

ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ И РЕСУРСОВ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Инструментарий для гуманитарных ситуаций



Всемирная организация
здравоохранения



UNHCR
The UN Refugee Agency

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Assessing mental health and psychosocial needs and resources: toolkit for humanitarian settings.

1.Mental health services. 2.Mental disorders. 3.Social support – organization and administration. 4.Conflict (Psychology). 5.Relief work. 6.Emergencies. I.World Health Organization. II.UNHCR.

ISBN 978 92 4 454853 0

Классификация NLM: WM 30

© **Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.**

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения имеются на веб-сайте ВОЗ (www.who.int) или могут быть приобретены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int).

Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ – как для продажи, так и для некоммерческого распространения – следует направлять в Отдел прессы ВОЗ через веб-сайт ВОЗ (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Для цитирования: Всемирная организация здравоохранения и Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев. *Оценка потребностей и ресурсов в области охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки. Инструментарий для гуманитарных ситуаций*. Женева, ВОЗ, 2013.

Отзывы и сообщения направляйте по электронной почте в Департамент психического здоровья и токсикомании ВОЗ (vanommeren@who.int) или в Отдел здравоохранения и ВИЧ, УВКБ ООН (hqphn@unhcr.org).

Фото на первой странице обложки: Кения/УВКБ ООН/В. Bannon/2011.

ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ И РЕСУРСОВ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Инструментарий
для гуманитарных ситуаций



Всемирная организация
здравоохранения



UNHCR
The UN Refugee Agency

Предисловие

Хотя проблемы, относящиеся к психическому здоровью и психосоциальному статусу, распространены во всех сообществах мира, гораздо чаще они встречаются среди людей, столкнувшихся с тяжелыми обстоятельствами, такими как гуманитарный кризис. Для того чтобы предпринять оптимальные меры реагирования, крайне важно иметь более полное представление о потребностях и ресурсах. ВОЗ и УВКБ ООН часто получают просьбы с мест в отношении рекомендаций по оценке вопросов психического здоровья и психосоциального статуса в ситуациях гуманитарного характера.

Охрана психического здоровья и психосоциальная поддержка (ОПЗПП) – это термин, используемый для обозначения широкого спектра действий, нацеленных на оказание помощи при социальных, психологических и психиатрических проблемах, которые либо уже существовали до чрезвычайной ситуации, либо вызваны ею. Эти действия осуществляются в очень разных контекстах организациями и людьми с разной профессиональной подготовкой, в разных секторах и с разными видами ресурсов. Всем этим действующим субъектам – и донорам, предоставляющих им ресурсы, – нужны практические оценки, ведущие к рекомендациям, которые можно сразу же использовать для улучшения психического здоровья и благополучия людей.

Хотя существует целый ряд инструментов оценки, не хватает всеобъемлющего подхода, который бы позволял более четко определить, когда именно и в каких целях следует использовать тот или иной инструмент. В настоящем документе предлагается подход к оценке, который призван помочь вам применять уже имеющуюся информацию и собирать только новые данные, представляющие практическую пользу с учетом ваших возможностей и фазы гуманитарного кризиса.

В основу данной публикации легли два стратегических документа: опубликованное Целевой группой МПК в 2010 г. руководство *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know?* (Охрана психического здоровья и психосоциальная поддержка при гуманитарных чрезвычайных ситуациях: что должны знать организации, оказывающие гуманитарную помощь в области здравоохранения?), а также раздел Справочника проекта «Сфера» (2011 г.), относящийся к психическому здоровью.

Данный документ предназначен в первую очередь для работников здравоохранения. Поскольку социальные детерминанты нарушений психического здоровья и психосоциальных проблем относятся ко многим различным секторам, каждый второй инструмент из предложенного набора охватывает вопросы оценки ОПЗПП, актуальные не только для здравоохранения, но и для других секторов.

Настоящий документ призван помочь вам в сборе необходимой информации для того, чтобы оказывать более действенную поддержку людям, пострадавшим от гуманитарных кризисов.

Shekhar Saxena

Директор
Департамента психического
здоровья и токсикомании
ВОЗ, Женева

Steve Corliss

Директор
Отдела поддержки
и управления программами
УВКБ ООН, Женева

Благодарности

В качестве координатора данного совместного проекта ВОЗ и УВКБ ООН выступил Mark van Ommeren (Департамент психического здоровья и токсикомании ВОЗ). Общее руководство работами осуществляли Shekhar Saxena (директор Департамента психического здоровья и токсикомании ВОЗ) и Marian Schilperoord (глава Отдела общественного здравоохранения и ВИЧ УВКБ ООН).

Авторы документа – Wietse A. Tol (Школа общественного здравоохранения Университета Джонса Хопкинса) и Mark van Ommeren (ВОЗ).

Выражается признательность УВКБ ООН за выполненную на ранних этапах апробацию отдельных инструментов, приведенных в настоящем документе.

Также приносится благодарность следующим специалистам за проведенное рецензирование или апробацию одного или нескольких новых инструментов, описанных в настоящем документе: Jonathan Abrahams (ВОЗ), Alastair Ager (Колумбийский университет), Heni Anastasia (Всемирная христианская служба), Giuseppe Annunziata (ВОЗ), Nancy Baron (Глобальная психосоциальная инициатива), Anja Baumann (ВОЗ), Theresa Betancourt (Гарвардский университет), Cecile Bizouerne (Action Contre le Faim), Paul Bolton (Университет Джонса Хопкинса), Maria Bray (Terre des Hommes), Jorge Castilla (Бюро гуманитарной помощи Европейского сообщества), Joseph Coyne (Пенсильванский университет), Nathalie Drew (ВОЗ), Carolina Echeverri (консультант УВКБ ООН), Tonka Elbs (CARE Австрия), Rabih El Chammay (консультант), Richard Garfield (Колумбийский университет), Rita Giacaman (Университет Бир-Зейт), Jane Gilbert (консультант), Andre Griekspoor (ВОЗ), Sarah Harrison (Церковь Швеции), Lynne Jones (консультант), Mark Jordans (HealthNet TPO), Devora Kestel (ВОЗ/ПАОЗ), Albert Maramis (ВОЗ), Anita Marini (ВОЗ), Amanda Melville (ЮНИСЕФ), Ken Miller (консультант), Matthijs Muijen (ВОЗ), Bhava Nath Poudyal (консультант), Ruth O'Connell (ЮНИСЕФ), Pau Perez-Sales (MdM-Испания), Sabine Rakatomalala (Terre des Hommes), Khalid Saeed (ВОЗ), Benedetto Saraceno (Новый Лиссабонский университет), Norman Sartorius (Ассоциация за совершенствование программ психического здоровья), Alison Schafer (Уорлд Вижн Интернешнл), Maya Semrau (Институт психиатрии Королевского колледжа, Лондон), Derrick Silove (Университет штата Новый Южный Уэльс), Mike Slade (Институт психиатрии Королевского колледжа, Лондон), Leslie Snider (Уор Трома Фаундейшн), Egbert Sondorp (Лондонская школа гигиены и тропической медицины), Renato Souza (Международный комитет Красного Креста), Lindsay Stark (Колумбийский университет), Emmanuel Streeel (ЮНИСЕФ), Marian Tankink (HealthNet TPO), Matthias Themel (Европейская Комиссия), Graham Thornicroft (Институт психиатрии Королевского колледжа, Лондон), Liv Torheim (FAFO), Peter Ventevogel (HealthNet TPO), Kristian Wahlbeck (ВОЗ), Inka Weissbecker (Международный медицинский корпус), Michael Wessells (Колумбийский университет), Nana Wiedemann (Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца).

Содержание

Предисловие	3
Благодарности	4
Краткая памятка для выбора инструментов	7
1. Введение	9
1.1 Как пользоваться этим инструментарием?	9
1.2 Для кого предназначен инструментарий?	10
1.3 Как разрабатывался этот инструментарий?	11
1.4 Культура и психическое здоровье	11
2. Обзор процесса оценки	12
3. Методология оценки	15
3.1 Выбор тем и инструментов оценки из предлагаемого инструментария	15
3.2 Оценка распространенности нарушений психического здоровья	19
3.3 Сбор качественных и количественных данных	21
4. Претворение результатов оценки в действия	27
4.1 Подготовка отчета с рекомендациями	27
4.2 Доведение рекомендаций до сведения заинтересованных сторон	28
Инструменты 1-12 (номера страниц см. в Краткой памятке на странице 7 или на 3-й и 4-й страницах обложки)	31
Библиография	83



Краткая памятка для выбора инструментов

№ инструмента	Название	Методика	Цели применения	Стр.
Для координации и информационно-разъяснительной деятельности (адвокации)				
1	Кто, где, когда и что делает (4W – Who, Where, When, What) в области охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки (ОПЗПП): основные положения руководства с кодами деятельности	Интервью с руководителями программ организаций	Для координации, посредством систематического описания (инвентаризации) имеющихся путей и средств охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки	32
2	Анкета ВОЗ – УВКБ ООН для оценки серьезных симптомов в гуманитарных ситуациях (WASSS)	Часть обследования домохозяйств в сообществе (репрезентативная выборка)	Для информационно-разъяснительной деятельности путем демонстрации наличия проблем психического здоровья в сообществе	36
3	Шкала воспринимаемых потребностей для чрезвычайных гуманитарных ситуаций (HESPER)	Часть обследования домохозяйств в сообществе (репрезентативная выборка). В исключительных случаях (в острых, масштабных чрезвычайных ситуациях) обследование «удобной» выборки	Для обоснования ответных мер путем сбора данных о масштабах физических, социальных и психологических потребностей по субъективным восприятиям членов сообщества	43
Для ОПЗПП через службы здравоохранения				
4	Контрольный перечень для посещения стационарных учреждений в чрезвычайных гуманитарных ситуациях	Посещения учреждений, интервью с персоналом и пациентами	Для защиты людей с ограниченными психическими или неврологическими возможностями, проживающих в специализированных учреждениях, и оказания им помощи	45
5	Контрольный перечень для интеграции охраны психического здоровья в первичную медицинскую помощь (ПМСП) в гуманитарных ситуациях	Посещения учреждений, интервью с руководителями программ ПМСП и персоналом	Для планирования мер охраны психического здоровья в учреждениях ПМСП	50
6	Нейропсихиатрический компонент информационной системы здравоохранения (ИСЗ)	Клиническая эпидемиология с использованием ИСЗ	Для адвокации и для планирования и мониторинга мер охраны психического здоровья в учреждениях ПМСП	56
7	Шаблон для оценки формальных ресурсов системы охраны психического здоровья в гуманитарных ситуациях	Изучение документов, интервью с руководителями служб	Для планирования (раннего) восстановления/реконструкции на основе анализа формальных ресурсов региональной/ национальной системы охраны психического здоровья	59

№ инстру-мента	Название	Методика	Цели применения	Стр.
Для ОПЗПП в рамках деятельности различных секторов, в том числе на основе поддержки на уровне местных сообществ				
8	Контрольный перечень по получению информации общего характера (не касающейся конкретно ОПЗПП) от головных учреждений по секторам	Изучение имеющихся документов	Для консолидации уже известной информации общего характера (не касающейся конкретно ОПЗПП) о текущей чрезвычайной гуманитарной ситуации (во избежание сбора дополнительных данных о том, что уже известно)	63
9	Шаблон для составления обзора имеющейся информации, актуальной для охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки в регионе/стране	Обзор литературы	Для консолидации той информации о данном регионе/стране в плане ОПЗПП, которая уже была известна до текущей чрезвычайной гуманитарной ситуации (во избежание дублирования в сборе данных)	65
10	Совместная оценка: суждения рядовых членов сообщества	Интервью с рядовыми членами сообщества (свободное перечисление с последующими вопросами)	Для изучения мнений местного населения в отношении проблем и путей совладания с ними с последующим представлением информации для принятия мер в области ОПЗПП	68
11	Совместная оценка: суждения членов сообщества, очень хорошо его знающих	Индивидуальные или групповые интервью с ключевыми информантами		75
12	Совместная оценка: суждения тяжело пострадавших людей	Интервью с тяжело пострадавшими людьми (свободное перечисление с последующими вопросами)		79

Примечание: ОПЗПП означает «охрана психического здоровья и психосоциальная поддержка».

1. Введение

1.1 КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЭТИМ ИНСТРУМЕНТАРИЕМ?

В настоящем документе представлены методический подход и набор инструментов, призванные помочь лицам, готовящим и проводящим оценку потребностей и ресурсов в области охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки в условиях масштабных гуманитарных кризисов. Это могут быть крупные стихийные бедствия, антропогенные катастрофы и комплексные чрезвычайные ситуации (например, вооруженные конфликты).

В целом оценки направлены на:

- обеспечение всестороннего понимания гуманитарной ситуации;
- анализ проблем, переживаемых людьми, и их способности справляться с ними;
- анализ имеющихся ресурсов на предмет принятия (по согласованию с заинтересованными сторонами) решений о характере необходимых ответных мер.

Оценки помогают также начать работу с заинтересованными сторонами, в том числе с правительствами, представителями общественности, национальными и международными агентствами.

В изданной в 2007 г. публикации *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings* (Руководство МПК по охране психического здоровья и психосоциальной поддержке в условиях чрезвычайных ситуаций) перечислены темы, которые следует охватывать при проведении оценок, касающихся психического здоровья и психосоциальной поддержки. Это руководство, однако, не содержит указаний о том, **каким образом** следует собирать данные или какая информация обычно необходима и для каких именно действий в области здравоохранения. Настоящий документ – написанный главным образом для организаций, осуществляющих программы гуманитарной помощи по сектору здравоохранения, – призван способствовать заполнению этих пробелов.

В основу данной публикации легли два стратегических документа: опубликованное Целевой группой МПК в 2010 г. руководство *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know?* (Охрана психического здоровья и психосоциальная поддержка при гуманитарных чрезвычайных ситуациях: что должны знать организации, оказывающие гуманитарную помощь в области здравоохранения?), а также раздел Справочника проекта «Сфера» (2011 г.), относящийся к психическому здоровью.

На странице 7 (и на 3-й и 4-й страницах обложки) приведена краткая памятка, в которой перечислены все инструменты и показано, как они связаны с основными рекомендованными действиями сектора здравоохранения в области охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки (ОПЗПП).

Ввиду широкого охвата тем оценки по возможности должны проводиться координированно. Сотрудничество между партнерами значительно повышает эффективность оценок. Методические рекомендации по скоординированному проведению оценок приведены в документе Рабочей группы МПК по оценке потребностей (IASC NATF, 2011).

Единой методики оценки, которая подходила бы ко всем ситуациям, не существует. Этот документ не содержит универсальных рецептов; в нем просто приведен инструментарий и изложен подход к выбору инструментов для тех или иных случаев. Вам следует выбрать

несколько инструментов и адаптировать их в рамках каждого конкретного проекта оценки и конкретной ситуации в зависимости от того, какие задачи вы хотите решить.

Задачи оценки определяются следующими факторами:

- какая информация уже имеется;
- текущая фаза чрезвычайной ситуации;
- профессиональные возможности и интересы группы, а также ресурсы, которыми она располагает.

Представленный в данном документе подход – в соответствии с последними межучрежденческими рекомендациями (IASC NATF 2011, IASC 2012) – охватывает сбор как первичных (новых), так и вторичных (существующих) данных.

1.2 ДЛЯ КОГО ПРЕДНАЗНАЧЕН ИНСТРУМЕНТАРИЙ?

Хотя этот документ написан в первую очередь для медицинских учреждений, многие из представленных здесь оценочных инструментов вполне пригодны для использования в других секторах. Работники здравоохранения могут действовать на любом из следующих уровней:

- в местном сообществе (например, на дому);
- в учреждениях здравоохранения первого и второго уровней (например, в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, поликлиниках, больницах общего профиля);
- в учреждениях высокоспециализированной медицинской помощи (например, в психиатрических больницах).

Социальные условия, способствующие возникновению нарушений психического здоровья и психосоциальных проблем, имеют место практически во всех сферах, практически каждый второй из приведенных в данном документе инструментов охватывает вопросы оценки в области ОПЗПП, актуальные не только для здравоохранения, но и для других секторов.

При составлении документа подразумевалось, что пользователи знакомы с основными понятиями в области охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки, очерченными в Руководстве МПК по ОПЗПП (2007). Хотя в тексте и даны некоторые пояснения, данный документ подразумевает также, что пользователи обладают базовыми знаниями методик оценки, например:

- как проводить полуструктурированные интервью с основными информантами и групповые интервью, анализировать их результаты и составлять соответствующие отчеты;
- проводить опросы, анализировать их результаты и составлять соответствующие отчеты;
- управлять материально-техническим обеспечением процесса оценки, составлять бюджет, обучать сборщиков данных и т. д.

Точность и качество оценки во многом зависят от квалификации и навыков руководителя и членов оценочной группы. Руководитель должен как минимум обладать опытом планирования, проведения, анализа и составления отчетов по выполнению качественных и количественных оценочных исследований в условиях гуманитарной чрезвычайной ситуации.

Члены группы должны коллективно обеспечить полноценный уровень экспертных знаний по следующим вопросам:

- социально-культурный контекст, в котором протекает гуманитарный кризис;
- проблемы психического здоровья и разработка соответствующих программ при чрезвычайных ситуациях гуманитарного характера.

1.3 КАК РАЗРАБАТЫВАЛСЯ ЭТОТ ИНСТРУМЕНТАРИЙ?

Разработка инструментария представляла собой итерационный процесс, который включал консультации с экспертами, проведение ряда раундов рецензирования и пилотное тестирование различных инструментов. Отправной точкой разработки послужил перечень всех тем оценки, рекомендованных в Руководстве МПК по ОПЗПП (в таблице мероприятий по оценке). Затем возможные вопросы по каждой из этих тем (с определенными методиками оценки и целевыми респондентами) были сведены в одну развернутую таблицу. По мере возможности в таблицу включали ранее апробированные вопросы и инструменты. Затем вопросы были сгруппированы по темам исходя из методики оценки и типа респондента. Повторяющиеся и излишние вопросы были удалены. Были также исключены вопросы, не имеющие прямого отношения к деятельности сектора здравоохранения. Сгруппированные вопросы были трансформированы в инструменты оценки, для каждого из которых была поставлена четкая цель, касающаяся одного из основных действий, указанных в пересмотренном Стандарте психического здоровья (Справочник проекта «Сфера», 2011 г.). Целевая группа МПК по ОПЗПП изучила и затем одобрила инструменты, вовлекающие другие секторы ([инструменты 1, 9, 10, 11](#)).

1.4 КУЛЬТУРА И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Перед координаторами оценки всегда будет стоять задача поиска баланса между получением:

- оперативной и практической информации (например, путем проведения быстрой оценки основных аспектов, позволяющей начать оказание помощи);
- знаний о крайне сложных социокультурных реалиях (например, с помощью углубленных этнографических исследований).

К сожалению, простого ответа на вопрос о том, как достичь этого баланса, нет.

Культурные аспекты оказания помощи в настоящем инструментарии учитываются разными способами, включая:

- шаблон анализа литературных обзоров по проблемам общественных наук и медицины, актуальным для конкретного контекста;
- инструменты оценки, которые позволяют оперативно собирать информацию о мнениях местных жителей и других заинтересованных сторон в отношении охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки.

Важно помнить, что приведенные здесь инструменты в целом позволяют получить хотя и быстрые, но достаточно поверхностные ответы на сложные вопросы. Информация, собранная при помощи этих инструментов, потребует критических размышлений и, в случаях, где ситуация развивается, дальнейшего сбора данных.

2. Обзор процесса оценки

Проведение оценки потребностей – непрерывный процесс. Его последовательные шаги показаны на рис. 2.1.

Прежде чем начинать проведение оценки, необходимо согласовать свои действия с соответствующими заинтересованными сторонами, включая, в зависимости от обстоятельств, структуры государственного управления, головные организации по секторам гуманитарной помощи, представителей целевой группы и других субъектов гуманитарной деятельности.

Рекомендуется координировать усилия с другими структурами, проводящими аналогичные оценки (например, делить тематику или географические районы между участвующими в данной работе гуманитарными организациями), что, в частности, позволяет:

- наиболее эффективно использовать ресурсы;
- получать более полную картину потребностей;
- не задавать повторно одни и те же вопросы одним и тем же респондентам.

Если ваша организация работает в рамках внешней помощи, то вам следует постараться скоординировать оценки с местными специалистами и воспользоваться существующими возможностями местных государственных органов и научных учреждений.

Настоятельно рекомендуем агентствам, планирующим проводить скоординированные оценки в отношении ОПЗПП, применять оперативное руководство по проведению координированной оценки потребностей, принятое Рабочей группой МПК по оценке потребностей (РГОП) в 2011 г.

