo?



Osoby, które doświadczyły GBV, powinny otrzymać wsparcie szybko, z zachowaniem zasad bezpieczeństwa i poufności. Należy określać pierwszeństwo stosownie do kontekstu, w zależności od struktury programu, dostępności personelu i zdolności. Jak już wspomniano, wspieranie wyłącznie osób, które doświadczyły GBV, może zwrócić na nie uwagę i wywołać plotki, narażając tym samym osobę, która doświadczyła GBV, na kolejne akty przemocy. Biorąc pod uwagę znaczące skutki GBV dla zdrowia psychicznego i wpływ takiego zdarzenia na dobrostan psychospołeczny osoby, która doświadczyła GBV, zaleca się traktować taką osobę priorytetowo, jednak należy przy tym zastosować odpowiednie środki ostrożności, aby chronić poufność osoby, która doświadczyła GBV, i uniknąć sytuacji, w której mogłaby zostać rozpoznana jako osoba, która doświadczyła GBV, w związku z uczestnictwem w działaniach MHPSS.



WYZWANIA I WZGLĘDY SZCZEGÓLNE

Realizacja podejścia zorientowanego na osobę, która doświadczyła GBV w ramach opartego na społeczności wsparcia MHPSS

Mimo że podejście oparte na społeczności uznaje się za niesłychanie istotne w programach MHPSS, należy zastosować odpowiednie środki ostrożności, pracując z osobami, które doświadczyły GBV. Nie zaleca się stosowania interwencji opartych na społeczności w ramach udzielania wsparcia osobom, które doświadczyły GBV, ze względu na fakt, iż są to szczególnie wrażliwe przypadki, a także ryzyko, na jakie narażona jest zarówno osoba, która doświadczyła GBV, jak i członkowie i członkinie społeczności, jeżeli nie zostali oficjalnie zatrudnieni i przeszkoleni.

Osób, które doświadczyły GBV, nie należy wyszukiwać w społeczności, ponieważ może to doprowadzić do ich zidentyfikowania i narażać je na dalszą przemoc, włącznie z aktami zemsty ze strony sprawców i stygmatyzacją w ramach społeczności.

GBV to przemoc zakorzeniona w normach kulturowych i społecznych.

Interwencje MHPSS muszą bazować na znajomości norm płciowych i postaw jednej lub wielu grup, których dotyczy ten problem, aby móc zapewnić osobom, które doświadczyły GBV, skuteczne **wsparcie**. Zespoły MHPSS, współpracujące ściśle ze społecznością, mogą zostać poproszone o wspieranie szkodliwych praktyk lub mechanizmów społecznych, które są niezgodne z wytycznymi międzyagencyjnymi, jak i z podejściem zorientowanym na osobę, która doświadczyła GBV. Przykładowo, mogą pojawić się prośby, aby pracownicy czy pracownicy umożliwili starszyźnie i wodzom wdrażanie tradycyjnych mechanizmów wymierzania sprawiedliwości, co przyciągnie uwagę członków i członkiń społeczności i spotęguje ryzyko zidentyfikowania osoby, która doświadczyła GBV. W każdym przypadku decyzja co do uczestnictwa w takich działaniach należy wyłącznie do osoby, która doświadczyła przemocy. Agencje humanitarne nie mogą jednak angażować się w takie praktyki ani ich wspierać, a jedynie prowadzić uprzejme i pełne szacunku rozmowy.



MEDIACJE

Poradnictwo dla rodzin i par w związku z konfliktem interpersonalnym, zwane niekiedy mediacją, to forma wsparcia, jaką terapeuci i terapeutki mogą zaoferować jednostkom, parom lub rodzinom. Jeśli mediacja jest ukierunkowana na incydent GBV w rodzaju przemocy ze strony partnera, prowadzący powinni mieć świadomość faktu, że zaangażowanie w ten proces sprawy może narażać osobę, która doświadczyła na większe ryzyko gwałtownej zemsty, gróźb i ostracyzmu – odizolowania od rodziny i sieci wsparcia. Członkowie i członkinie personelu także mogą ponieść konsekwencje takiej sytuacji, co wskazuje, że ryzyko związane z mediacją należy bardzo starannie rozważyć, nawet jeśli osoba, która doświadczyła GBV, prosi o sesję terapeutyczną z udziałem przemocowego partnera. Z tych względów specjaliści i specjalistki ds. GBV odradzają mediacje z udziałem osoby, która doświadczyła GBV, i sprawy, przekazując jedynie osobie, która doświadczyła GBV, dostępne informacje na temat mediacji i mechanizmów sprawiedliwości przejściowej, a także powiadamiając ją o wszelkich kwestiach dotyczących bezpieczeństwa. Informacje te pozwolą osobie, która doświadczyła GBV, szukać mediacji na własną rękę, jeśli będzie sobie tego życzyła, co zawsze należy pozostawić do jej decyzji. W niektórych scenariuszach mediacja może wydawać się