Примененный в данном инструментарии подход к оценке потребностей и ресурсов в области охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки предусматривает четыре формы сбора данных:

- обзор литературы ([инструмент 9](#));
- получение имеющейся информации от соответствующих заинтересованных сторон, включая органы государственного управления (например, [инструменты 7 и 8](#));
- сбор новой информации путем включения вопросов о нарушениях психического здоровья и психосоциальных проблемах в оценки общего состояния здоровья, питания, защиты и т. д., проводимые субъектами, не занимающимися вопросами ОПЗПП¹ (например, к таким оценкам может быть добавлен [инструмент 2](#));
- заполнение пробелов в информации путем сбора новых данных по вопросам психического здоровья и психосоциальных проблем с помощью специальной оценки ОПЗПП, включая, например, интервью и посещение объектов, опросные исследования, групповые интервью и интервью с ключевыми информантами (например, [инструмент 11](#)).

¹ В идеальном варианте внесение соответствующих вопросов в оценочные формы осуществляется в рамках обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям, т. е. еще до их возникновения.

РИС. 2.1 АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ ПОТРЕБНОСТЕЙ



ТАБЛИЦА 2.1 ПРИНЦИПЫ НАДЛЕЖАЩЕЙ ПРАКТИКИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ

1. Обязательно **координируйте свои действия с соответствующими заинтересованными сторонами** (включая, где возможно, органы государственного управления, НПО, общественные и религиозные организации, местные научно-академические учреждения и пострадавшие группы населения) и обеспечивайте их участие в разработке оценки, интерпретации результатов и составлении соответствующих рекомендаций.
2. **Включайте в оценку разные категории** пострадавшего населения – детей, молодежь, женщин, мужчин, лиц преклонного возраста, а также различные культурные, религиозные и социально-экономические группы.
3. **Разрабатывайте план** оценки и анализируйте полученные данные с акцентом на действия, а не только на сбор информации. Сбор слишком большого массива данных (т. е. такого объема, который вы не сможете проанализировать целиком или рационально использовать) приводит к излишней трате ресурсов и создает ненужную нагрузку на респондентов.
4. **Помните о наличии конфликта** – сохраняйте нейтралитет и непредвзятость, учитывая возможные трения и не подвергая людей риску своими вопросами.
5. Помните, что методология оценки и поведение членов оценочной группы должны соответствовать местной **культуре**.
6. **Оценивайте как потребности, так и ресурсы**, чтобы рекомендуемые гуманитарные меры с большей вероятностью опирались на уже имеющиеся средства поддержки.
7. Помните об **этических принципах**, включая неприкосновенность личной жизни, конфиденциальность, сознательное и добровольное участие, наилучшее соблюдение интересов респондентов (см. ниже раздел 3.3 об информированном согласии).
8. **Члены оценочной группы** должны пройти обучение этическим принципам и базовым навыкам интервьюирования и быть хорошо осведомлены о местном контексте. Состав группы должен быть сбалансирован в гендерном отношении и включать местных жителей (или людей, хорошо знающих местное население). Они смогут указать на источники информации.
9. **Методы сбора данных** включают обзор литературы, групповые интервью, интервью с ключевыми информантами, наблюдение и посещения объектов.
10. Оценки должны быть **своевременными**, так чтобы их результаты соответствовали фазе гуманитарного кризиса, причем на более поздних фазах можно проводить более детальные оценки.

3. Методология оценки

3.1 ВЫБОР ТЕМ И ИНСТРУМЕНТОВ ОЦЕНКИ ИЗ ПРЕДЛАГАЕМОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ

Как правило, оценки должны сосредотачиваться на избранном перечне тем и инструментов. Памятка, приведенная на странице 7 и на 3-й и 4-й страницах обложки, содержит перечень возможных основных действий органов здравоохранения в области охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки. Этот перечень включает все, кроме одного, ключевые действия, перечисленные в Стандарте психического здоровья *Справочника проекта «Сфера» (2011)*². Для каждого из упомянутых там ключевых действий в данном инструментарии предусмотрен один или несколько инструментов.

Выбирая инструменты из данного инструментария, важно помнить о следующем:

1. **Разработайте четкие рамки и задачи проводимой вами оценки.** Это поможет вам расставить по приоритетам необходимую информацию и станет ориентиром в выборе инструментов.
2. **Помните: время и ресурсы ограничены.** Излишне не обременяйте затронутых ситуацией людей; необходимо изучить уже имеющуюся информацию и на ее основе свести к минимуму круг тем для дальнейшей оценки. Нет смысла собирать одни и те же сведения дважды, если нет сомнений в актуальности или достаточном качестве существующей информации. Собирайте только те данные, которые можно использовать для принятия гуманитарных мер.
3. **Необходимость в углубленной информации по всем темам возникает редко.** Нужная информация зависит от круга полномочий организации и ее способности принимать меры по результатам оценки. Когда в процессе оценки стараются охватить слишком широкий круг вопросов, трудно добиться высокого качества сбора, анализа и представления информации.
4. **Польза сотрудничества.** Когда проводятся межучрежденческие (координированные) оценки, нагрузку, связанную с их проведением, можно распределить на участвующие в этом процессе учреждения. Такие оценки рекомендуются, потому что они, как правило, дают более достоверные результаты и способствуют последующему совместному планированию программ (IASC NATF, 2011). Учреждения могут разделить тематику так, чтобы каждое из них могло выбрать для себя те вопросы, где оно наиболее компетентно.
5. **Сбор информации из источников разных типов дает более полную картину** (ср. IASC NATF, 2011). Данный инструментарий содержит инструменты для работы со следующими источниками информации:
 - суждения интервьюируемых о самих себе ([инструмент 2, часть А](#); [инструмент 12](#));
 - суждения интервьюируемых о других ([инструмент 2, часть В](#), [инструменты 10, 11](#));
 - суждения интервьюируемых о самих себе и о других ([инструмент 3](#));
 - данные из информационной системы здравоохранения ([инструмент 6](#));
 - услуги, оказываемые организациями ([инструменты 1, 4, 5, 7](#));
 - вторичные данные о пострадавшей территории в целом ([инструменты 8, 9](#)).

² Единственное основное действие, указанное в *Справочнике проекта «Сфера»*, но не отраженное в данном инструментарии, касается употребления алкоголя и других психоактивных веществ, поскольку эти вопросы были освещены ранее в публикации ИВКБ ООН/ВОЗ (2008). Таким образом, эта более ранняя публикация дополняет настоящий инструментарий.

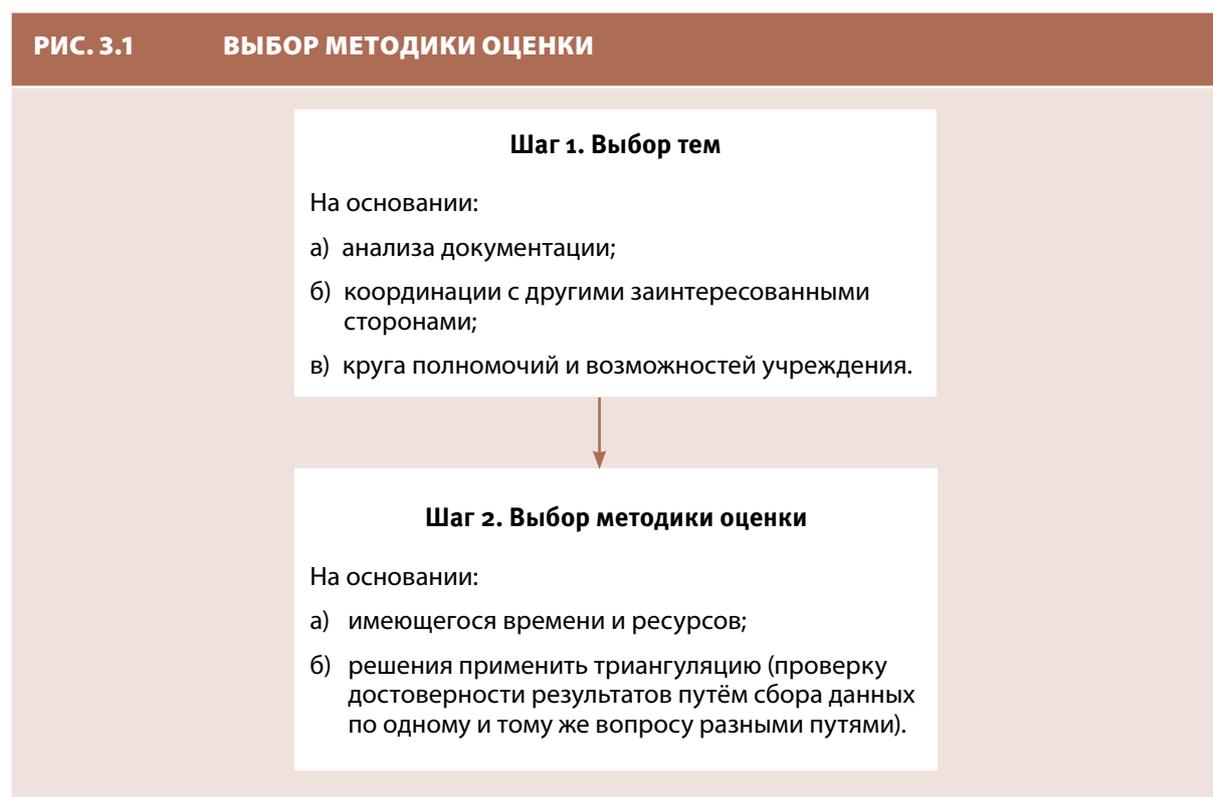
6. Планируйте проверку достоверности собранной информации. Методику проверки следует определять с учетом следующих факторов:

- имеющиеся ресурсы (квалифицированные кадры, время, деньги);
- решение применить триангуляцию – проверку достоверности результатов путем сбора соответствующей информации несколькими различными способами.

Например, вы можете сравнить данные, полученные при изучении литературы, с информацией, собранной во время посещения объекта, и отзывами населения в отношении потребности в оказании помощи.

В данном документе иногда дается не один, а несколько методов оценки того или иного вопроса, поэтому вам следует выбирать методы, которые для вас наиболее пригодны и практически осуществимы. Эффективная форма триангуляции – сверка первичных (новых) и вторичных (существующих) данных.

На рис. 3.1 показан процесс выбора тем и методики оценки. Выбрав темы и методику, вы можете рассчитать время и людские ресурсы, необходимые для проведения оценки. Вы можете адаптировать выбранные инструменты к контексту и задачам оценки. Хороший пример возможной адаптации и использования приведенных здесь инструментов – оценка, проведенная в Ливии «Международным медицинским корпусом» в 2011 г.



Строго однозначного соответствия между фазой кризиса и применением конкретных инструментов оценки нет. Однако можно воспользоваться приведенными ниже рекомендациями.

В рамках международной системы гуманитарной помощи входящие в ее состав организации все чаще обсуждают оценку применительно к четырем фазам кризисной ситуации, что детально описано в таблице 3.1.

ТАБЛИЦА 3.1 ФАЗЫ, СРОКИ И ДОЛЯ ВНИМАНИЯ, УДЕЛЯЕМОГО ПСИХИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ В ОЦЕНКАХ ВНЕЗАПНО ВОЗНИКШИХ МАСШТАБНЫХ КРИЗИСОВ	
Фазы с примерами сроков с начала внезапно возникших масштабных кризисов (в соответствии с предложениями РГОП МПК (2011)) ³	Применение инструментов из данного инструментария
Фаза 0 (до начала внезапно возникшего кризиса)	Изучить документацию (инструмент 9) и определить, какие службы и действующие субъекты имеются в наличии (инструмент 1). Если имеются ресурсы – провести углубленную оценку, ориентированную на исследование психического здоровья и психосоциального статуса в применении к сектору здравоохранения (используйте любой из инструментов, входящих в состав инструментария).
Фаза 1 (например, первые 72 часа внезапно возникшего кризиса)	Провести анализ документации или обновить его результаты (инструмент 9). Изучить прогнозы в отношении психических расстройств по опыту предшествующих кризисов (см., например, табл. 3.2). Организовать оценку базовых потребностей по жизнеобеспечению лиц, находящихся в специализированных учреждениях, их защите и уходу за ними (инструмент 4).
Фаза 2 (например, первые 2 недели внезапно возникшего кризиса)	Включить несколько вопросов о проблемах психического здоровья (например, об уходе за лицами, находящимися в специализированных учреждениях) в Многокластерную/многосекторную первоначальную быструю оценку (MIRA; IASC, 2012) и рассмотреть возможность применения Шкалы воспринимаемых потребностей для чрезвычайных ситуаций гуманитарного характера (HESPER, инструмент 3) в «удобной» выборке (например, инструменты 10–12).
Фаза 3 (например, 3 и 4 недели после начала внезапно возникшего кризиса)	Включить в оценки общего состояния здоровья подраздел о психических и социальных аспектах здоровья (например, инструменты 2, 4, 5, 6). Подготовить углубленную оценку психического здоровья и психосоциального статуса (любой инструмент из данного инструментария).
Фаза 4 (весь последующий период до завершения кризиса)	Оценить возможности действующей формальной системы охраны психического здоровья (инструмент 7) для планирования восстановительных мер. Провести углубленную оценку по различным аспектам психического здоровья и психосоциального статуса (любой инструмент из данного инструментария).

³ Единого мнения о предлагаемых сроках, касающихся только внезапно возникших чрезвычайных ситуаций, нет. Если чрезвычайная ситуация возникает медленно, то каждая из указанных фаз будет протекать дольше. Кроме того, фаза 3 может длиться гораздо больше (например, до конца 3-го месяца, если чрезвычайная ситуация особо тяжелая или если доступ ограничен).

В отношении этих четырех фаз необходимо отметить следующее:

- Несмотря на несовершенство данной классификации, наличие общих представлений о последовательности фаз и действий полезно для коммуникации и совместного планирования.
- Сроки, указанные выше в табл. 3.1, изменяются в зависимости от масштаба и степени тяжести гуманитарного кризиса, а также от возможностей применения ответных мер.
- В фазах 1–3 заполнение форм, анализ данных и представление результатов оценок следует проводить в кратчайшие сроки, иначе они потеряют смысл, поскольку ситуация на местах может быстро меняться.
- Как правило, основной объем гуманитарной помощи (в том числе практически вся поддержка при комплексных чрезвычайных ситуациях) предоставляется в фазе 4.
- Большинство оценок психического здоровья обычно проводится в фазе 4.
- По возможности следует избегать вертикальных (изолированных) оценок психического здоровья в фазах 1–3. Их следует включать в многосекторные оценки или оценки по сектору здравоохранения.
- Если территория только недавно открылась, а до этого была недоступна в течение длительного периода (например, по причине безопасности), оценку следует начинать, как в фазе 1.

Большинство инструментов и вопросов, освещенных в настоящем документе, предназначены для фазы 4. Тем не менее инструменты можно применять и в более ранних фазах в рамках многосекторных оценок и оценок по сектору здравоохранения. Это делается следующим образом:

- Обычно можно задавать вопросы о воспринимаемых потребностях с помощью Шкалы воспринимаемых потребностей для чрезвычайных ситуаций гуманитарного характера (HESPER⁴ [инструмент 3](#)) в «удобных» выборках уже в фазе 2. На момент подготовки данного документа вопросы по системе HESPER составляют основу предварительного перечня вопросов по сбору первичных данных в фазе 2 Многокластерной/многосекторной первоначальной быстрой оценки МПК (MIRA; IASC, 2012)⁵.
- [Инструмент 4](#) (в отношении учреждений) применяется с самого начала чрезвычайной ситуации, поскольку ключевой вопрос состоит в том, не забыты ли люди, находящиеся в психиатрических больницах или других специализированных учреждениях (например, в домах престарелых, детских домах, местах лишения свободы), не оставлены ли они без чистой воды, пищи, медицинской помощи и защиты от насилия и жестокого обращения. Учитывая, что про пациентов психиатрических больниц забывают слишком часто, необходимо активно защищать интересы этих уязвимых групп, добиваясь, чтобы оценка MIRA в обязательном порядке проводилась в вышеперечисленных учреждениях.
- Можно добавить вопросы о серьезных симптомах дистресса (см. [инструмент 2](#)) к популяционным обследованиям общего состояния здоровья (фаза 3).
- Следует ввести категории психического здоровья (см. [инструмент 6](#)) в информационную систему по вопросам здоровья (фаза 3).

4 Все элементы системы HESPER (см. инструмент 3) измеряют *субъективный* опыт людей и поэтому являются психосоциальными по характеру.

5 Метод *Многокластерной/многосекторной первоначальной быстрой оценки* (MIRA), разрабатываемый в настоящее время, планируется принять в качестве стандартного межсекторного инструмента для использования Кластерами МПК при проведении оценки гуманитарной ситуации в первые две недели после крупной внезапно возникшей чрезвычайной ситуации.

3.2 ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Попытки оценить распространенность различных психических расстройств предпринимаются часто. В данном документе, однако, не освещаются обследования распространенности психических расстройств (т. е. психиатрическая эпидемиология). Такие обследования могут быть важны для целей информационно-пропагандистской работы и иметь академическую ценность, однако при планировании программ гуманитарной помощи они в большинстве случаев имеют лишь ограниченное практическое значение. Кроме того, в условиях чрезвычайных ситуаций гуманитарного характера весьма сложно проводить такие обследования полноценно. Обследования психических расстройств при таких ситуациях необходимо сопровождать исследованиями, направленными на валидацию методик, используемых для диагностики расстройств. Такая валидация должна удостоверить значимые различия между истинными психическими расстройствами и непатологическим психологическим дистрессом (см. также IASC, 2007, стр. 45)⁶.

При необходимости получить быструю оценку распространенности психических расстройств можно воспользоваться, как общей информацией, существующими прогнозами ВОЗ в отношении психических расстройств среди населения, пострадавшего от кризисов (см. ниже, табл. 3.2). Вместе с тем, однако, необходимо помнить, что это лишь приблизительная оценка и наблюдаемые уровни распространенности широко варьируются в зависимости от контекста и метода исследования.

В целом важно отметить следующее:

- (а) перенесенные лишения (потеря имущества и, возможно, иные травмирующие события) и (б) небезопасная, неблагоприятная среда в период восстановления сопряжены с более высоким уровнем распространенности психических расстройств (Steel et al., 2009);
- высококачественные исследования (с использованием диагностических методов, случайных выборок, а также выборок большого размера), как правило, демонстрируют более низкие уровни распространенности психических расстройств (Steel et al., 2009)⁷;
- исследования, в которых не учитывается оценка клинической значимости или нарушение функционирования, обнаруживают более высокие уровни распространенности расстройств (Breslau et al., 2007). Это, как правило, относится к большинству исследований, основанных на самооценке.

Хотя данный инструментарий не охватывает вопросы количественного измерения психических расстройств, он все же позволяет проводить исследования на предмет выявления серьезных нарушений психического здоровья. Организации часто хотят знать о масштабах таких проблем среди населения, вести их мониторинг и представлять информацию; это можно делать относительно быстро и без проведения оценки психических расстройств (см. [инструмент 2](#)). Опыт использования [инструмента 2](#) показал, что можно эффективно использовать такие исследования для обоснования необходимости повышенного внимания к вопросам психического здоровья при гуманитарных ситуациях.

6 Дополнительную информацию по этому вопросу – см. Bolton & Betancourt, 2004; Horwith, 2007; Rodin & van Ommeren, 2009.

7 Steel et al. (2009) путем метаанализа более надежных эпидемиологических обследований (в которых использовались случайные выборки и диагностические интервью) групп населения, пострадавших от конфликта, установили, что средний уровень распространенности посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) и депрессии составляет соответственно 15,4% (30 исследований) и 17,3% (26 исследований). Эти цифры существенно выше, чем средний уровень распространенности – 7,6% (для любых тревожных расстройств, включая ПТСР) и 5,3% (для любых расстройств настроения, включая тяжелые депрессивные расстройства) – наблюдаемый в 17 национальных репрезентативных выборках, участвующих во Всемирном обследовании психического здоровья.

ТАБЛИЦА 3.2 ПРОГНОЗЫ ВОЗ В ОТНОШЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ, ПОСТРАДАВШЕГО ОТ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИⁱ

	До чрезвычайной ситуации: распространенность за год (медиана по странам и уровням подверженности лишениям) ⁱⁱ	После чрезвычайной ситуации: распространенность за год (медиана по странам и уровням подверженности лишениям)
Тяжелое расстройство (например, психоз, тяжелая депрессия, форма тревожного расстройства с резким нарушением повседневного функционирования)	2% – 3%	3% – 4% ⁱⁱⁱ
Легкое или умеренное психическое расстройство (например, легкие и умеренные формы депрессии и тревожных расстройств, в том числе легкий и умеренный ПТСР)	10%	15% – 20% ^{iv}
Обычный дистресс / другие психологические реакции (отсутствие психических расстройств)	Оценки нет	Значительная часть

Примечания: адаптировано из источника WHO (2005). ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство.

- i Наблюдаемые уровни распространенности изменяются в зависимости от условий (например, время с момента возникновения чрезвычайной ситуации, социокультурные факторы совладания и социальной поддержки на уровне местного сообщества, опыт перенесенных бедствий в прошлом и тяжесть лишений в настоящее время) и от метода оценки.
- ii Предполагаемые базовые уровни – медианные значения по странам в соответствии с Всемирным обследованием психического здоровья (2000 г.).
- iii Это наиболее вероятный прогноз, основанный на том предположении, что травмирующие события и утраты могут способствовать рецидиву психических расстройств на фоне предшествующего стабильного состояния, а также вызывать инвалидизирующие формы расстройств настроения и тревожных расстройств.
- iv Установлено, что травмирующие события и утраты повышают риск депрессии и тревожных расстройств, в том числе посттравматического стрессового расстройства.



Конго/ВОЗ/Марко Кокис

3.3 СБОР КАЧЕСТВЕННЫХ И КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ДАННЫХ

3.3.1 Общие рекомендации по сбору качественных и количественных данных

Ниже изложены общие указания по сбору качественных и количественных данных.

1. Информированное согласие. Оценки сопряжены со значительной нагрузкой на участвующих в них лиц. Они отнимают время и силы и могут напоминать людям о трудностях, причем часто это бывает в ситуациях, которые и без того сложны. Очень важно, чтобы респонденты участвовали в оценках только добровольно и понимали, чего именно вы от них ждете. В условиях гуманитарного кризиса ситуация осложняется тем, что работники, проводящие оценку, часто представляют организации, которые оказывают помощь. Люди могут принимать участие в оценках потому, что они надеются получить помощь от этих организаций. Важно, чтобы вы были совершенно откровенны с возможными участниками; если вы не уверены, что оценка приведет к конкретным мерам поддержки, вы должны сообщить об этом. Такая честность предполагает выполнение всех обещаний, которые вы даете в отношении помощи. Необоснованные обещания подрывают доверие населения и вредят оказанию эффективной гуманитарной помощи.

Дополнительная литература

Всемирная организация здравоохранения (2003). Рекомендации ВОЗ по вопросам соблюдения этики и обеспечения безопасности при проведении интервью с женщинами, пострадавшими от торговли людьми. Женева: ВОЗ, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42765/5/9241546255_rus.pdf

2. Место проведения интервью. Место, в котором проводится интервью, может оказывать большое влияние на его результаты. Следует по мере возможности обеспечить, чтобы участники могли спокойно говорить, не опасаясь, что за ними будут наблюдать, что их будут перебивать, напоминать им о том, что нужно делать, и так далее. Важно продумать материально-техническое обеспечение места проведения интервью заранее, **прежде** чем оценочная группа придет в конкретный пункт назначения.

3. Язык. Участники могут обсуждать проблемы психического здоровья и психосоциального статуса многими способами. Психические расстройства легко спутать с обычным дистрессом, т. е. с чувством печали или огорчения. В местных языках могут быть слова, отражающие это различие, а могут и не быть. Например, в непальском языке существует разница между понятиями *man* («сердечный разум») и *dimaag* («умственный разум»): проблемы в первом из них подвергаются меньшей стигматизации. Одно и то же слово в разных культурах может означать несколько разные понятия. Например, английское слово *bored* («скужающий») в некоторых южноазиатских сообществах близко к слову «неудовлетворенность», а слово *traumatized* («травмированный») в разных культурах может иметь разный смысл. Кроме того, в разных культурах по-разному проводится различие между проблемами психического здоровья и другими проблемами. Например, проявления, которые, на ваш взгляд, могут свидетельствовать о нарушении психического здоровья, участники могут воспринимать как действие сверхъестественных сил (например, голоса злых духов). Иногда простые выражения, описывающие психические расстройства, носят оскорбительный характер (например, *crazy* («сумасшедший») или *has a screw loose* («винтика не хватает») в английском языке). Вам следует очень тщательно подбирать слова, чтобы не оскорблять участников. Решающий момент – внимательно разъяснять технические термины во всех инструментах интервьюирования, основываясь на результатах кабинетного исследования или предварительных интервью с ключевыми информантами.

4. Отношение. Важный аспект интервьюирования заключается в том, как интервьюер обращается к участникам и может ли он наладить отношения доверия и понимания. Эту тему следует включить в курс подготовки группы оценки, например провести «мозговой штурм» с членами группы по основным компетенциям, необходимым для внимательного и чуткого проведения интервью. Речь может идти о следующих характеристиках интервьюера:

- установки, например готовность слушать; открытость к мнениям других; соблюдение нейтральности в суждениях и оценках; любознательность; гибкость; готовность ездить в командировки и работать в разных местах без заранее определенного графика;
- навыки, например активное слушание; способность создать атмосферу доверия; навыки скорописи; способность следовать инструкциям по проведению интервью; приобретение опыта проведения интервью посредством ролевой игры; способность переключения на альтернативные стратегии в случае возникновения непредвиденных ситуаций.

Дополнительная литература

Hardon, A. (2001). *Applied Health Research*. Amsterdam: het Spinhuis.

http://openlibrary.org/books/OL9106217M/Applied_Health_Research-Manual

5. Предвзятость. Предвзятость означает систематическое непреднамеренное влияние на информацию. Например, на вопросы о том, как их дела, люди могут давать резко отрицательные ответы, потому что, по их мнению, это может помочь им получить доступ к услугам. Или же люди могут не описывать отрицательные эмоции, потому что не хотят показаться слабыми в глазах других. Кроме того, пристрастными могут быть сами интервьюеры, что может повлиять на ответы. Важно, чтобы члены оценочной группы не упускали из внимания возможность подобных субъективных искажений достоверности сообщаемой информации и указывали на эти аспекты в своих отчетах.

6. Дословная запись данных. Многие из инструментов в этом инструментарии требуют *дословной записи* ответов респондентов. Такая запись в идеале необходима при сборе качественных данных, и в большинстве случаев для этой цели во время интервьюирования используют диктофоны. Вместе с тем, в ситуациях гуманитарного характера применение диктофона может привести к возникновению проблем безопасности, во многих случаях оно практически неосуществимо или нецелесообразно. В ситуациях, где главную роль играет оперативность сбора и анализа информации (например, в фазах 1–3), хорошая скоропись может быть уместной альтернативой диктофонной записи.

7. Хранение данных. Информация, собранная вами в ходе оценки (например, данные, записанные на магнитофон, расшифровки стенограмм интервью), создает основу для рекомендаций о действиях и является результатом тяжелой, а порой и самоотверженной работы всех участников. Поэтому с данными следует обращаться максимально бережно. Необходимо позаботиться о том, чтобы данные::

- хранились в безопасном и защищенном месте (например, вне доступа военнослужащих или руководства лагеря);
- хранились в чистоте (например, в пластиковых обложках с целью защиты от влажности и загрязнений);
- хранились в систематизированном порядке (например, в пронумерованных коробках);
- были анонимными с целью защиты конфиденциальности. Чтобы обеспечить анонимность, формы с данными должны содержать только кодовые номера участников, а персональные списки респондентов с присвоенными номерами следует хранить как секретную документацию. За соблюдение режима конфиденциальности отвечает руководитель оценочной группы.

3.3.2 Качественные оценки

Некоторые из приведенных здесь инструментов касаются сбора качественных данных в формате быстрой оценки. Следующие разделы являются кратким пособием по теме «сбор качественных данных». Более подробную информацию можно найти в источниках, указанных под заголовками «Дополнительная литература».

3.3.2.1 Интервью с ключевыми информантами

Интервью с ключевыми информантами (метод, используемый в [инструментах 1, 4, 5, 9, 10, 11](#) и [12](#)) – это интервью с людьми, которые предположительно могут лучше других сообщить необходимую информацию. Например, если вас интересуют местные траурные ритуалы, то в качестве ключевых информантов вы можете рассматривать религиозных лидеров. Интервью с ключевыми информантами часто предполагают проведение многократных неструктурированных интервью с одним и тем же лицом.

С использованием метода интервью с ключевыми информантами связан ряд преимуществ, включая следующие:

- возможность углубленного изучения тем, для чего к ключевым информантам обращаются в свободной беседе повторно за уточнениями и пояснениями;
- ключевые информанты могут обеспечить относительно легкий доступ к большому объему информации;
- ключевые информанты нередко любят делиться своими знаниями.

К недостаткам метода интервью с ключевыми информантами относится тот факт, что информация поступает от относительно небольшой, избранной группы лиц. Кроме того, невозможно гарантировать, что люди, выбранные в качестве ключевых информантов, действительно обладают достоверными знаниями по тем вопросам, которые вас интересуют. Не всегда легко установить, отражают ли высказывания этих лиц мнения всей целевой группы. Кроме того, интервьюирование ключевых информантов требует прочных навыков проведения интервью, которыми не всегда обладают имеющиеся в вашем распоряжении сотрудники. Еще один важный недостаток метода интервью с ключевыми информантами в чрезвычайных ситуациях состоит в том, что анализ повествовательных высказываний информантов требует высокой квалификации и больших затрат времени.

Дополнительная литература

- IASC (2012). Annex IV Key informant interviews. In The Multi Cluster/Sector Initial Rapid Assessment (MIRA) (provisional version) IASC. ochanet.unocha.org/p/Documents/mira_final_version2012.pdf
- Center for Substance Abuse Prevention's Northeast Center for the Application of Prevention Technologies (2004). Data Collection Methods: Getting Down to Basics: Key Informant Interviews. New York: Education Development Center <http://www.oasas.ny.gov/prevention/needs/documents/KeyInformantInterviews.pdf>
- Kumar, K. (1989). Conducting Key Informant Interviews in Developing Countries. Agency for International Development. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnaax226.pdf
- Varkevisser, C.M., Pathmanathan, I., Brownlee, A. (2003). Developing and Conducting Health Systems Research Projects. Volume II: Data Analysis and Report Writing. Amsterdam: KIT Publishers/ IDRC/ WHO AFRO http://www.kit.nl/net/KIT_Publicaties_output/ShowFile2.aspx?e=587

3.3.2.2 Групповые интервью

Групповые интервью (метод, используемый в [инструменте 11](#)) – это встречи, на которых участников (часто отбираемых по таким общим признакам, как возраст, пол, профессия, социальный статус и т. д.) просят ответить на вопросы. Если участникам предлагают реагировать на замечания друг друга и развивать ответы друг друга, то такие интервью называют фокусированными групповыми интервью.

Групповые интервью – хороший способ установить мнения по тем или иным вопросам и различные взгляды, которых придерживаются разные подгруппы населения. Они полезны также для одновременного охвата большего числа людей и позволяют определить, на каком из местных языков люди обычно обсуждают те или иные вопросы. От группы не ожидается достижение единодушия, поскольку интервьюеры хотят ознакомиться со всеми точками зрения по данному вопросу.

Один из основных рисков, присущих групповым интервью, состоит в том, что несколько членов группы могут занять доминирующее положение в ходе дискуссии (например, лица с более высоким общественным положением), затрудняя таким образом проявление различных взглядов других респондентов. При проведении групповых интервью важно:

- ограничить размер группы 8–12 участниками;
- по возможности обеспечить максимально однородный состав группы, особенно в отношении возраста и пола, чтобы члены группы чувствовали себя более уверенно и более активно участвовали в дискуссии.

Кроме того, проведение хорошего группового интервью требует наличия у интервьюеров прочных навыков ведения расспроса и фасилитации. Как правило, групповые интервью проводят два человека: один задает вопросы и управляет дискуссией, а второй делает записи.

Групповые интервью, как правило, не подходят для вопросов по деликатным темам, когда люди могут чувствовать себя неловко для того, чтобы откровенно отвечать в присутствии других. Наконец, поскольку у разных групп могут быть разные ответы на вопросы, вам необходимо организовать по каждой теме минимум два групповых интервью, чтобы гарантированно услышать все точки зрения (т. н. насыщение).

Дополнительная литература

- Heary, C.M. & Hennessy, E. (2002). The use of focus groups in pediatric health research. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 47-57. <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/content/full/27/1/47>
- Wong, L.P. (2008). Focus Group Discussion: a tool for health and medical research. *Singapore Medical Journal*, 49, 256-260. <http://smj.sma.org.sg/4903/4903me1.pdf>

3.3.2.3 Свободное перечисление

Свободное перечисление (метод, используемый в [инструментах 10](#) и [12](#)) – это метод, при котором лицу (часто рядовому члену сообщества) предлагается дать как можно больше ответов на один вопрос. Например, можно попросить людей перечислить виды имеющихся у них проблем или способы совладания с ними. Вы можете отслеживать такое перечисление, прося участников распределить ответы по значимости или по категориям. Из полученного списка вы можете выбрать проблемы (например, проблемы психического здоровья или психосоциального статуса) для дальнейшей оценки с помощью других методов (например, индивидуальных или групповых интервью). Как правило, легче попросить участников обсудить опыт других (например, рядовых членов их сообщества), нежели их собственный опыт, особенно в группе. Свободное перечисление часто полезно в начале процесса оценки, поскольку оно позволяет получить общую картину характерных проблем и ресурсов сообщества.

Коллективное (партисипативное) ранжирование (Ager, Stark & Potts, 2009) – метод, похожий на свободное перечисление. Участников спрашивают, обычно в формате группы, какие виды проблем, на их взгляд, присутствуют в гуманитарной ситуации. Затем участников просят выбрать какие-либо предметы окружающей обстановки, представляющие эти проблемы (например, пивная кружка ассоциируется со злоупотреблением алкоголем, камень – с бытовым насилием). Затем все предметы располагают в порядке значимости (т. е. производится ранжирование). Весь этот процесс можно повторить в отношении ресурсов (например, книга – это учителя, ветка дерева – женские группы). Этот метод может давать преимущества при оценке относительно абстрактных понятий, таких как проблемы психического здоровья и психосоциального статуса.

Главное преимущество методов свободного перечисления состоит в том, что они позволяют относительно быстро проводить сбор информации по конкретным вопросам и применимы к широкому кругу респондентов (например, к молодежи, мужчинам, женщинам, инвалидам). Кроме того, анализировать и обобщать результаты гораздо быстрее и легче по сравнению с повествовательными высказываниями, собранными с помощью открытых вопросов в ходе интервью с ключевыми информантами или фокусированных групповых интервью. Недостаток этих методов заключается в том, что они, как правило, дают менее детальную информацию о контексте. Еще одна слабая сторона – в том, что эти методы сильно зависят от точной формулировки вопроса, что повышает риск упустить важную информацию. Кроме того, когда вы применяете эти методы в группе, респонденты могут давать предвзятые ответы, ориентируясь на то, что, возможно, хотят услышать другие члены группы. Тем не менее эти методы полезны в острых чрезвычайных ситуациях, поскольку они могут дать ценную информацию за очень короткий промежуток времени.

Дополнительная литература

- Ager, A, Stark, L & Potts, A (2009). *Participative Ranking Methodology: A Brief Guide (Version 1.1, February 2010)*. Program on Forced Migration & Health, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York.
- Public Health Action Support Team (2010). *Qualitative methods*. In Public Health Action Support Team. *Public Health Textbook*. London: Public Health Action Support Team <http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/research-methods/1d-qualitative-methods>
- Applied Mental Health Research Group (forthcoming). *Design, implementation, monitoring, and evaluation of cross-cultural mental health and psychosocial assistance programs: a user's manual for researchers and program implementers*. Baltimore: Center for Refugee and Disaster Response, Johns Hopkins University School of Public Health

3.3.2.4 Принятие решения о необходимой численности респондентов для качественных оценок

Проводя качественные оценки, вы, как правило, собираете данные до тех пор, пока не произойдет «насыщение данными». Этот момент наступает, когда многократно даются одни и те же ответы. Например, после четырнадцати полуструктурированных интервью последние

2–3 интервью могут не дать никаких новых, отличных от уже данных, ответов. При использовании качественных методов обычно невозможно определить заранее, сколько потребуется респондентов. На практике, однако, сложно планировать работу и составлять бюджет без приблизительного расчета необходимого числа интервью. Эти расчеты изложены во введении к инструментам.

3.3.2.5 Анализ качественных данных

При сборе качественных данных обычно бывает полезно провести предварительный анализ данных еще в процессе сбора (например, в конце каждого раунда сбора данных). Это может помочь получить предварительные представления и соответствующим образом сузить план сбора данных (например, сосредоточив внимание на конкретных группах участников или изменив тип вопросов). Руководителям оценочных групп следует проанализировать хотя бы некоторые данные в процессе сбора, чтобы контролировать качество сбора и характер данных по мере их поступления. Оптимальный путь решения этой задачи – проведение ежедневных совещаний с оценочной группой или получение устных отчетов местных интервьюеров по возвращении с интервью. Еще одна функция таких совещаний – контроль состояния интервьюеров, работающих в сложных условиях. На таких мероприятиях можно обсуждать общие темы, вытекающие из интервью, и соответствующим образом пересматривать планы сбора данных.

Существует широкий спектр способов анализа качественных данных – от сложных, занимающих много времени методов анализа, с формированием теоретических построений в отношении наблюдаемых социальных феноменов, до простого группирования и классификации ответов. В гуманитарных целях часто целесообразно ограничиваться группированием и классификацией ответов. Например, аналитик читает текст и определяет темы. Затем он перечитывает все ответы, чтобы классифицировать текст, касающийся определенных тем. В идеале это делается двумя независимыми аналитиками, которые сравнивают результаты для снижения риска внесения систематической ошибки.

Что касается триангуляции, то может случиться так, что данные из разных источников по одному и тому же предмету будут противоречить друг другу. Все такие противоречия необходимо отмечать и обсуждать.

4. Претворение результатов оценки в действия

4.1 ПОДГОТОВКА ОТЧЕТА С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ

Главная цель оценки – дать рекомендации для действий. Как правило, чем точнее рекомендация, тем она полезнее.

В рекомендациях по гуманитарным мерам следует указать:

- кому адресована рекомендация;
- целевую группу;
- проблему, которую необходимо решить;
- предлагаемое вмешательство или возможный способ его разработки вместе с целевой группой;
- ссылки на соответствующие руководства (например, указание на таблицу действий из Руководящих принципов МПК по ОПЗПП).

Если есть несколько рекомендаций, их следует расставить по степени приоритетности. В отчете следует указать, что действия необходимо осуществлять именно в этом порядке.

В отчете необходимо четко указать, какие рекомендации носят краткосрочный характер (т. е. должны быть реализованы немедленно), а какие – более долгосрочный. Насколько возможно, прежде чем включать рекомендации в документ, следует обсудить их основные положения с целевой группой.

В Руководящих принципах МПК рекомендуется проводить ОПЗПП на базе многоуровневой системы помощи. Во многих случаях бывает полезно давать в рекомендациях перекрестные ссылки на четыре уровня пирамиды МПК (см., например, отчет Healthnet ТРО об оценке, проведенной в Афганистане (2009)).



РИС. 4.1 ПИРАМИДА МПК (АДАПТИРОВАНО С РАЗРЕШЕНИЯ)



4.2 ДОВЕДЕНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ ДО СВЕДЕНИЯ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН

Чтобы извлечь максимальную пользу из оценки, следует довести рекомендации до сведения всех соответствующих заинтересованных сторон. К ним относятся государственные органы; люди, на решение проблем которых направлены ваши программы; местные сообщества; гуманитарные организации и учреждения здравоохранения. Если вы не ознакомите с результатами оценки местное население, то люди могут подумать, что их просто использовали для сбора информации. Поделиться рекомендациями с заинтересованными сторонами можно с помощью организации встреч для обсуждения главных выводов по результатам оценки.

Все отчеты о результатах оценки должны включать резюме, изложенное простым языком, чтобы все заинтересованные стороны смогли наверняка понять главные выводы, а также связанные с оценкой ограничения и рекомендации. По возможности вам следует проводить оценочный доклад краткой компьютерной презентацией.