jedyną opcją z punktu widzenia terapeutów/ terapeutek udzielających wsparcia osobie, która doświadczyła GBV, w związku z brakiem alternatywnych rozwiązań. Na przykład, brak bezpiecznych domów dla osób, które doświadczyły przemocy domowej może sprawić, że osoba, która doświadczyła GBV, zwróci się z prośbą o zorganizowanie mediacji z udziałem przemocowego partnera w nadziei, że zapewni sobie większe bezpieczeństwo. Interweniowanie w takim przypadku poprzez mediację wiąże się z ryzykiem pogorszenia sytuacji osoby, która doświadczyła GBV, ponieważ celem mediacji jest przywrócenie harmonii. W przypadku GBV i nierównej relacji władzy pomiędzy osobą, która doświadczyła GBV, i sprawcą może dojść do normalizacji przemocy, która jest tolerowana i nabiera charakteru długoterminowego. Mediacje odbywają się z udziałem strony trzeciej, co może wywołać gniew sprawcy, przez co przemoc ulegnie nasileniu; tymczasem mediacje w sytuacji, gdy jedna ze stron nie panuje nad emocjami, stwarzają sytuację ryzykowną nie tylko dla osoby, która doświadczyła GBV, ale także dla pracownika/ pracownicy MHPSS, co ostatecznie sprawia, że osoba, która doświadczyła GBV, traci wiarę w skuteczność systemu wsparcia. W rezultacie liczba osób, które doświadczyły GBV, które decydują się ujawnić personelowi swoje doświadczenia, spada. W takich przypadkach, terapeuta czy terapeutka powinni zrezygnować z interwencji, objaśniając osobie, która doświadczyła GBV, potencjalne związane z tym ryzyko i jego przyczyny. Powinni natomiast zaznaczyć, że spotkania indywidualne i inne formy wsparcia pozostają dostępne. Jeśli klientka zrezygnuje z konsultacji, osoba prowadząca powinna poinformować ją, że może podjąć terapię na nowo w dowolnym czasie.

Zarządzanie informacjami GBV

Zarządzanie Informacjami GBV objęte jest szczególną ochroną i procedurami ze względu na wrażliwy charakter tych danych. Sposób gromadzenia danych GBV, miejsce i sposób ich przechowywania, zasady ujawniania ich innym osobom to kwestie, które wymagają starannego zaplanowania i przemyślenia. Chociaż przestrzeganie w tym kontekście wszystkich standardów etyki i bezpieczeństwa może okazać się wyzwaniem, IOM stawia sobie za cel zgodność z wytycznymi międzynarodowymi we wszystkich działach programu, ze szczególnym uwzględnieniem programów MHPSS, w ramach których często dochodzi do bezpośredniej współpracy z osobami, które doświadczyły GBV, i ujawniania poufnych informacji. Zespoły MHPSS, pracujące z ofiarami przemocy, muszą ściśle stosować się do polityki ochrony danych i protokołów ujawniania informacji, jeśli pracują z osobami, które doświadczyły GBV. W praktyce oznacza to korzystanie z zakodowanych formularzy, w których umieszcza się informacje na temat zdarzeń GBV, z pominięciem wszelkich danych identyfikacyjnych. Formularze przechowuje się w bezpiecznym miejscu, do którego dostęp mają wyłącznie upoważnione osoby.

MATERIAŁY DODATKOWE

CIDA i SAT

2008 Counselling Guidelines on Domestic Violence. Southern African AIDS Training (SAT) Programme & Canadian International Development Agency CIDA. 

GBV Area of Responsibility (GBV AoR)

n.d Tools and Resources for Mental Health and Psychosocial Support Services 



GBVIMS

n.d GBV Information Management System (GBVIMS). Podcasts. 

Hillenbrand E, N. Karim, P. Mohanraj i D. Wu

2008 *Measuring gender-transformative change A review of literature and promising practices.* CARE USA. Working Paper. 


IASC

2015 *Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience and aiding recovery.* (specific chapter for **Health**) 


Międzynarodowa Organizacja ds. Migracji (IOM)

2018 *Institutional Framework for Addressing Gender-Based Violence in Crises.* (GBViC Framework). IOM, Genewa. 

Medina, M., V. Petra, R. Mimoso, A. Pauncz, G. Tóth, R. Hiimäe, N. Harwin and S. Corgrove

2008 *The Power to change: How to set up and run support groups for victims and survivors domestic violence.* 


Raising Voices

n.d SASA, groundbreaking community mobilization approach developed by Raising Voices for preventing violence against women and HIV. 

The United Nations Population Fund (UNFPA) and GBV Area of Responsibility (GBV AoR)

2019 *The Inter-Agency Minimum Standards for Gender-Based Violence in Emergencies Programming.* (Standard 4 – Health Care for GBV Survivors and Standard 5 – Psychosocial Support) 

UNFPA

2008 *Engaging Men and Boys in Gender Equality and Health. A global toolkit for action.* Promundo, UNFPA and MenEngage. 

Pełna bibliografia zawierająca materiały dodatkowe jest dostępna **tutaj**. 

PODRĘCZNIK: ZDROWIE PSYCHICZNE I WSPARCIE PSYCHOSPOŁECZNE W SPOŁECZENOŚCIACH W SYTUACJACH KRYZYSU I PRZESIEDLENIA

© IOM 2022



© 2021 Międzynarodowa Organizacja ds. Migracji (IOM)

Wszystkie prawa zastrzeżone. Żadna część niniejszej publikacji nie może być powielana, przechowywana w systemach odczytu ani przekazywana w dowolnej formie lub przy pomocy dowolnych środków elektronicznych ani mechanicznych, poprzez kopiowanie, rejestrowanie ani w inny sposób, bez uprzedniej pisemnej zgody wydawcy.