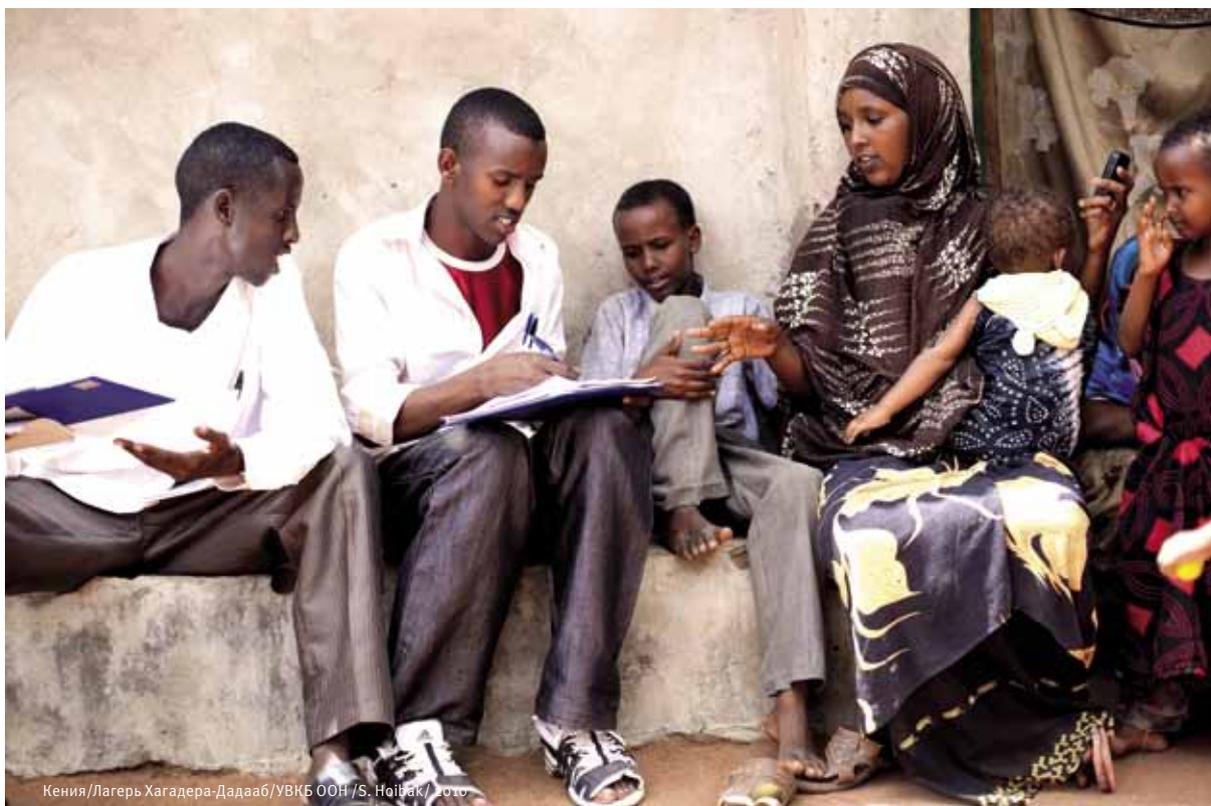
Ознакомление заинтересованных сторон с отчетом о результатах оценки крайне необходимо для реализации гуманитарных мер в соответствии с наиболее достоверной доступной информацией – максимального усиления положительного воздействия с одновременным снижением риска непреднамеренного вреда.

Организациям следует обнародовать свои выводы и рассмотреть следующие моменты.

- 1. Риски с точки зрения безопасности.** Такие риски могут возникать, если в отчете о результатах оценки представлена информация, которая может создать для людей риск причинения вреда. Такая ситуация с большей вероятностью может возникнуть в результате оценок, направленных на вопросы защиты. Например, в ходе интервью с ключевыми информантами участники могут сообщить информацию о нарушениях

прав человека в отношении их религиозной или этнической группы. В таких ситуациях вам следует довести эту информацию до сведения компетентных, заслуживающих доверия органов защиты, не включая ее в общий открытый отчет.

2. **Конкуренция между организациями.** Конкуренция между организациями за финансирование **не должна** препятствовать распространению основных результатов и рекомендаций. Организации должны иметь возможность пользоваться оценочными докладами друг друга, но делать это они должны с надлежащим соблюдением прав авторства.
3. **«Чувствительная» информация.** В оценке может быть продемонстрировано, что национальные или международные организации оказывают некачественные услуги или недостаточную поддержку. Целесообразность обнародования такой информации будет зависеть от ситуации. В любом случае вам следует приложить все усилия для конструктивного доведения этой информации до сведения соответствующей организации. Все остальные выводы по результатам оценки следует включить в общий отчет о результатах оценки потребностей в области ОПЗПП, который должен быть обнародован.
4. **Академическая публикация.** Академические журналы иногда не разрешают публиковать отчеты о результатах оценки, которые уже широко обнародованы (например, путем размещения на веб-сайте). Вместе с тем, это **не является** уважительной причиной для того, чтобы отложить распространение по крайней мере упрощенной версии отчета с основными результатами и рекомендациями.





ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ

ИНСТРУМЕНТ 1**КТО, ГДЕ, КОГДА И ЧТО ДЕЛАЕТ (4W – WHO, WHERE, WHEN, WHAT) В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ: ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ РУКОВОДСТВА С КОДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ⁸**

Для чего используется этот инструмент: в целях координации, посредством систематического описания (инвентаризации) имеющихся путей и средств охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки

Метод: интервью с руководителями программ организаций

Необходимое время: в зависимости от масштаба кризиса, изначально около двух недель (требует регулярного уточнения)

Необходимые людские ресурсы: два человека.

Общие сведения

- Инструмент «Кто, где, когда и что делает (4W) в области ОПЗПП» полезен для достижения следующих целей:
 - а) формирование общего представления об объеме и характере предпринимаемых мер реагирования;
 - б) выявление пробелов в мерах реагирования с целью обеспечения согласованных действий;
 - в) создание возможностей для рационального направления нуждающихся для оказания помощи путем предоставления информации о том, кто, где и что делает;
 - г) использование при подготовке межучрежденческих призывов к донорам (например, в процессе составления Консолидированного призыва);
 - д) повышение прозрачности и легитимности ОПЗПП на основе организованного документирования;
 - е) расширение возможностей изучения форм практической работы и приобретение опыта для реализации ответных мер в будущем.
- Инструмент 4W представляет собой компьютерную базу данных, позволяющую отображать деятельность различных секторов в области ОПЗПП в условиях гуманитарных ситуаций.
- Во многих ситуациях успешный сбор данных отдельными лицами может быть невозможным. Сбор данных в разных организациях требует определенных усилий, и эта задача наилучшим образом решается организациями (правительством, ООН или НПО), имеющими обязанности по координации.
- Данные регистрируются с помощью электронной таблицы в программе Excel. Файл должен заполняться каждой организацией, участвующей в процессе работы с инструментом 4W. Элементы, которые необходимо заполнить в этом файле, приведены ниже в табл. 1. Этот файл соответствует кодам деятельности по ОПЗПП, указанным в табл. 2.
- Взаимосвязь между кодами деятельности в табл. 2, таблицами действий и пирамидой МПК описана в приложении к руководству по инструменту 4W.
- Прежде чем использовать этот инструмент, следует внимательно прочитать все руководство. В нем описаны предлагаемые шаги по внедрению инструмента 4W для ОПЗПП, в том числе:
 - а) перевод и адаптация электронной таблицы для сбора данных к местным условиям;
 - б) установление контакта с государственными органами или координирующим агентством ООН с целью получения стандартного написания и кодов географических территорий, с указанием их границ;
 - в) принятие решения об объеме и стратегии сбора данных;

⁸ Источник: IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. *Who is Where, When, doing What (4Ws) in Mental Health and Psychosocial Support: Manual with Activity Codes (Field Test Version)*. Geneva: 2012. Этот инструмент воспроизведен здесь в краткой форме с разрешения Целевой группы МПК. http://www.who.int/mental_health/publications/iasc_4ws/en/index.html

- г) контакты с организациями, сбор и изучение данных;
 - д) проверка собранных данных на предмет наличия существенных противоречий или ошибок, очистка и обобщение данных;
 - е) анализ данных, подготовка и распространение отчета о результатах;
 - ж) обсуждение выявленных пробелов с заинтересованными сторонами, принятие решения о совершенствовании соответствующих программ;
 - з) обновление данных и отчетов.
- Как упоминалось выше, данный инструмент позволяет составить общий обзор деятельности в области ОПЗПП по секторам. Если вас интересует отображение этой деятельности только в рамках конкретного сектора, то следует использовать инструмент 4W для конкретного сектора. Инструментом 4W для глобального кластера здравоохранения является Система инвентаризации медико-санитарных ресурсов глобального кластера здравоохранения МПК (HeRAMS, 2009 г.).
 - а) HeRAMS следует применять силами сектора здравоохранения (например, министерства здравоохранения, кластера здравоохранения) или под его руководством.
 - б) HeRAMS позволяет составить перечень служб здравоохранения по уровню оказания помощи, по подсекторам здравоохранения и по видам услуг, оказываемых в учреждениях здравоохранения / мобильных амбулаториях / силами местного сообщества в каждом пункте. В перечне есть конкретные вопросы по услугам охраны психического здоровья на различных уровнях оказания помощи – в сообществе, а также в учреждениях первичного, вторичного и третичного уровней медико-санитарной помощи.
 - в) Лица, организующие оценку по вопросам психического здоровья, обычно не имеют полномочий инициировать применение HeRAMS. Вместе с тем, везде, где эта система используется, вышеупомянутые лица должны обеспечить регистрацию служб психического здоровья в HeRAMS и использовать эту систему как основной источник актуальной информации о службах охраны психического здоровья.



Ирак/лагерь Аль-Банин - Багдад / УВКБ ООН/Н.Саух / 2011

ТАБЛИЦА 1 ИНСТРУМЕНТА 1 ЭЛЕМЕНТЫ, КОТОРЫЕ НАДЛЕЖИТ ЗАПОЛНИТЬ НА ВТОРОМ ЛИСТЕ ЭЛЕКТРОННОЙ ТАБЛИЦЫ СБОРА ДАННЫХ С ПОМОЩЬЮ ИНСТРУМЕНТА 4W

- A. Дата предоставления или обновления информации
- B. Наименование организации-исполнителя
- C. Наименование организации-соисполнителя (в случае совместной деятельности)
- D. Фамилия координатора
- E. Номер телефона координатора
- F. Адрес электронной почты координатора
- G. Регион/район, в котором осуществляется данная деятельность
- H. Город / район города, в котором осуществляется данная деятельность
- I. Государственный географический код / код УКГВ ООН для данного пункта
- J. Код деятельности по ОПЗПП
- K. Субкод деятельности по ОПЗПП
- L. Описание деятельности в одном предложении (для субкода «другое» или для любой другой деятельности, которая не описана четко субкодом)
- M. Целевая группа (группы), при необходимости укажите возрастную группу (группы)
- N. Число людей в целевой группе, получивших помощь за предыдущие 30 дней
- O. Эта деятельность: 1) в данный момент осуществляется; 2) финансируется, но еще не осуществляется; или 3) не финансируется и не осуществляется
- P. Дата начала осуществления деятельности (для текущей деятельности укажите фактическую дату начала, а не ту, которая предлагалась изначально)
- Q. Дата окончания (укажите дату окончания финансирования, выделенного на осуществление деятельности)

Факультативные элементы (следующие 5 необязательных элементов дают лучшее понимание возможного качества и объема имеющихся услуг, однако они могут быть слишком детальными для первых недель или месяцев острого масштабного кризиса)

- R. Число и категории работников сферы ОПЗПП, которые осуществляют деятельность (например, 4 местных волонтера, 1 психолог и 1 медсестра)
- S. Тема и продолжительность обучения доуниверситетского уровня в области ОПЗПП (например, медсестры проходили однодневный курс по оказанию первой психологической помощи)
- T. (если применимо) Доступность услуг (например, пункт пребывания детей или медицинское учреждение для детей, открыты 40 часов в неделю)
- U. Где оказывается ОПЗПП (на дому, в амбулатории, в общественных местах и т. д.)
- V. Должны ли люди платить за пользование услугами/поддержкой?

ТАБЛИЦА 2 ИНСТРУМЕНТА 1 КОДЫ И СУБКОДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ОПЗПП

СНАЧАЛА ПРОЧТИТЕ ЭТО!

- Сокращение ОПЗПП означает «охрана психического здоровья и психосоциальная поддержка».
- Перечень включает наиболее распространенные виды деятельности, осуществляемые в рамках ОПЗПП в условиях крупных гуманитарных кризисов.
- Перечень не исчерпывающий. Для видов деятельности, не включенных в перечень, следует использовать категорию «другое (опишите в графе С таблицы ввода данных)».
- Перечень не предписывающий, а скорее описательный. Никаких суждений о том, являются ли включенные в него виды деятельности целесообразными или нет, он не предполагает. Некоторые из упомянутых видов деятельности являются или могут быть противоречивыми. Указания по рекомендуемой практике приведены в источнике IASC (2007).
- **ИНСТРУКЦИЯ: УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЙ КОД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ОПЗПП (СМ. НИЖЕ СТОЛБЕЦ А) И СУБКОД (СМ. НИЖЕ СТОЛБЕЦ В) В ГРАФАХ А И В ТАБЛИЦЫ ВВОДА ДАННЫХ. ЕСЛИ РАБОТА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В КАКОЙ-ЛИБО СФЕРЕ В ОБЩЕМ, ВЫБЕРИТЕ СУБКОД «ДРУГОЕ».**

	Столбец А: код деятельности по ОПЗПП (4W)	Столбец В: примеры мер вмешательства с субкодами. Укажите все применимые виды деятельности
Ориентированная на сообщество (нацеленная на сообщество в целом или на их сегменты)	1 Распространение информации среди сообщества в целом	1.1 Информирование о текущей ситуации, мерах по оказанию помощи или имеющихся услугах в общем 1.2 Повышение уровня осведомленности об охране психического здоровья и психосоциальной поддержке, например рекомендации по методам психологического совладания со стрессом (копинг) или информация о доступных услугах в области охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки 1.3 Другое (опишите в графе С таблицы ввода данных)
	2 Содействие созданию условий для мобилизации сообщества, организации сообщества, солидарности сообщества и контроля со стороны сообщества за оказанием помощи в чрезвычайных ситуациях в целом	2.1 Поддержка действиям сообщества по оказанию помощи в чрезвычайных ситуациях 2.2 Поддержка организации общественных мест/встреч для обсуждения, решения проблем и планирования действий членами сообщества в ответ на чрезвычайную ситуацию 2.3 Другое (опишите в графе С таблицы ввода данных)
	3 Укрепление поддержки со стороны сообщества и семьи	3.1 Содействие усилиям по социальной поддержке, предпринимаемым сообществом 3.2 Укрепление поддержки со стороны родителей/семьи 3.3 Обеспечение поддержки для уязвимых категорий лиц со стороны сообщества 3.4 Организованная общественная деятельность (например, групповая деятельность) 3.5 Организованная рекреационная или творческая деятельность (не включает работу в местах пребывания детей, которая освещается в п. 4.1) 3.6 Деятельность по развитию в раннем детстве (РРД) 3.7 Содействие созданию условий для местных видов традиционной, духовной или религиозной поддержки, включая практику народного врачевания 3.8 Другое (опишите в графе С таблицы ввода данных)
	4 Безопасные места	4.1 Места, благоприятные для пребывания детей 4.2 Другое (опишите в графе С таблицы ввода данных)
	5 Психосоциальная поддержка в образовании	5.1 Психосоциальная поддержка для учителей / другого персонала в школах / местах обучения 5.2 Психосоциальная поддержка для классов / групп детей в школах / местах обучения 5.3 Другое (опишите в графе С таблицы ввода данных)
	6 Поддержка с учетом социальных и психосоциальных аспектов защиты, медицинской помощи, питания, продовольственной помощи, предоставления крова, территориального планирования, водоснабжения и санитарии	6.1 Ориентация гуманитарных работников/организаций на включение социальных/психосоциальных аспектов в процесс программирования или пропаганда этого включения с их помощью (укажите сектор в графе С таблицы ввода данных) 6.2 Другое (опишите в графе С таблицы ввода данных)
Индивидуально-ориентированная (нацеленная на конкретных людей)	7 Психосоциальная работа (индивидуально-ориентированная)	7.1 Психологическая первая помощь (ППП) 7.2 Привязка уязвимых лиц/семей к ресурсам (например, к службам здравоохранения, помощи с источниками средств существования, ресурсам местных сообществ и т. д.) с последующим контролем оказания поддержки 7.3 Другое (опишите в графе С таблицы ввода данных)
	8 Психологическое вмешательство	8.1 Базовое консультирование отдельных лиц (укажите тип в графе С таблицы ввода данных) 8.2 Базовое консультирование групп или семей (укажите тип в графе С таблицы ввода данных) 8.3 Меры вмешательства в отношении проблем, связанных с употреблением алкоголя / психоактивных веществ (укажите тип в графе С таблицы ввода данных) 8.4 Психотерапия (укажите тип в графе С таблицы ввода данных) 8.5 Психологический дебрифинг отдельных лиц или групп 8.6 Другое (опишите в графе С таблицы ввода данных)
	9 Лечение психических расстройств в рамках неспециализированной помощи (например, учреждениями первичной медико-санитарной помощи, послеоперационными отделениями)	9.1 Нефармакологическое лечение психического расстройства в рамках неспециализированной помощи (где возможно, укажите вид поддержки, используя категории 7 и 8) 9.2 Фармакологическое лечение психического расстройства в рамках неспециализированной помощи 9.3 Действия общинных работников по выявлению лиц с психическими расстройствами, по их направлению и по последующему контролю соблюдения режима лечения 9.4 Другое (опишите в графе С таблицы ввода данных)
	10 Лечение психических расстройств в рамках специализированной помощи (например, психиатрами, медсестрами психиатрического профиля и психологами, работающими в учреждениях первичной медицинской помощи / медицинских учреждениях общего профиля / психиатрических учреждениях)	10.1 Нефармакологическое лечение психического расстройства в рамках специализированной помощи (где возможно, укажите вид поддержки, используя категории 7 и 8) 10.2 Фармакологическое лечение психического расстройства в рамках специализированной помощи 10.3 Стационарное лечение психических расстройств 10.4 Другое (опишите в графе С таблицы ввода данных)
Общего характера	11 Деятельность общего характера по поддержке в области ОПЗПП	11.1 Анализ/оценка ситуаций 11.2 Мониторинг/оценка 11.3 Обучение/ориентация (укажите тему в графе С таблицы ввода данных) 11.4 Техническое или клиническое руководство 11.5 Психосоциальная поддержка гуманитарных работников (опишите тип в графе С таблицы ввода данных) 11.6 Исследования 11.7 Другое (опишите в графе С таблицы ввода данных)

ИНСТРУМЕНТ 2**АНКЕТА ВОЗ – УВКБ ООН ДЛЯ ОЦЕНКИ СЕРЬЕЗНЫХ СИМПТОМОВ В ГУМАНИТАРНЫХ СИТУАЦИЯХ (WASSS) (ВЕРСИЯ ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ В ПОЛЕВЫХ УСЛОВИЯХ)⁹**

Для чего используется этот инструмент: для информационно-разъяснительной деятельности путем демонстрации наличия проблем психического здоровья в сообществе

Метод: часть обследования домохозяйств в сообществе (репрезентативная выборка)

Необходимое время: две-три минуты на каждое интервью в части А данного инструмента; пять минут на каждое интервью в части В

Необходимые людские ресурсы: интервьюеры, один аналитик / составитель отчета

Общие сведения

Эпидемиологические обследования и наблюдение за состоянием общественного здоровья в условиях гуманитарных кризисов дают возможность оценить степень распространенности проблем психического здоровья среди населения, пострадавшего от кризиса. Данный краткий инструмент содержит вопросы о психическом здоровье, которые вы можете по своему усмотрению добавить к общим эпидемиологическим обследованиям и наблюдению за состоянием общественного здоровья в условиях гуманитарных кризисов. Данный инструмент предназначен для использования гуманитарными организациями здравоохранения и может применяться рядовыми интервьюерами, не имеющими специальной подготовки в области охраны психического здоровья.

Назначение данного инструмента – выявить людей, остро нуждающихся в услугах охраны психического здоровья. Специально подобранные вопросы позволяют установить наличие симптомов тяжелого дистресса и нарушения функционирования.

Выявление таких состояний среди населения дает следующие возможности:

- представить руководителям здравоохранения имеющиеся масштабы проблем психического здоровья населения (т. е. для адвокации);
- проинформировать местные службы охраны психического здоровья о возможном наличии у интервьюируемого психического расстройства (т. е. для скриннга).

Данный инструмент *не предназначен* для оценки уровня распространенности психических расстройств. Как психические расстройства, так и преходящие (кратковременные) реакции на стресс с большей вероятностью возникают в гуманитарных ситуациях, нежели в ситуациях, не затронутых кризисом. Использовать интервью, проводимые рядовыми сотрудниками, для того чтобы различить расстройства и тяжелый дистресс, расстройством не являющийся, в гуманитарных ситуациях сложно (например, такие интервью вряд ли позволят отличить естественное глубокое горе у человека, недавно пережившего утрату, от депрессивного расстройства). В частности, инструменты, используемые рядовыми работниками (например, Анкета ВОЗ для самооценки (WHO, 1994)), в гуманитарных ситуациях могут привести к путанице и искажению признаков нормального дистресса и психического расстройства (Bolton & Betancourt, 2004; IASC, 2007; Horwitz, 2007, Rodin & van Ommeren, 2009). Данный инструмент призван обойти данную проблему путем измерения симптомов и нарушения функционирования – без постановки конкретного диагноза – и уведомления о них. Хотя многие руководящие органы и общинные программы охраны психического здоровья предпочли бы иметь данные об уровнях распространенности психических расстройств (вероятных), данные о распространенности разнообразных симптомов тяжелого дистресса и функциональных нарушений с меньшей вероятностью будут оспариваться, в любом случае давая полезную описательную информацию.

⁹ Предлагаемый источник: Всемирная организация здравоохранения и Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев. Анкета ВОЗ – УВКБ ООН для оценки серьезных симптомов в гуманитарных ситуациях (WASSS) (версия для тестирования в полевых условиях). // *Оценка потребностей и ресурсов в области охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки. Инструментарий для гуманитарных ситуаций*. Женева, ВОЗ, 2013.

Обзор

Данный инструмент рассчитан на использование с респондентами в возрасте 18 лет и старше, находящимися в условиях гуманитарной ситуации. Он предназначен для использования минимум через две недели после начала кризиса.

Инструмент состоит из двух независимых частей. Часть А охватывает общие симптомы дистресса и нарушения функционирования у респондента. Часть В включает более широкий спектр симптомов – в том числе симптомы психоза и эпилепсии – у членов домохозяйства респондента. Отметим, что вопросы в Части В в целом направлены на выявление более тяжелых нарушений функционирования, нежели вопросы в Части А.

Анализ и отчетность

Как упоминалось выше, вопросы, включенные в этот инструмент, позволяют оценить наличие симптомов психического дистресса и нарушений функционирования. Соответственно, вы должны сообщать о симптомах, а не о степени расстройства. Самый простой способ для этого – указывать в отчете процентные доли людей, которые дали на каждый вопрос ответ выше установленного порога. Все лица, которые дали ответы «некоторую часть времени», «большую часть времени» и «все это время», могут быть сгруппированы в категорию «положительные (1)», а остальные – в категорию «отрицательные (0)».

В итоговом отчете приводится следующая информация:

- X1% респондентов чувствовали **настолько сильный страх, что ничто не могло их успокоить**, большую часть времени или все время в последние 2 недели.
- X2% респондентов чувствовали **настолько сильный гнев, что теряли над собой контроль**, большую часть времени или все время в последние 2 недели.
- X3% респондентов чувствовали **настолько выраженную потерю интереса к вещам, которые им обычно нравились, что не хотели вообще ничего делать** большую часть времени или все время в последние 2 недели.
- X4% респондентов чувствовали себя **настолько отчаявшимися, что не хотели продолжать жить**, большую часть времени или все время в последние 2 недели.
- X5% респондентов чувствовали себя **настолько сильно огорченными из-за** чрезвычайной ситуации / бедствия / войны **или иного события в их жизни, что пытались избегать мест, людей, разговоров или видов деятельности, которые напоминали им об этом событии**, большую часть времени или все время в последние 2 недели.
- X6% респондентов **не могли выполнять действия, необходимые для повседневной жизни, из-за чувства страха, гнева, усталости, безразличия, безнадежности или огорчения** большую часть времени или все время в последние 2 недели.

Источник вопросов

Построение вопросов (например, «*вы чувствовали себя настолько [эмоция], что [последствие]*») было выбрано под влиянием формулировки некоторых вопросов из подмножества К6 Всемирного обследования психического здоровья ВОЗ (Kessler et al., 2002)¹⁰. Такое построение полезно для обеспечения направленности оценки на относительно тяжелые симптомы дистресса.

Содержание большинства вопросов в Части В основано на результатах работы по показателям социального риска у людей с тяжелыми психическими расстройствами в Восточном Тиморе (Silove et al., 2004).

¹⁰ Эта формулировка ранее использовалась в некоторых элементах Рейтинговой шкалы депрессии Кэрролла (Carroll et al., 1981), в Общей шкале благополучия RAND (36-элементное обследование состояния здоровья, проведенное корпорацией RAND) (Ware et al., 1979), Шкале оценки депрессий Бека (Beck et al., 1961) и Шкале проявлений тревоги Тейлора (Taylor et al., 1953).

Проведение интервью¹¹

Средняя продолжительность интервью по Части А (6 вопросов) – приблизительно две-три минуты. Средняя продолжительность по Части В (если брать среднее домохозяйство из пяти человек) оценивается в пять минут.

Прежде чем использовать данный инструмент, интервьюер должен пройти подготовку по общим методам проведения интервью, необходимым для обследований в гуманитарных ситуациях, например в отношении того, как вести себя корректно, как задавать наводящие вопросы, как избегать предвзятости.

Задавая вопросы, следует с помощью интонации выделять все слова, обозначенные в тексте жирным шрифтом.

«ЕСЛИ НЕОБХ.» означает «если необходимо». Вам следует подсказывать респонденту категории ответов, используя сокращенные формулировки, если они приведены, пока респондент не запомнит их достаточно хорошо для того, чтобы отвечать без подсказок.

«ИНИЦ.» означает «инициативное высказывание». Эти варианты ответов предлагать респонденту не следует, но если он по собственной инициативе, спонтанно озвучивает какой-либо из указанных ответов, то это следует зафиксировать без дополнительных уточнений.

Дистресс во время интервью

Воспоминания о насилии и других травмирующих событиях могут вызывать у людей состояние дистресса. Не следует расспрашивать о подробностях таких событий. Данный инструмент полностью структурирован и специально построен так, чтобы не задавать вопросы о деталях. Если респондент выражает желание поговорить об этих событиях, вам следует позволить это сделать в определенном объеме, но о деталях спрашивать не нужно. Вы должны быть терпеливы и демонстрировать внимание.

Респондент имеет право в любой момент прекратить интервью. Если он просит прервать беседу, это следует немедленно сделать. Человек не обязан указывать причину, по которой он хочет прекратить интервью. Можно продолжить задавать вопросы, если респондент лишь немного взволнован и согласен осторожно продолжать интервью. Если же тема интервью его сильно расстроила, вы должны закрыть буклет для проведения интервью и помолчать, пока респондент не успокоится. Затем можно сказать: «Кажется, вы очень расстроены. Будем ли мы продолжать интервью или лучше на этом закончить?» По окончании интервью такого респондента следует направить к наилучшему из имеющихся работников службы охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки и проинформировать руководителя вашей оценочной группы. Перед первым интервью вам следует получить перечень организаций, оказывающих поддержку, который вы можете давать респондентам.

11 Отсылаем читателей к руководству по HESPER (WHO & KCL, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548236_eng.pdf), где приведены рекомендации по практическим и этическим аспектам проведения обследований (например, в отношении принятия решения о размере выборки, формирования выборки, набора интервьюеров, условий проведения / конфиденциальности, получения информированного согласия, управления ожиданиями, обеспечения добровольного участия, поддержки тех, кого интервью может расстроить, периодичности представления отчетов, с доверительными интервалами и т. д.).

Литература

- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561-71.
- Bolton P, Betancourt TS. Mental health in postwar Afghanistan. *JAMA*. 2004;292:626-8.
- Carroll BJ, Feinberg M, Smouse PE, Rawson SG, Greden JF. The Carroll rating scale for depression. I. Development, reliability and validation. *Br J Psychiatry*. 1981;138:194-200.
- Horwitz AV. Transforming normality into pathology: the DSM and the outcomes of stressful social arrangements. *Journal of Health and Social Behavior* 2007;48: 211-22.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC) *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC, 2007.
- Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, Walters EE, Zaslavsky AM. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med*. 2002 Aug;32(6):959-76.
- Rodin D, van Ommeren M. Explaining enormous variations in rates of disorder in trauma-focused psychiatric epidemiology after major emergencies. *International Journal of Epidemiology*. 2009;38:1045-8.
- Silove D, Manicavasagar V, Baker K, Mausiri M, Soares M, de Carvalho F, Soares A, Fonseca Amiral Z. Indices of social risk among first attenders of an emergency mental health service in post-conflict East Timor: an exploratory investigation. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004;38(11-12):929-32.
- Taylor JA. A personality scale of manifest anxiety. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1953;48(2): 285-290.
- Ware JE, Johnston SA, Davies-Avery A. *Conceptualization and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study: Mental Health*. Rand Corporation: Santa Monica, CA, 1979.
- World Health Organization. *A user's guide to the Self-Reporting Questionnaire*. WHO, Geneva, 1994.
- World Health Organization & King's College London. *The Humanitarian Emergency Settings Perceived Needs Scale (HESPER): Manual with Scale*. Geneva: World Health Organization, 2011.

ЧАСТЬ А ВОПРОСЫ РЕСПОНДЕНТУ И О РЕСПОНДЕНТЕ. ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ, ЧТО ОСНОВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ДАННОМ ЛИЦЕ (НАПРИМЕР, ПОЛ, ВОЗРАСТ И Т. Д.) УСТАНОВЛЕНА РАНЕЕ В ХОДЕ ИНТЕРВЬЮ.

А1. Следующие вопросы касаются того, как **вы** себя чувствуете **последние две недели**. Как бы вы ответили на вопрос о том, как часто за последние две недели вы чувствовали **настолько сильный страх, что ничто не могло вас успокоить** – скажем, **все** это время, **большую часть** времени, **некоторую часть** времени, **незначительную часть** времени или **ни разу** за это время?

1.	<input type="checkbox"/>	Все это время
2.	<input type="checkbox"/>	Большую часть этого времени
3.	<input type="checkbox"/>	Некоторую часть этого времени
4.	<input type="checkbox"/>	Незначительную часть этого времени
5.	<input type="checkbox"/>	Ни разу за этого время
8.	<input type="checkbox"/>	(ИНИЦ.) Не знаю
9.	<input type="checkbox"/>	(ИНИЦ.) Отказался отвечать

А2. Как бы вы ответили на вопрос о том, как часто за последние две недели вы чувствовали **настолько сильный гнев, что теряли над собой контроль: все** это время, **большую часть** этого времени, **некоторую часть** этого времени, **незначительную часть** этого времени или **ни разу** за это время?

1.	<input type="checkbox"/>	Все это время
2.	<input type="checkbox"/>	Большую часть этого времени
3.	<input type="checkbox"/>	Некоторую часть этого времени
4.	<input type="checkbox"/>	Незначительную часть этого времени
5.	<input type="checkbox"/>	Ни разу за этого время
8.	<input type="checkbox"/>	(ИНИЦ.) Не знаю
9.	<input type="checkbox"/>	(ИНИЦ.) Отказался

А3. Как бы вы ответили на вопрос о том, как часто за последние две недели вы чувствовали себя **настолько безразличным к вещам, которые вам обычно нравились, что вы вообще не хотели ничего делать?** (ЕСЛИ НЕОБХ.: **все** это время, **большую часть** этого времени, **некоторую часть** этого времени, **незначительную часть** этого времени или **ни разу** за это время?)

1.	<input type="checkbox"/>	Все это время
2.	<input type="checkbox"/>	Большую часть этого времени
3.	<input type="checkbox"/>	Некоторую часть этого времени
4.	<input type="checkbox"/>	Незначительную часть этого времени
5.	<input type="checkbox"/>	Ни разу за этого время
8.	<input type="checkbox"/>	(ИНИЦ.) Не знаю
9.	<input type="checkbox"/>	(ИНИЦ.) Отказался отвечать

А4. Как бы вы ответили на вопрос о том, как часто за последние две недели вы чувствовали себя **настолько отчаявшимся, что не хотели продолжать жить?** (ЕСЛИ НЕОБХ.: **все** это время, **большую часть** этого времени, **некоторую часть** этого времени, **незначительную часть** этого времени или **ни разу** за это время?)

1.	<input type="checkbox"/>	Все это время
2.	<input type="checkbox"/>	Большую часть этого времени
3.	<input type="checkbox"/>	Некоторую часть этого времени
4.	<input type="checkbox"/>	Незначительную часть этого времени
5.	<input type="checkbox"/>	Ни разу за этого время
8.	<input type="checkbox"/>	(ИНИЦ.) Не знаю
9.	<input type="checkbox"/>	(ИНИЦ.) Отказался

А5. Возможно, вы пережили одно или несколько событий, которые сильно расстраивают вас, такие как недавняя чрезвычайная ситуация / катастрофа / война¹². Как бы вы ответили на вопрос о том, как часто за последние две недели вы чувствовали себя **настолько сильно расстроенным из-за чрезвычайной ситуации / бедствия / войны или иного события в вашей жизни, что вы пытались избегать мест, людей, разговоров или видов деятельности, которые напоминали вам об этом событии?** (ЕСЛИ НЕОБХ.: **все** это время, **большую часть** этого времени, **некоторую часть** этого времени, **незначительную часть** этого времени или **ни разу** за это время?)

1.	<input type="checkbox"/>	Все это время
2.	<input type="checkbox"/>	Большую часть этого времени
3.	<input type="checkbox"/>	Некоторую часть этого времени
4.	<input type="checkbox"/>	Незначительную часть этого времени
5.	<input type="checkbox"/>	Ни разу за этого время
8.	<input type="checkbox"/>	(ИНИЦ.) Не знаю
9.	<input type="checkbox"/>	(ИНИЦ.) Отказался

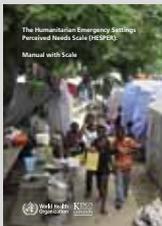
А6. Следующий вопрос – о том, как эти чувства страха, гнева, усталости, безразличия, безнадежности или огорчения повлияли на вас за последние две недели. Как бы вы ответили на вопрос о том, как часто за последние две недели вы **не могли выполнять действия, необходимые** для повседневной жизни **из-за** этих чувств? (ЕСЛИ НЕОБХ.: **все** это время, **большую часть** этого времени, **некоторую часть** этого времени, **незначительную часть** этого времени или **ни разу** за это время?)

1.	<input type="checkbox"/>	Все это время
2.	<input type="checkbox"/>	Большую часть этого времени
3.	<input type="checkbox"/>	Некоторую часть этого времени
4.	<input type="checkbox"/>	Незначительную часть этого времени
5.	<input type="checkbox"/>	Ни разу за этого время
8.	<input type="checkbox"/>	(ИНИЦ.) Не знаю
9.	<input type="checkbox"/>	(ИНИЦ.) Отказался

12 Удалите или адаптируйте в соответствии с контекстом.

ЧАСТЬ В (ВОПРОСЫ ПО ПЕРЕЧНЮ ДЛЯ ДОМОХОЗЯЙСТВ): ОДИН БЛАНК НА КАЖДОЕ ДОМОХОЗЯЙСТВО										
В0А	В0В	В1	В2	В3	В4	В5	В6А	В6В	В7А	В7В
		ЭТИ ВОПРОСЫ ЗАДАЙТЕ ОБО ВСЕХ ЧЛЕНАХ ДОМОХОЗЯЙСТВА СТАРШЕ 2 ЛЕТ								
		ЭТИ ВОПРОСЫ ЗАДАЙТЕ ОБО ВСЕХ ДЕТЕЯХ В ДОМОХОЗЯЙСТВЕ ОТ 2 ДО 12 ЛЕТ								
						Этот вопрос задайте, только если на вопрос В3 дан ответ «да»		Этот вопрос задайте, только если на вопрос В6А дан ответ «да»		Этот вопрос задайте, только если на вопрос В7А дан ответ «да»
Кто еще проживает в вашем домохозяйстве в данный момент? (вопросы В1-В7 задайте только членам домохозяйства старше 2 лет)	Возраст	Пол	В последние 2 недели был ли он настолько расстроен/обеспокоен/огорчен, что полностью или почти полностью утратил всякую активность из-за этих эмоций?	Сколько дней за последние 2 недели он был настолько расстроен/обеспокоен/огорчен, что из-за таких чувств не мог выполнять необходимые для повседневной жизни?	Ведет ли он себя странно либо наблюдаются ли у него припадки/судороги/приступы	Можете ли вы описать в нескольких словах припадки/судороги/приступы или поведенье , которое кажется вам странным ?	Когда началось это странное поведение? (Замечание: если дата неизвестна, спросите, не началось ли или не усилилось ли это поведение после недавней чрезвычайной ситуации)	За последние 2 недели мочился ли он в постель во время сна минимум дважды?	В последние две недели прекращал ли он надлежащим образом заботиться о себе из-за того, что был расстроен/обеспокоен/огорчен?	В последние две недели прекращал ли он надлежащим образом заботиться о детях из-за того, что был расстроен/обеспокоен/огорчен?
1 = родитель 2 = брат/сестра 3 = сын/дочь 4 = другой родственник 5 = не родственник	98 = не знаю 99 = отказался	1 = мужской 2 = женский	1 = нет 2 = да 8 = не знаю 9 = отказался	98 = не знаю 99 = отказался	1 = нет 2 = да 8 = не знаю 9 = отказался		1 = нет 2 = да 7 = неприменимо 8 = не знаю 9 = отказался	1 = нет 2 = да 7 = неприменимо 8 = не знаю 9 = отказался	1 = нет 2 = да 7 = неприменимо 8 = не знаю 9 = отказался	1 = нет 2 = да 7 = неприменимо 8 = не знаю 9 = отказался
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
и т.д.										

ИНСТРУМЕНТ 3

ШКАЛА ВОСПРИНИМАЕМЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ДЛЯ
ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ГУМАНИТАРНЫХ СИТУАЦИЙ (HESPER)¹³

Для чего используется этот инструмент: для обоснования ответных мер путем сбора данных о масштабах физических, социальных и психологических потребностей по субъективным восприятиям членов сообщества

Метод: обследование домохозяйств в сообществе (репрезентативная выборка) (на ранних этапах чрезвычайных ситуаций вы также можете адаптировать этот метод в «удобной» выборке из числа ключевых информантов)

Необходимое время: 15–30 минут на каждое интервью

Людские ресурсы: для проведения обследования домохозяйств в сообществе по методу HESPER необходимы руководитель группы, 4–8 интервьюеров и старший интервьюер

Шкала HESPER – это быстрый, научно обоснованный способ оценки **воспринимаемых серьезных потребностей** людей, пострадавших в масштабных чрезвычайных гуманитарных ситуациях (Semrau et al., 2012). Воспринимаемые потребности – это потребности, которые чувствуют или выражают сами люди, и те проблемные области, где они хотели бы получить помощь.

По этой шкале оценивается широкий спектр социальных, психологических и физических проблемных сфер. Она помогает быстро выявить те широкие проблемные сферы, в которых население, скорее всего, обратится за помощью. После оценки по этой шкале необходимо предпринимать более детальный анализ выраженных потребностей, чтобы решить, какие именно меры вмешательства и виды поддержки были бы полезны. Можно разукрупнить результаты и составить профили населения по гендеру, возрастным группам, этнической принадлежности или иным соответствующим подгруппам. Эта шкала рассчитана на учет потребностей, высказываемых взрослым населением.

Шкала HESPER предусматривает оценку по 26 видам потребностей, каждая из которых включает краткий заголовок, а также сопровождающий вопрос. Примеры потребностей: «Жилище» («Стоит ли перед вами серьезная проблема из-за того, что вам негде жить?»), «Учеба детей» («Стоит ли перед вами серьезная проблема из-за того, что ваши дети не ходят в школу или не получают достаточно хорошее образование?»), «Психические заболевания в вашем сообществе» («Являются ли серьезной проблемой для вашего сообщества психические заболевания среди жителей?»). Затем по каждой потребности формируются рейтинги, исходя из следующих возможных вариантов:

- потребность не удовлетворена (т. е. она представляет собой серьезную проблему с точки зрения респондента);
- потребность отсутствует (т. е. она не представляет собой серьезной проблемы с точки зрения респондента);
- респондент не дал ответа (т. е. отказался отвечать, не знал ответа, или вопрос неприменим).

Респондентов также просят назвать не перечисленные в списке дополнительные потребности, которые не удовлетворяются. Среди потребностей, расцененных как неудовлетворенные, респондентов просят указать три наиболее серьезные, на их взгляд, проблемы.

13 Источник: WHO & Kings College London. *The Humanitarian Emergency Settings Perceived Needs Scale (HESPER): Manual with Scale*. Geneva, 2011.

Хотя шкала HESPER была разработана для использования в репрезентативных выборках, вы можете применять ее и в «удобных» выборках. Это может быть целесообразно в первые несколько дней или недель крупного внезапно возникшего кризиса, когда сформировать репрезентативные выборки бывает невозможно. Эту шкалу можно использовать в острых или хронических гуманитарных ситуациях, городских или сельских условиях, в лагерях временного размещения или в местных сообществах.

Данный инструмент, вместе с сопутствующей инструкцией по использованию и обучению, размещен по адресу http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548236_eng.pdf

ИНСТРУМЕНТ 4**КОНТРОЛЬНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ДЛЯ ПОСЕЩЕНИЯ СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ГУМАНИТАРНЫХ СИТУАЦИЯХ¹⁴**

Для чего используется этот инструмент: для защиты людей с ограниченными психическими или неврологическими возможностями, находящихся в специализированных учреждениях, и оказания им помощи

Метод: посещение учреждения, интервью с персоналом и пациентами

Необходимое время: два часа (для получения первого впечатления), два-три дня (для заполнения всего контрольного перечня)

Людские ресурсы: два человека

Общие сведения

Лица с тяжелыми психическими расстройствами и другими психическими и неврологическими ограничениями жизнедеятельности (в том числе связанными с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ) в гуманитарных ситуациях подвержены высокому риску отсутствия надлежащей заботы, особенно если они находятся в психиатрических больницах, проживают в домах инвалидов и других специализированных учреждениях. Этот контрольный перечень полезен для сбора информации для планирования гуманитарных мер по защите таких людей и оказания им базовой помощи.

Ваши ответы на вопросы, приведенные в этом инструменте, должны основываться на результатах посещения и осмотра различных подразделений учреждения, бесед с персоналом и, где возможно, с самими пациентами. Чтобы свести к минимуму предвзятость, рекомендуется проводить оценку силами двух сотрудников различного профессионального профиля.

Если для проведения оценки учреждений есть всего несколько часов (такая ситуация может иметь место в первые две недели масштабной внезапно возникшей чрезвычайной ситуации), то основной акцент в оценке следует сделать на:

- а) вопросы защиты;
- б) основные жизненные потребности;
- в) (при необходимости) возможность эвакуации.

Контрольный перечень предусматривает формулирование рекомендаций в отношении конкретных мер. Важно указать сроки их выполнения, так чтобы наиболее неотложные действия были осуществлены в первую очередь.

Примечания

Термин «проживающий» используется в контрольном перечне для обозначения людей, живущих в вышеупомянутых учреждениях.

Для оценки ситуации в психиатрических учреждениях и домах инвалидов в обычных условиях, вне кризиса, целесообразно использовать инструмент BO3 QualityRights Tool Kit (BO3, 2012). Его можно также применять при хронических чрезвычайных гуманитарных ситуациях во всех случаях, когда имеются время и ресурсы для углубленной оценки.

¹⁴ Предлагаемый источник: Всемирная организация здравоохранения и Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев. Контрольный перечень для посещения стационарных учреждений в чрезвычайных гуманитарных ситуациях. // *Оценка потребностей и ресурсов в области охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки. Инструментарий для гуманитарных ситуаций*. Женева, ВОЗ, 2013.

Дополнительная литература:

IASC (2007) Guidelines Action Sheet 6.3 on care and protection of people in institutions.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ			
Наименование учреждения:		Мероприятия, проведенные во время посещения:	
Местонахождение:			
Интервьюер:			
Дата и время посещения:			
Продолжительность посещения:			
Краткое описание учреждения (количество койко-мест, общее состояние помещений):			

1. ПЕРСОНАЛ И ПРОЖИВАЮЩИЕ		
1.1 Число сотрудников, переживших бедствие/конфликт (кризис)	Психиатры:	
	Врачи общего профиля:	
	Медсестры:	
	Психологи:	
	Социальные работники:	
	Другой персонал:	
1.2 Число сотрудников, погибших в результате кризиса		
1.3 Число сотрудников с незажившими соматическими травмами, полученными в результате кризиса		
1.4 Число сотрудников, отсутствовавших на работе предыдущую неделю в результате кризиса (например, по личным/семейным обстоятельствам)		
1.5 Число проживающих, переживших кризис	Всего:	
	Мужчины:	
	Женщины:	
	Взрослые (18-65 лет):	
	Пожилые (старше 65 лет):	
	Подростки (13-17 лет):	
	Дети (до 12 лет):	

1.6 Число проживающих, погибших в результате кризиса	
1.7 Число проживающих, с незажившими соматическими травмами, полученными в результате кризиса	
1.8 Число проживающих, покинувших учреждение в результате кризиса (например, ушли по собственной инициативе или были срочно выписаны)	
1.9 Число проживающих с соматическими нарушениями	
1.10 Число проживающих с ограниченными интеллектуальными возможностями	

2. ОСНОВНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ПОТРЕБНОСТИ

2.1 Соответствуют ли требованиям имеющиеся системы водоснабжения и санитории? (Например, имеется ли чистая питьевая вода, работают ли точки водоснабжения, имеется ли мыло)	Необходимо действие: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неприменимо / Не знаю <input type="checkbox"/>
	Мнения проживающих / другие комментарии:
2.2 Соответствует ли требованиям уровень гигиены и индивидуального ухода (включая санитарные помещения и доступ к средствам личной гигиены)?	Необходимо действие: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неприменимо / Не знаю <input type="checkbox"/>
	Мнения проживающих / другие комментарии:
2.3 Соответствует ли требованиям продовольственное обеспечение и качество питания? (Например, получают ли проживающие 2-3 раза в день пищу достаточной питательной ценности?)	Необходимо действие: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неприменимо / Не знаю <input type="checkbox"/>
	Мнения проживающих / другие комментарии:
2.4 Соответствуют ли требованиям жилые, в т. ч. спальне, помещения проживающих? (Например, имеется ли достаточное количество матрасов, одеял, укрытий для защиты от погоды (жары/холода, дождя, ветра), достаточно ли чистые вышеупомянутые помещения?)	Необходимо действие: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неприменимо / Не знаю <input type="checkbox"/>
	Мнения проживающих / другие комментарии:
2.5 Решаются ли проблемы соматических болезней? (Ведется ли мониторинг физического здоровья, есть ли доступ к медицинской помощи и вакцинации?)	Необходимо действие: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неприменимо / Не знаю <input type="checkbox"/>
	Мнения проживающих / другие комментарии:
2.6 Решаются ли проблемы ограничения физических возможностей? (Например, доступны ли для лиц с инвалидностью помещения и надлежащие социальные услуги; оказывает ли персонал помощь и поддержку, когда необходимо, например при пользовании ванной комнатой?)	Необходимо действие: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неприменимо / Не знаю <input type="checkbox"/>
	Мнения проживающих / другие комментарии:

3. ОХРАНА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

3.1 Проводится ли регулярный мониторинг состояния психического здоровья каждого проживающего?	Необходимо действие: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неприменимо / Не знаю <input type="checkbox"/>
	Мнения проживающих / другие комментарии:
3.2 Имеются ли в наличии основные психотропные препараты? ¹⁵	Необходимо действие: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неприменимо / Не знаю <input type="checkbox"/>
	Мнения проживающих / другие комментарии:

15 Перечень основных психотропных препаратов приведен в Приложении А к публикации IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. (2010). *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know?* Geneva. http://www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know.pdf

3.3 Применяются ли нефармакологические методы ухода (психосоциальная реабилитация, трудотерапия и т. д.)?	Необходимо действие: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неприменимо / Не знаю <input type="checkbox"/>
	Мнения проживающих / другие комментарии:
3.4 Каково текущее соотношение численности персонала и проживающих в отделении?	Необходимо действие: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неприменимо / Не знаю <input type="checkbox"/>
	Мнения проживающих / другие комментарии:
3.5 Есть ли у проживающих индивидуальные медицинские карты? (Например, истории болезни с текущими записями, которые хранятся в конфиденциальных условиях?)	Необходимо действие: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неприменимо / Не знаю <input type="checkbox"/>
	Мнения проживающих / другие комментарии:

4. ВОПРОСЫ ЗАЩИТЫ

4.1 Получают ли дети уход и защиту? (Например, есть ли безопасные условия для отдыха и игр, обеспечены ли полноценное питание, развивающие занятия, учеба?)	Необходимо действие: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неприменимо / Не знаю <input type="checkbox"/>
	Мнения проживающих / другие комментарии:
4.2 Раздельно ли размещены проживающие женщины и мужчины? (Например, есть ли у них отдельные помещения для сна, отдельные уборные и умывальники?)	Необходимо действие: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неприменимо / Не знаю <input type="checkbox"/>
	Мнения проживающих / другие комментарии:
4.3 Есть ли сообщения о физическом насилии, например избивании как средстве контроля; были ли вы свидетелем таких случаев?	Необходимо действие: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неприменимо / Не знаю <input type="checkbox"/>
	Мнения проживающих / другие комментарии:
4.4 Есть ли сообщения о сексуальном насилии?	Необходимо действие: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неприменимо / Не знаю <input type="checkbox"/>
	Мнения проживающих / другие комментарии:
4.5 Есть ли сообщения о словесных оскорблениях; были ли вы свидетелем таких случаев?	Необходимо действие: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неприменимо / Не знаю <input type="checkbox"/>
	Мнения проживающих / другие комментарии:
4.6 Применяются ли к кому-либо из проживающих меры физического стеснения (фиксации)?	Необходимо действие: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неприменимо / Не знаю <input type="checkbox"/>
	Мнения проживающих / другие комментарии:
4.7 Применяются ли к кому-либо из проживающих меры изоляции в запертом помещении?	Необходимо действие: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неприменимо / Не знаю <input type="checkbox"/>
	Мнения проживающих / другие комментарии:
4.8 Страдают ли проживающие от отсутствия необходимого внимания и ухода?	Необходимо действие: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неприменимо / Не знаю <input type="checkbox"/>
	Мнения проживающих / другие комментарии:

5. ЭВАКУАЦИЯ

5.1 Существуют ли планы эвакуации?	Необходимо действие: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неприменимо / Не знаю <input type="checkbox"/>
	Мнения проживающих / другие комментарии:
5.2 Прошел ли персонал необходимую учебную подготовку для выполнения планов эвакуации?	Необходимо действие: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неприменимо / Не знаю <input type="checkbox"/>
	Мнения проживающих / другие комментарии:

6. НЕГАТИВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ КРИЗИСА

Замечания о характере негативных последствий кризиса:

7. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДЕЙСТВИЯ	СРОК ИСПОЛНЕНИЯ:	ИСПОЛНИТЕЛЬ:
7.1		
7.2		
7.3		
7.4		
7.5		
7.6		
7.7		
7.8		
7.9		
7.10		

ИНСТРУМЕНТ 5**КОНТРОЛЬНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ДЛЯ ИНТЕГРАЦИИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ (ПМСП) В ГУМАНИТАРНЫХ СИТУАЦИЯХ¹⁶**

Для чего используется этот инструмент: для планирования ответных мер по охране психического здоровья в учреждениях ПМСП

Метод: посещение учреждения, интервью с руководителями программ ПМСП и персоналом

Необходимое время: один час на каждое учреждение

Необходимые людские ресурсы: один интервьюер

Общие сведения

Посредством проведения интервью с руководителями и персоналом медицинских учреждений (основными источниками информации) вы оцениваете степень, в которой важные психологические и социальные факторы учитываются и могут учитываться в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

По мере возможности следует интегрировать оценки этих показателей в общие оценки ПМСП.

Данный инструмент ориентирован на ПМСП, но применим и к другим уровням оказания неспециализированной медицинской помощи. Он ориентирован на психические расстройства, но охватывает и эпилепсию, являющуюся неврологическим заболеванием.

Более обширные контрольные перечни по ПМСП приведены в следующих источниках:

- «Международный медицинский корпус», Контрольный перечень по интеграции психического здоровья в ПМСП (на стадии подготовки);
- ВОЗ, Контрольный перечень для ситуационного анализа mhGAP (на стадии подготовки).

В данном инструменте «НЗ» означает «не знаю», а «НП» – «неприменимо».

Наименование/описание учреждения:	
Размер обслуживаемой территории:	
Дата:	
Интервьюер:	
Продолжительность посещения:	
Ключевой информант 1: ФИО, должность, телефон / электронная почта:	
Ключевой информант 2: ФИО, должность, телефон / электронная почта:	
Ключевой информант 3: ФИО, должность, телефон / электронная почта:	

¹⁶ Предлагаемый источник: Всемирная организация здравоохранения и Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев. Контрольный перечень для интеграции охраны психического здоровья в первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) в гуманитарных ситуациях. // *Оценка потребностей и ресурсов в области охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки. Инструментарий для гуманитарных ситуаций*. Женева, ВОЗ, 2013.

1. ПОКАЗАТЕЛИ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1 Психические расстройства документально отражены в еженедельном отчете о заболеваемости ¹⁷	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЗ <input type="checkbox"/> НП <input type="checkbox"/> Комментарий:
1.2 По данным информационной системы здравоохранения, у какого числа амбулаторных пациентов за последние две недели наблюдались следующие состояния:	
1.2.1 депрессия	— НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:
1.2.2 эпилепсия	— НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:
1.2.3 психоз	— НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:
1.2.4 другое психическое расстройство	— НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:

2. ПОКАЗАТЕЛИ КОМПЕТЕНТНОСТИ РАБОТНИКОВ

2.1 Знание имеющихся ресурсов	
2.1.1 Медицинский персонал знает имеющиеся варианты направления в систему охраны психического здоровья. (Например, персонал знает расположение, приблизительную стоимость и порядок направления в близлежащие службы охраны психического здоровья.)	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:
2.1.2 Медицинский персонал знает имеющиеся варианты поддержки (например, агентства/сети социальной защиты, общинные/социальные службы, системы поддержки по месту жительства, юридические службы), которые обеспечивают защиту и (или) поддержку нуждающихся, например жертв бытового или сексуального насилия.	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:
2.2 За последние два года медицинский персонал прошел подготовку в следующих направлениях:	
2.2.1 навыки коммуникации (например, активное слушание, уважительное отношение)	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:
2.2.2 базовая методика решения проблем, техника консультирования	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:
2.2.3 оказание базовой поддержки людям, переживающим утрату	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:

¹⁷ Если психические расстройства документально отражены в еженедельном отчете о заболеваемости, попросите экземпляры этого отчета за предыдущий месяц.

2.2.4 оказание первой психологической помощи (т. е. базовой психологической и социальной поддержки людям, недавно перенесшим потенциально травмирующие события)	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:
2.3 Минимум один медицинский работник в каждом учреждении компетентен в вопросах диагностики и лечения следующих состояний:	
2.3.1 депрессия	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:
2.3.2 психоз	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:
2.3.3 эпилепсия	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:
2.3.4 нарушение развития и поведенческие расстройства у детей и подростков	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:
2.3.5 расстройства, связанные с употреблением алкоголя	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:
2.3.6 расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:
2.3.7 посттравматические стрессовые расстройства	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:
2.3.8 острая тревога, вызванная травмой, настолько тяжелая, что она ограничивает базовые функции	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:
2.3.9 самоповреждения / суицидальные попытки	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:
2.3.10 необъяснимые с медицинской точки зрения соматические жалобы	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:
2.4 Укажите, какое обучение и повышение квалификации в форме клинического наставничества в области охраны психического здоровья прошел медицинский персонал за последние два года	
Врачи общего профиля: Медсестры: Другой персонал:	
2.5 Какие виды клинического наставничества можно было бы практически организовать?	

3. ПСИХОТРОПНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Препараты	Наличие в учреждении ПМСП или ближайшей аптеке в предыдущие две недели	Укажите имеющиеся виды (примеры)
3.1 Генерические/основные антидепрессанты	<input type="checkbox"/> Всегда <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Никогда	(амитриптилин, флуоксетин)
3.2 Генерические антитревожные препараты	<input type="checkbox"/> Всегда <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Никогда	(диазепам)
3.3 Генерические антипсихотические препараты	<input type="checkbox"/> Всегда <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Никогда	(галоперидол, хлорпромазин, флуфеназин)
3.4 Генерические противозлептические препараты	<input type="checkbox"/> Всегда <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Никогда	(фенобарбитал, карбамазепин, диазепам для инъекций, лоразепам для инъекций, фенитоин, вальпроевая кислота)
3.5 Генерические антипаркинсонические препараты для лечения побочных эффектов от приема антипсихотических препаратов)	<input type="checkbox"/> Всегда <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Никогда	(бипериден)

4. ПОКАЗАТЕЛИ ПО ВОПРОСАМ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

4.1 В последние две недели учреждение ПМСП принимало пациентов с нарушениями психического здоровья по направлениям из следующих структур:

4.1.1 Специализированные учреждения охраны психического здоровья (вторичной, третичной или частной помощи)	<input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Никогда
4.1.2 Коммунальные медико-санитарные работники, другие коммунальные работники, школы, социальные службы, другие местные учреждения социальной поддержки, народные/религиозные целители	<input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Никогда

4.2 В последние две недели учреждение ПМСП направляло пациентов с проблемами психического здоровья:

4.2.1 В специализированные учреждения охраны психического здоровья (вторичной, третичной или частной помощи)	<input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Никогда
4.2.2 К коммунальным медико-санитарным работникам, другим коммунальным работникам, в школы, в социальные службы, в другие коммунальные учреждения социальной поддержки, к народным/религиозным целителям	<input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Никогда

5. ПЕРСОНАЛ И РАБОЧАЯ НАГРУЗКА

5.1 Приблизительное число врачей общего профиля, работающих в учреждении в любой данный момент времени	_____ НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий
5.2 Приблизительное число медсестер общего профиля, работающих в учреждении в любой данный момент времени	_____ НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий
5.3 Приблизительная численность другого клинического персонала, работающего в учреждении в любой данный момент времени	_____ НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий

5.4	Приблизительное число пациентов (с любым типом нарушений здоровья), принятых в клинику в предыдущую неделю	_____ НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий
5.5	Приблизительное число пациентов (с любым типом нарушений здоровья), принимаемых врачами общего профиля каждый час	_____ НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий
5.6	Приблизительное число пациентов (с любым типом нарушений здоровья), принимаемых медсестрами общего профиля каждый час	_____ НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий
5.7	Приблизительное число коммунальных медико-санитарных работников на обслуживаемой территории	_____ НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий

6. КАКОВО ВЛИЯНИЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ/ГУМАНИТАРНОЙ СИТУАЦИИ НА СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ?

6.1	Число сотрудников, работающих в учреждении в любой данный момент времени	
6.2	Наличие психотропных препаратов	
6.3	Общее число людей, обращающихся за медицинской помощью	
6.4	Число людей, обращающихся за помощью по поводу нарушений психического здоровья	

7. СОЦИАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

7.1	Учреждение здравоохранения находится на расстоянии безопасной пешей ходьбы от затронутого сообщества	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:
7.2	Наибольшее расстояние, проходимое пациентами до учреждения здравоохранения (в км)	
7.3	В учреждении есть минимум один медицинский работник – женщина	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:
7.4	На каждом из местных языков говорит минимум один сотрудник учреждения	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:
7.5	Имеются процедуры, обеспечивающие получение согласия пациентов на проведение серьезного медицинского вмешательства	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:
7.6	Оказание медицинской помощи организовано с соблюдением неприкосновенности личной жизни (например, консультационное помещение закрыто шторой)	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:
7.7	Соблюдается конфиденциальность информации о состоянии здоровья людей и возможных связанных с ним событиях в жизни (например, изнасиловании, пытках)	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЗ/НП <input type="checkbox"/> Комментарий:

7.8 Стоимость услуг первичной медицинской помощи в состоянии оплатить любой пациент

Да Нет НЗ/НП

Комментарий:

8.1 КАКОВЫ, ПО МНЕНИЮ КЛЮЧЕВЫХ ИНФОРМАНТОВ, ТРИ ГЛАВНЫХ ПРЕПЯТСТВИЯ (С ПРЕДЛАГАЕМЫМИ РЕШЕНИЯМИ) ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПМСП?

Препятствие	Решение
1	
2	
3	

8.2 КАКОВЫ, ПО МНЕНИЮ ЭКСПЕРТА, ПРОВОДЯЩЕГО ОЦЕНКУ, ТРИ ГЛАВНЫХ ПРЕПЯТСТВИЯ (С ПРЕДЛАГАЕМЫМИ РЕШЕНИЯМИ) ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПМСП?

Препятствие	Решение
1	
2	
3	

9. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПО МНЕНИЮ ЭКСПЕРТА ПО ОЦЕНКЕ

СРОК ИСПОЛНЕНИЯ:

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

9.1		
9.2		
9.3		
9.4		
9.5		
9.6		
9.7		
9.8		
9.9		
9.10		

ИНСТРУМЕНТ 6**НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ИСЗ)¹⁸**

Для чего используется этот инструмент: для адвокации и для планирования и мониторинга мер охраны психического здоровья в учреждениях первичной медицинской помощи (ПМСП)

Метод: клиническая эпидемиология с использованием информационной системы здравоохранения (ИСЗ)

Необходимое время: две недели

Необходимые людские ресурсы: один человек

Общие сведения

- ИСЗ ПМСП должна охватывать психическое здоровье. Действительно, единственный способ быстро оценить частоту расстройств психического здоровья и случаев эпилепсии – провести анализ ИСЗ.
- ИСЗ УВКБ ООН включает нейropsихиатрический компонент, состоящий из 7 категорий (см. ниже Часть А). В ситуациях гуманитарного кризиса рекомендуется как можно быстрее интегрировать эти семь категорий в ИСЗ.
- Необходимо обучить персонал (двухчасовое занятие) надлежащему использованию этих категорий и поначалу контролировать его действия (полдня).
- В ИСЗ УВКБ ООН данные собираются в разбивке по полу и следующим возрастным группам (0–4 года; 5–17 лет; 18–60 лет; старше 60 лет).
- Следует отметить, что в первые дни некоторых острых чрезвычайных ситуаций руководители здравоохранения могут не соглашаться ввести вышеупомянутые 7 элементов в ИСЗ. В такой ситуации в информационную систему может быть включен как минимум элемент «расстройства психического, неврологического характера или связанные с употреблением психоактивных веществ». Со временем этот элемент следует заменить предложенной семиэлементной ИСЗ, освещенной в данном инструменте.

Категория (ИСЗ)	Число случаев за последние 2 недели	Доля лиц, обращающихся за помощью в связи с данным нарушением	Пересчитанная распространенность за 2 недели
		Разделите данные в первой графе на общее число пациентов за последние 2 недели	Разделите данные в первой графе на ориентировочную численность населения обслуживаемой территории
1. Эпилепсия / судорожные припадки			
2. Злоупотребление алкоголем или другими психоактивными веществами			
3. Умственная отсталость / ограниченные интеллектуальные возможности			
4. Психотические расстройства			

¹⁸ Источник для описанной здесь ИСЗ с 7 категориями: United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Health Information System (HIS). Geneva: UNHCR, 2009. Публикуется с разрешения УВКБ ООН.

5. Тяжелое эмоциональное расстройство			
6. Другие жалобы психологического характера			
7. Необъяснимые с медицинской точки зрения соматические жалобы			
Всего (сумма по пунктам 1–7)			

ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЛУЧАЕВ: НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

1. Эпилепсия / судорожные припадки

Человек, страдающий эпилепсией, перенес как минимум два судорожных припадка, не вызванных какой-либо явной причиной, например лихорадкой, инфекцией, травмой или алкогольным абстинентным синдромом. Эти припадки характеризуются потерей сознания с конвульсивными сокращениями конечностей и иногда приводят к физическим травмам, сопровождаются непроизвольными дефекацией и мочеиспусканием, прикусыванием языка.

2. Расстройства, связанные с употреблением алкоголя или других психоактивных веществ

Человек с такими расстройствами стремится ежедневно употреблять алкоголь (или иные вещества, вызывающие привыкание) и не может контролировать дозу. Это часто приводит к ухудшению личных взаимоотношений, результатов работы и физического здоровья. Несмотря на наличие проблем человек продолжает употреблять алкоголь (или другие вещества, вызывающие привыкание).

3. Умственная отсталость / ограниченные интеллектуальные возможности

Крайне низкие интеллектуальные возможности такого человека создают проблемы в повседневной жизни. Ребенок с задержкой психического развития очень медленно учится говорить. Взрослый человек с такими нарушениями может выполнять только простейшую работу. Очень редко такие люди могут жить самостоятельно или заботиться о себе и/или детях без помощи других. В тяжелых случаях такие люди плохо говорят и понимают речь и могут нуждаться в постоянной помощи.

4. Психотические расстройства

Человек может слышать и видеть то, чего нет в действительности, или искренне верить в то, чего не существует на самом деле. Он может говорить сам с собой, его речь бессмысленна или бессвязна, внешний вид необычен. Он может не следить за своей внешностью. Иногда такой человек может переживать периоды абсолютного счастья или быть раздраженным, сверхэнергичным, чересчур разговорчивым или возбужденным. Для окружающих поведение такого человека представляется «ненормальным» или в высшей степени странным.

5. Тяжелое эмоциональное расстройство

Повседневный образ жизни такого человека явно нарушен в течение более двух недель по причине эмоциональной подавленности/апатии и/или гипертрофированного/неконтролируемого состояния тревоги/страха. Часто нарушены личные взаимоотношения, аппетит, сон и концентрация внимания. Человек может быть не в состоянии начать или поддержать разговор. Он может жаловаться на сильную утомляемость и слабость и быть социально замкнутым, часто проводит в постели большую часть дня. Его нередко посещают суицидальные мысли. Критерий включения: Данная категория применяется только в случае, если имеет место явное нарушение повседневного функционирования.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЛУЧАЕВ: ДРУГИЕ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИЛИ НЕОБЪЯСНИМЫЕ С МЕДИЦИНСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СОМАТИЧЕСКИЕ ЖАЛОБЫ

6. Другие жалобы психологического характера

Данная категория охватывает жалобы, связанные с эмоциями (например, подавленное настроение, тревога), мыслями (например, навязчивые мысли, слабая концентрация) **или** поведением (например, бездеятельность, агрессивность). Человек, как правило, в состоянии принимать участие во всех или почти во всех повседневных обычных видах деятельности. Жалоба может быть связана с менее тяжелым эмоциональным расстройством или обычным дистрессом (т. е. без психического расстройства).

Критерий включения: Данную категорию следует применять только в случаях, если применяются оба указанных ниже критерия:

- если человек просит помощи по своей жалобе;
- если человек не подпадает ни под одну из перечисленных выше пяти категорий.

7. Необъяснимые с медицинской точки зрения соматические жалобы

Данная категория охватывает все соматические жалобы, не имеющие явной органической причины.

Критерий включения: Данная категория применяется только в случаях, если применяются все три указанных ниже критерия:

- после проведения необходимых клинических обследований;
- если человек не подпадает ни под одну из перечисленных выше шести категорий;
- если человек просит помощи по своей жалобе.

ИНСТРУМЕНТ 7**ШАБЛОН ДЛЯ ОЦЕНКИ ФОРМАЛЬНЫХ РЕСУРСОВ СИСТЕМЫ
ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ГУМАНИТАРНЫХ
СИТУАЦИЯХ¹⁹**

Для чего используется этот инструмент: для планирования раннего восстановления/реконструкции на основе анализа формальных ресурсов региональной/национальной системы охраны психического здоровья

Метод: изучение документов, интервью с руководителями служб

Необходимое время: от трех до пяти дней

Необходимые людские ресурсы: один человек

Общие сведения

Чрезвычайные ситуации могут быть возможностью для формирования (реформирования) национальных общедоступных систем охраны психического здоровья. Анализ формальной системы здравоохранения дает существенную информацию для перестройки системы охраны психического здоровья после чрезвычайных ситуаций.

Путем изучения вторичной информации и восполнения пробелов с помощью экспертов в области охраны психического здоровья данный инструмент позволяет выявить недостатки в формальных службах охраны психического здоровья.

- Многие из этих переменных (показателей) адаптированы из Инструмента оценки систем охраны психического здоровья ВОЗ (WHO-AIMS). Точные определения этих показателей приведены в WHO-AIMS 2.2 (http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/).
- Если возможно, данные следует собирать по регионам и учреждениям.
- По мере возможности и применимости к конкретным условиям данные о пациентах давать в разбивке по полу и возрасту – дети (до 18 лет), взрослые (19–64 года), пожилые (старше 65 лет).
- Если данные в разбивке не могут быть получены **сразу** и время оценки ограничено, то следует представить агрегированные данные (по затронутому району).

Эта информация также полезна для оценки потребностей после конфликтов и бедствий, при подготовке крупномасштабных мероприятий по привлечению средств на восстановление после очень крупных чрезвычайных ситуаций.

Источники информации

1. Данные из следующих источников:

- государственные органы;
- инструмент 4W (см. [инструмент 1](#));
- отчеты по стране по результатам использования инструмента WHO-AIMS;
- Атлас психического здоровья ВОЗ;
- отчеты по сектору здравоохранения / ведущим организациям кластера.

2. Данные по результатам интервью со следующими ответственными лицами:

- руководители государственных программ и проектов НПО по охране психического здоровья (или руководители служб здравоохранения, если конкретных руководителей служб охраны психического здоровья нет);
- координаторы кластера/сектора здравоохранения; руководители групп поддержки в области охраны психического здоровья и психосоциальной помощи (межкластерных/межсекторных).

¹⁹ Предлагаемый источник: Всемирная организация здравоохранения и Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев. Шаблон для оценки формальных ресурсов системы охраны психического здоровья в ситуациях гуманитарного характера. // *Оценка потребностей и ресурсов в области охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки. Инструментарий для гуманитарных ситуаций*. Женева, ВОЗ, 2013.

Влияние чрезвычайной ситуации

В третьей графе укажите степень отрицательного влияния чрезвычайной ситуации на функционирование службы.

1. ФОРМАЛЬНЫЕ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В (ОБОЗНАЧЕНИЕ ТЕРРИТОРИИ)		
1.1 Психиатрические стационары (психиатрические больницы для оказания помощи пациентам с острыми и хроническими состояниями и отделения больниц общего профиля для оказания помощи при острых состояниях)		
Число учреждений		1. Влияния чрезвычайной ситуации нет (службы функционируют в полном объеме) <input type="checkbox"/> 2. функционируют не полностью (опишите) <input type="checkbox"/> 3. не функционируют <input type="checkbox"/>
Число койко-мест		
Среднедневное число стационарных пациентов за предыдущий месяц		
Численность психиатров		
Численность медсестер		
Численность работников другого профиля (например, врачи, психологи, методисты трудотерапии, социальные работники)		
Расчетная доля (в %) стационарных подразделений, в которых обеспечено постоянное наличие психотропных препаратов каждой фармакотерапевтической группы (антипсихотические препараты, антидепрессанты, нормотимики, анксиолитики, противоэпилептические препараты, противопаркинсонические препараты)		
1.2 Амбулаторные психиатрические учреждения (отдельно государственные и частные)		
Число учреждений		1. Влияния чрезвычайной ситуации нет (службы функционируют в полном объеме) <input type="checkbox"/> 2. функционируют не полностью (опишите) <input type="checkbox"/> 3. не функционируют <input type="checkbox"/>
Число койко-мест		
Ориентировочное число пациентов, которым была оказана помощь за предыдущий месяц		
Численность психиатров		
Численность медсестер		
Численность специалистов другого профиля (например, врачи, психологи, методисты трудотерапии, социальные работники)		
Расчетная доля (в %) амбулаторных психиатрических подразделений, в которых обеспечено постоянное наличие психотропных препаратов каждой фармакотерапевтической группы (антипсихотические препараты, антидепрессанты, стабилизаторы настроения, анксиолитики, антиэпилептические препараты, антипаркинсонические препараты)		

1.3 Другие центры оказания психологической помощи (например, службы НПО)		
Число центров		1. Влияния чрезвычайной ситуации нет (службы функционируют в полном объеме) <input type="checkbox"/> 2. функционируют не полностью (опишите) <input type="checkbox"/> 3. не функционируют <input type="checkbox"/>
Ориентировочное число пациентов, которым была оказана помощь за предыдущий месяц		
Численность психиатров		
Численность медсестер		
Численность психологов		
Численность социальных работников		
Численность других специалистов		
Численность прочего персонала		
1.4 Учреждения для постоянного проживания лиц с тяжелыми нейropsychиатрическими расстройствами		
Число учреждений		1. Влияния чрезвычайной ситуации нет (службы функционируют в полном объеме) <input type="checkbox"/> 2. функционируют не полностью (опишите) <input type="checkbox"/> 3. не функционируют <input type="checkbox"/>
Количество проживающих с резко ограниченными интеллектуальными возможностями		
Численность работников психиатрического профиля		
1.5 Другие учреждения охраны психического здоровья (например, центры по лечению наркомании и хронического алкоголизма, дома-интернаты для детей с ограниченными интеллектуальными возможностями)		
Число учреждений		1. Влияния чрезвычайной ситуации нет (службы функционируют в полном объеме) <input type="checkbox"/> 2. функционируют не полностью (опишите) <input type="checkbox"/> 3. не функционируют <input type="checkbox"/>
Ориентировочное число пациентов, которым была оказана помощь за предыдущий месяц		
Численность работников психиатрического и наркологического профиля		

2. ОХРАНА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В АМБУЛАТОРНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ И В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

2.1 Амбулаторные отделения больниц и амбулаторные учреждения общего профиля (без конкретного акцента на психиатрию)

Число учреждений		1. Влияния чрезвычайной ситуации нет (службы функционируют в полном объеме) <input type="checkbox"/> 2. функционируют не полностью (опишите) <input type="checkbox"/> 3. не функционируют <input type="checkbox"/>
Приблизительное число пациентов (с любым типом нарушений здоровья), которым была оказана помощь за предыдущую неделю		
Приблизительное число пациентов (с любым типом нарушений здоровья), принимаемых каждым врачом за час		
% учреждений, в которых обеспечено постоянное наличие психотропных препаратов каждой фармакотерапевтической группы		
Приблизительный % учреждений с персоналом, оказывающим базовую помощь в области охраны психического здоровья		

2.2 Учреждения первичной медико-санитарной помощи

Число учреждений		1. Влияния чрезвычайной ситуации нет (службы функционируют в полном объеме) <input type="checkbox"/> 2. функционируют не полностью (опишите) <input type="checkbox"/> 3. не функционируют <input type="checkbox"/>
Приблизительное число пациентов (с любым типом нарушений здоровья) по каждому учреждению за предыдущую неделю		
Приблизительное число пациентов (с любым типом нарушений здоровья), принимаемых каждым врачом/каждой медсестрой за час		
% учреждений, в которых обеспечено постоянное наличие психотропных препаратов каждой фармакотерапевтической группы		
Приблизительный % учреждений с персоналом, оказывающим базовую помощь в области охраны психического здоровья		

3. КОММУНАЛЬНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ (ОКАЗЫВАЕМАЯ КОММУНАЛЬНЫМИ МЕДИКО-САНИТАРНЫМИ РАБОТНИКАМИ И КОММУНАЛЬНЫМИ РАБОТНИКАМИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВНЕ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ)

3.1 Коммунальные медико-санитарные работники

Численность работников		1. Влияния чрезвычайной ситуации нет (службы функционируют в полном объеме) <input type="checkbox"/> 2. функционируют не полностью (опишите) <input type="checkbox"/> 3. не функционируют <input type="checkbox"/>
Средняя численность населения, обслуживаемого каждым работником		
Приблизительный % персонала, занятого оказанием базовой помощи в области охраны психического здоровья		

3.2 Коммунальные работники охраны психического здоровья (включая специалистов по реабилитации на дому, работающих в области охраны психического здоровья)

Численность работников		1. Влияния чрезвычайной ситуации нет (службы функционируют в полном объеме) <input type="checkbox"/> 2. функционируют не полностью (опишите) <input type="checkbox"/> 3. не функционируют <input type="checkbox"/>
Средняя численность населения, обслуживаемого каждым работником		

ИНСТРУМЕНТ 8 КОНТРОЛЬНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ПО ПОЛУЧЕНИЮ ИНФОРМАЦИИ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА (НЕ КАСАЮЩЕЙСЯ КОНКРЕТНО ОПЗПП) ОТ ГОЛОВНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПО СЕКТОРАМ²⁰

Для чего используется этот инструмент: для консолидации уже известной информации общего характера (не касающейся конкретно ОПЗПП) о текущей чрезвычайной гуманитарной ситуации (во избежание сбора дополнительных данных о том, что уже известно)

Метод: изучение имеющихся документов

Необходимое время: один день

Необходимые людские ресурсы: один человек

Общие сведения

Основные физические потребности, вопросы образования и защиты являются ключевыми аспектами контекста, в котором осуществляются меры реагирования в области охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки. Отчет о результатах оценки должен содержать хотя бы один параграф с изложением этих вопросов. Эта информация должна быть доступна через учреждения соответствующих кластеров/секторов или через веб-сайты, и контакты с соответствующими головными учреждениями являются, вероятно, самым быстрым способом получения ключевой информации.

Тип информации	Предлагаемый источник информации	С кем контактировать	Информация получена?
1. Численность населения	Государственные органы Общее координирующее учреждение ООН		<input type="checkbox"/>
2. Группы риска	Общее координирующее учреждение ООН		<input type="checkbox"/>
3. Размер групп риска	Общее координирующее учреждение ООН		<input type="checkbox"/>
4. Смертность	Общее координирующее учреждение ООН		<input type="checkbox"/>
5. Основные угрозы смертности	Общее координирующее учреждение ООН Головное учреждение кластера/сектора здравоохранения		<input type="checkbox"/>
6. Удовлетворение основных потребностей: продовольствие	Головные учреждения кластеров/секторов питания и продовольственной безопасности		<input type="checkbox"/>
7. Удовлетворение основных потребностей: кров	Головное учреждение кластера/сектора обеспечения крова в чрезвычайных ситуациях		<input type="checkbox"/>
8. Удовлетворение основных потребностей: водоснабжение и канализация	Головное учреждение кластера/сектора водоснабжения, санитарии и гигиены (WASH)		<input type="checkbox"/>
9. Удовлетворение основных потребностей: здравоохранение и существующие службы охраны психического здоровья	Головное учреждение кластера/сектора здравоохранения		<input type="checkbox"/>
10. Доступ к образованию	Головное учреждение кластера/сектора образования		<input type="checkbox"/>

²⁰ Предлагаемый источник: Всемирная организация здравоохранения и Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев. Контрольный перечень по получению информации общего характера (не касающейся конкретно ОПЗПП) от головных учреждений по секторам. // *Оценка потребностей и ресурсов в области охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки. Инструментарий для гуманитарных ситуаций*. Женева, ВОЗ, 2013.

11. Нарушения прав человека и защитные механизмы	Главное учреждение кластера/сектора защиты		<input type="checkbox"/>
12. Социальные, политические, религиозные и экономические структуры и динамика	Главное учреждение кластера/сектора защиты		<input type="checkbox"/>
13. Изменения в деятельности по обеспечению средств к существованию и повседневной жизни сообществ	Главное учреждение кластера/сектора питания Главное учреждение кластера/сектора координации и управления лагерями временного размещения Главное учреждение кластера/сектора защиты Главное учреждение кластера/сектора убежища в чрезвычайных ситуациях		<input type="checkbox"/>
14. Образование и социальные службы, влияние кризиса на них	Главное учреждение кластера/сектора образования Главное учреждение кластера/сектора защиты		<input type="checkbox"/>

ИНС ТРУМЕНТ 9**ШАБЛОН ДЛЯ СОСТАВЛЕНИЯ ОБЗОРА ИМЕЮЩЕЙСЯ ИНФОРМАЦИИ, АКТУАЛЬНОЙ ДЛЯ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ В РЕГИОНЕ/СТРАНЕ²¹**

Для чего используется этот инструмент: для обобщения той информации о данном регионе/стране в плане охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки (ОПЗПП), которая уже была известна до текущей чрезвычайной гуманитарной ситуации (во избежание сбора дополнительных данных о том, что уже известно)

Метод: обзор литературы

Необходимое время: от семи до десяти дней

Необходимые людские ресурсы: два человека

Общие сведения

Главная часть этого инструмента (Часть А) содержит примерную структуру составленного литературного обзора.

В этой структуре очерчены главные темы, по которым необходимо обобщить существующую информацию, однако вам нужно адаптировать их под каждый конкретный контекст. Объем освещения каждой темы зависит от имеющейся информации. В условиях разных гуманитарных кризисов будет доступна и важна разная информация. **В целом при подготовке обзора вы можете посвятить по одному абзацу каждому пункту содержания.**

Во многих случаях полезно дополнить собранную информацию первичными данными по результатам интервью с местными и международными экспертами. Примерные вопросы для интервью указаны в Части В. Если позволяет время, то перед окончательным оформлением обзора его должны прочитать минимум два местных эксперта.

Данным инструментом следует пользоваться гибко, чтобы избежать излишних повторов в итоговом отчете. **Важно, чтобы обзор был полностью понятен людям, не обладающим высоким уровнем академической подготовки, поэтому следует избегать специального жаргона и теоретических выкладок.** Где возможно, следует пользоваться простым языком.

Обзор необходимо разослать в электронном виде всем работникам сферы охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки. Кроме того, где целесообразно, его необходимо перевести на основные местные языки.

Методические указания по составлению обзоров литературы приведены в публикации Galvan, J.L. (2006). *Writing Literature Reviews: a Guide for Students of the Social and Behavioral and Sciences* – 4th Edition. Pyczak. См., например: http://www.who.int/mental_health/emergencies/culture_mental_health_haiti_eng.pdf

21 Источник: IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Template or Desk Review of Pre-Existing Information Relevant to Mental Health and Psychosocial Support in the Region/Country. // *IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide*, forthcoming. Этот шаблон воспроизведен здесь с разрешения Целевой группы МПК.

А. ПРИМЕРНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ОБЗОРА ЛИТЕРАТУРЫ

1 Введение

- 1.1 Обоснование необходимости данного кабинетного исследования (описание текущей/недавней чрезвычайной ситуации)
- 1.2 Описание методологии, использованной для сбора существующей информации (включая использованные при поиске ключевые слова)

2 Общий контекст

- 2.1 Географические аспекты (например, климат, соседние страны)
- 2.2 Демографические аспекты (например, численность населения, возрастная структура, языки, образование/грамотность, религиозные группы, этнические группы, миграционные тенденции, наиболее уязвимые группы в отношении негативного воздействия гуманитарных кризисов)
- 2.3 Исторические аспекты (например, ранняя история, колонизация, новейшая политическая история)
- 2.4 Политические аспекты (например, организация государственного управления, распределение власти, конкурирующие подгруппы или партии)
- 2.5 Религиозные аспекты (например, религиозные группы, важные религиозные верования и обряды, взаимоотношения между разными группами)
- 2.6 Экономические аспекты (например, индекс человеческого развития, основные источники доходов населения, уровень безработицы, бедность, ресурсы)
- 2.7 Гендерные и семейные аспекты (например, уклад семейной жизни, традиционные гендерные роли)
- 2.8 Культурные аспекты (традиции, табу, ритуалы)
- 2.9 Общие аспекты здравоохранения
 - 2.9.1 Смертность, основные угрозы и причины смертности, наиболее распространенные болезни
 - 2.9.2 Обзор структуры формальной, общей системы здравоохранения

3 Контекст психического здоровья и психосоциального статуса

- 3.1. Проблемы психического здоровья и психосоциального статуса и соответствующие ресурсы
 - 3.1.1 Эпидемиологические исследования психических расстройств и факторов риска / защитных факторов, проведенные в стране, проценты самоубийств
 - 3.1.2 Местные выражения (идиомы), обозначающие дистресс и народные диагнозы, местные понятия травмы и утраты
 - 3.1.3 Объяснительные модели психических и психосоциальных проблем
 - 3.1.4 Концепции «своего я» / личности (например, отношения между телом, душой, духом)
 - 3.1.5 Основные источники дистресса (например, бедность, жестокое обращение с детьми, бесплодие)
 - 3.1.6 Роль формального и неформального секторов образования в психосоциальной поддержке
 - 3.1.7 Роль формального социального сектора (например, социальных служб) в психосоциальной поддержке
 - 3.1.8 Роль неформального социального сектора (например, общинных систем защиты, систем соседской взаимопомощи, других общинных ресурсов) в психосоциальной поддержке
 - 3.1.9 Роль неаллопатической системы здравоохранения (включая традиционную систему здравоохранения) в охране психического здоровья и психосоциальной поддержке
 - 3.1.10 Модели обращения за помощью (куда именно люди могут обратиться за помощью и с какими проблемами)
- 3.2 Система охраны психического здоровья
 - 3.2.1 Политика, законодательная база и руководство в области охраны психического здоровья
 - 3.2.2 Описание формальных служб охраны психического здоровья (первичных, вторичных и третичных/ высокоспециализированных видов помощи). Следует рассмотреть, среди прочего, соответствующие отчеты по Атласу психического здоровья и инструменту WHO-AIMS, чтобы определить наличие служб охраны психического здоровья, кадровые ресурсы в этой области, использование этих служб, а также степень их доступности (например, расстояние, плата за услуги) и качество услуг
 - 3.2.3 Относительные роли государства, частного сектора, НПО и народных целителей в оказании помощи по охране психического здоровья

4 Гуманитарный контекст

- 4.1 История чрезвычайных ситуаций гуманитарного характера в стране
- 4.2 Общий опыт оказания гуманитарной помощи в прошлом
- 4.3 Опыт оказания гуманитарной помощи в области охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки

5 Заключение

- 5.1 Ожидаемые трудности и пробелы в области охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки
- 5.2 Предполагаемые возможности в области охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки

6 Список литературы

В. ДАННЫЕ, КОТОРЫЕ НАДЛЕЖИТ СОБРАТЬ ПУТЕМ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРВЬЮ С ЭКСПЕРТАМИ В ОБЛАСТИ КУЛЬТУРЫ И МЕДИЦИНЫ, СОЦИАЛЬНЫМИ АНТРОПОЛОГАМИ, СОЦИОЛОГАМИ, ДРУГИМИ СОЦИАЛЬНО-КУЛЬТУРНЫМИ ЭКСПЕРТАМИ ИЛИ КЛЮЧЕВЫМИ ИНФОРМАНТАМИ

Примечание: это касается первичных данных, которые вы можете собрать в качестве дополнения к данным, выявленным путем кабинетного исследования.

О каких основных проблемах, убеждениях и культурных аспектах должны знать организации, предоставляющие помощь в области охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки [УКАЖИТЕ ПРИМЕРНУЮ ЦЕЛЕВУЮ ГРУППУ, НАПРИМЕР ЛЮДЕЙ, ПОНЕСШИХ УТРАТУ, ЖЕНЩИН, ПЕРЕЖИВШИХ СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ]? Каких действий следует избегать?

[ЕСЛИ НЕОБХОДИМО, РАСПРОСИТЕ] о следующем.

- Местные формы описания эмоциональных трудностей
- Имеющиеся ресурсы для преодоления эмоциональных трудностей
- Местные властные структуры (например, местные иерархии на основе родства, возраста, гендера, знания сверхъестественного)
- Политическая ситуация (например, проблемы фаворитизма, коррупции, нестабильности)
- Взаимодействие между разными социальными группами (например, этническими и религиозными)
- Социально уязвимые или маргинализованные группы
- Сложности или плохой опыт взаимодействия с гуманитарными агентствами в прошлом
- Гендерные отношения
- Приемлемость услуг, организованных людьми, не принадлежащими к данному сообществу
- Прочие моменты, которые должны знать организации, предоставляющие помощь



Демократическая Республика Конго/Лубунга/ВОЗ/М. Kokić/2005

ИНСТРУМЕНТ 10**СОВМЕСТНАЯ ОЦЕНКА: СУЖДЕНИЯ РЯДОВЫХ ЧЛЕНОВ
СООБЩЕСТВА²²**

Для чего используется этот инструмент: для изучения мнений местного населения в отношении проблем и путей совладания с ними с последующим представлением информации для принятия мер в области ОПЗПП

Метод: интервью с рядовыми членами сообщества (свободное перечисление с последующими вопросами)

Необходимое время: один-два дня

Необходимые людские ресурсы: четыре человека

Общие сведения

Этот инструмент полезен в качестве способа оперативного получения информации от рядовых членов сообщества, живущих в условиях оказания гуманитарной помощи.

Первый вопрос данного инструмента предполагает свободное перечисление, которое часто полезно в начале оценки для получения общего представления о различных видах проблем и ресурсов, присутствующих в сообществе. При свободном перечислении (часто рядового члена сообщества) просят дать как можно больше ответов на один вопрос. Вопрос может быть ориентирован на широкий спектр тем. Например, людей можно попросить перечислить виды проблем, стоящих перед ними, их действия при возникновении проблем, места, в которые они обращаются за помощью, и так далее.

В данном инструменте интервьюер просит респондентов перечислить имеющиеся у них проблемы. Затем он отбирает проблемы психического здоровья и психосоциального статуса для более углубленной оценки с точки зрения ее влияния на повседневные жизненные функции и на то, как люди могут с ней справляться.

Свободное перечисление можно использовать как при работе с отдельными лицами, так и при работе с группами. При этом, однако, рекомендуется применять его именно при работе с отдельными лицами, где это осуществимо, потому что в группе люди могут влиять на ответы друг друга. Рекомендуется провести интервью минимум с 10–15 респондентами. Возможно, понадобится опросить больше 15 людей, если дополнительные интервью могут дать актуальную, новую информацию.

В целом будет полезно задавать вопросы отдельно женщинам и мужчинам (а также детям, молодым людям и взрослым, если это целесообразно) и проверять, есть ли различия в их ответах.

Для того чтобы пользоваться этим инструментом, вы должны иметь подготовку по общим методикам интервьюирования, актуальным для проведения полуструктурированных интервью в гуманитарных ситуациях, например методикам уточняющего опроса и предотвращения предвзятости.

²² Источник: IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. *Participatory Assessment I: Perceptions by General Community Members*. // IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide, forthcoming. Данный инструмент воспроизведен здесь с разрешения Целевой группы МПК.

Информированное согласие

Перед тем как проводить какие-либо интервью, важно получить информированное согласие. Ниже приведен пример того, как это сделать.

Здравствуйте, меня зовут _____, и я работаю в _____. Мы работаем в _____ (район) с целью _____ (вид работы) в течение _____ (период). Мы проводим беседы с местными жителями. Наша цель – узнать, какие у них имеются проблемы, и решить, как лучше всего помочь. Мы не можем сразу же обещать помощь в обмен на это интервью. Мы здесь *только* для того, чтобы задать вопросы и узнать о вашем опыте. Вы сами можете решить, принять участие или нет.

Если вы дадите согласие на интервью, я могу заверить вас, что вся информация останется анонимной, поэтому никто из посторонних не узнает о том, что вы нам рассказали. Мы не можем ничем вас вознаградить за участие в интервью, но мы искренне оценили бы затраченное вами время и ваши ответы. Есть ли у вас вопросы?

Согласны ли вы пройти интервью? 1. Да
2. Нет

Интервью

Шаг 1. Свободное перечисление

1.1. Интервью начинается со свободного перечисления ответов на следующий вопрос относительно всех видов проблем.

«Какие проблемы имеются у _____ [ВСТАВЬТЕ ИНТЕРЕСУЮЩУЮ ВАС ГРУППУ] из-за гуманитарной ситуации? Перечислите столько проблем, сколько вы можете припомнить».

Примечания:

- а) Интересующие вас группы могут включать женщин в данном сообществе, мужчин в данном сообществе, девочек подросткового возраста в данном сообществе, маленьких детей в данном сообществе и др.
- б) Используя метод свободного перечисления, необходимо постоянно стимулировать респондента к дополнительным ответам. Например, если респондент перечислил несколько проблем и молчит, вы можете спросить:

«Какие *еще* проблемы имеются у _____ [ВСТАВЬТЕ ИНТЕРЕСУЮЩУЮ ВАС ГРУППУ] из-за гуманитарной ситуации? Перечислите столько проблем, сколько вы можете припомнить». Тогда респондент, возможно, назовет еще ряд проблем. Продолжайте задавать этот вопрос, пока респондент не прекратит давать ответы.
- в) Составив перечень проблем, вы можете попросить респондента кратко описать каждую перечисленную проблему, чтобы можно было заполнить приведенную ниже таблицу.

ТАБЛИЦА 1 ПЕРЕЧЕНЬ ПРОБЛЕМ (ЛЮБЫХ)

Проблема	Описание
1.1.1	
1.1.2	
1.1.3	
1.1.4	
1.1.5	
1.1.6	
1.1.7	
1.1.8	
1.1.9	
1.1.10	
1.1.11	
1.1.12	
1.1.13	
1.1.14	
1.1.15	
1.1.16	
1.1.17	
1.1.18	
1.1.19	
1.1.20	

1.2. Затем вам следует посмотреть на ответы на вопрос 1.1 и, следуя приведенным ниже инструкциям, выбрать конкретные проблемы психического здоровья и психосоциального статуса.

Выберите проблемы, особенно актуальные с точки зрения психического здоровья и психосоциального статуса, такие как:

- а) проблемы, связанные с социальными отношениями (бытовое насилие и насилие в сообществе, жестокое обращение с детьми, разлучение семей);
- б) проблемы, связанные с:
- чувствами (например, чувство грусти или страха);
 - мышлением (например, озабоченность, беспокойство);
 - поведением (например, пьянство).

Скопируйте эти проблемы в приведенную ниже табл. 1.2, а также в первую графу табл. 3.1 и 3.2.

ТАБЛИЦА 1.2 ПЕРЕЧЕНЬ ПРОБЛЕМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА
1.2.1
1.2.2
1.2.3
1.2.4
1.2.5
1.2.6
1.2.7
1.2.8
1.2.9
1.2.10

Шаг 2. Ранжирование

2.1 Выясните у респондента, какие проблемы психического здоровья и психосоциального статуса он считает важными и почему.

«Вы упомянули ряд проблем, включая [ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЛУХ ПРОБЛЕМЫ, УКАЗАННЫЕ ВЫШЕ В п. 1.2]. Какая из этих проблем самая важная?» «Почему?»

«Какая из этих проблем – вторая по степени важности?» «Почему?»

«Какая из этих проблем – третья по степени важности?» «Почему?»

ТАБЛИЦА 2.1 ТРИ ВАЖНЕЙШИЕ ПРОБЛЕМЫ	
2.1.1	Проблема:
	Пояснение:
2.1.2	Проблема:
	Пояснение:
2.1.3	Проблема:
	Пояснение:

Шаг 3. Повседневные жизненные функции и совладание с проблемами

3.1 Попробуйте определить влияние проблем психического здоровья и психосоциального статуса на повседневные жизненные функции, спросив, на какие задачи эти проблемы могут воздействовать.

«Иногда [НАЗОВИТЕ ПРОБЛЕМУ ИЗ п. 1.2] может затруднить человеку выполнение обычных повседневных задач для себя, для своей семьи или в своем сообществе. Если [УКАЖИТЕ ИНТЕРЕСУЮЩУЮ ВАС ГРУППУ] страдают от [ВНОВЬ НАЗОВИТЕ ПРОБЛЕМУ ИЗ п. 1.2], какие задачи для них осложнятся?»

Запишите ответ в табл. 3.1. Повторите вопрос для каждой из проблем, упомянутых в п. 1.2.

ТАБЛИЦА 3.1 НАРУШЕНИЕ ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ	
Повторите для каждой проблемы, упомянутой в п. 1.2	
Проблемы психического здоровья и психосоциального статуса (перечисленные в п. 1.2)	Задачи, на которые влияет проблема
1.2.1	3.1.1
1.2.2	3.1.2
1.2.3	3.1.3
1.2.4	3.1.4
1.2.5	3.1.5
1.2.6	3.1.6
1.2.7	3.1.7
1.2.8	3.1.8
1.2.9	3.1.9
1.2.10	3.1.10

3.2. Затем попробуйте определить, как люди справляются с каждой из этих проблем психического здоровья и психосоциального статуса и в какой мере им это удается.

«Что _____ [УКАЖИТЕ ИНТЕРЕСУЮЩУЮ ВАС ГРУППУ] делают для преодоления таких проблем? Например, действия на уровне семьи или совместные действия на уровне сообщества?» «Помогают ли эти действия в решении проблемы?»

Запишите ответ в табл. 3.2. Повторите вопрос для каждой из проблем, упомянутых в п. 1.2.

ТАБЛИЦА 3.2 СОВЛАДАНИЕ С ПРОБЛЕМАМИ		
Повторите для каждой проблемы, упомянутой в п. 1.2		
Проблемы психического здоровья и психосоциального статуса (перечисленные в п. 1.2)	Совладание с проблемами	Помогает ли данный метод в совладании с проблемой?
1.2.1	2.2.1	Да/Нет
1.2.2	2.2.2	Да/Нет
1.2.3	2.2.3	Да/Нет
1.2.4	2.2.4	Да/Нет
1.2.5	2.2.5	Да/Нет
1.2.6	2.2.6	Да/Нет
1.2.7	2.2.7	Да/Нет
1.2.8	2.2.8	Да/Нет
1.2.9	2.2.9	Да/Нет
1.2.10	2.2.10	Да/Нет

ИНСТРУМЕНТ 11**СОВМЕСТНАЯ ОЦЕНКА: СУЖДЕНИЯ ЧЛЕНОВ
СООБЩЕСТВА, ОЧЕНЬ ХОРОШО ЕГО ЗНАЮЩИХ²³**

Для чего используется этот инструмент: для изучения мнений местного населения в отношении проблем и путей совладания с ними с последующим представлением информации для принятия мер в области ОПЗПП

Метод: интервью с ключевыми информантами (индивидуальные или групповые)

Необходимое время: три дня на сбор данных (при том предположении, что интервьюер проводит по четыре интервью в день), три дня на анализ и отчетность

Необходимые людские ресурсы: один человек

Общие сведения

Данный инструмент особенно полезен как способ получения более глубокой информации после сбора предварительной информации (см. [инструмент 10](#)).

Этот инструмент включает вопросы для использования **интервью с ключевыми информантами или групповых интервью с членами сообщества**, которые, как считается, обладают глубоким знанием данного сообщества. Это могут быть члены комитета лагеря временного размещения перемещенных лиц, местный персонал, религиозные лидеры, традиционные знахари, лидеры женских объединений, акушерки, лидеры молодежных клубов, директора и учителя школ, советники и т. д. Можно также включить в этот перечень молодых людей.

Не используйте все вопросы из этого инструмента. Выберите те вопросы, которые актуальны для вас. Помните о распространенной ошибке, допускаемой в оценках: задается слишком много вопросов, которые затем не анализируются и не используются в отчетах или иным образом. Поэтому не задавайте больше вопросов, чем нужно. Интервью должно длиться не более часа. Если интервью занимает более часа, лучше, как правило, назначить вторую встречу для завершения интервью.

Адаптируя анкету под местный контекст, **не изменяйте** последовательность вопросов интервью (сначала спрашивайте о проблемах подгруппы данной популяции, потом о том, что члены этой подгруппы уже делают для решения проблемы, и, наконец, о том, какая дополнительная помощь может понадобиться).

Эти интервью могут проводиться с отдельными лицами или группами. Рекомендуется, однако, по возможности проводить индивидуальные интервью, потому что в группе ее члены могут влиять на ответы друг друга. Рекомендуется провести интервью минимум с 10–15 респондентами. Возможно, понадобится опросить больше 15 людей, если дополнительные интервью могут дать актуальную, новую информацию.

Для того чтобы пользоваться этим инструментом, вы должны иметь подготовку по общим методикам интервьюирования, актуальным для проведения полуструктурированных интервью в гуманитарных ситуациях, например методикам уточняющего опроса и предотвращения предвзятости. Не следует задавать очень деликатные вопросы, которые могут подвергнуть людей (интервьюируемого, интервьюера или других людей) опасности. В зависимости от контекста такие вопросы следует задавать только в индивидуальных интервью с ключевыми информантами (например, вопросы о людях, в отношении которых существует риск нарушения прав человека).

23 IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Participatory Assessment II: Perceptions by community members with in-depth knowledge of the community. // *IASC Reference Group Mental Health and Psychosocial Support Assessment Guide*, forthcoming. Данный инструмент воспроизведен здесь с разрешения Целевой группы МПК.

Помните, что могут быть очень актуальными интервью с народными/религиозными целителями о местном восприятии психического здоровья и имеющихся ресурсах. По запросу можно получить специальный инструмент с вопросами для таких интервью. Этот инструмент, в частности, актуален для реализации указанного в Руководящих принципах МПК Действия 6.4 по потенциальному сотрудничеству с народными целителями.

Информированное согласие

Перед тем как проводить какие-либо интервью, важно получить информированное согласие. Ниже приведен пример того, как это сделать.

Здравствуйте, меня зовут _____, и я работаю в _____. Мы работаем в _____ (район) с целью _____ (вид работы) в течение _____ (период). Мы проводим беседы с местными жителями, которые, как нам кажется, много знают о людях, пострадавших от этого [УКАЖИТЕ ГУМАНИТАРНЫЙ КРИЗИС, НАПРИМЕР НАВОДНЕНИЕ, ВЗРЫВ, ВООРУЖЕННЫЙ КОНФЛИКТ]. В этом интервью мы хотели бы спросить вас о различных проблемах, стоящих перед членами данного сообщества. Я хотел бы также спросить, как люди справляются с этими проблемами, и о том, нужна ли дополнительная помощь.

Наша цель – изучить ваши знания и опыт, чтобы мы могли оказать более эффективную помощь. Мы не можем сразу же обещать помощь в обмен на это интервью. Мы здесь *только* для того, чтобы задать вопросы и узнать о вашем опыте. Вы сами можете решить, принять участие или нет.

Если вы дадите согласие на интервью, я могу заверить вас, что вся информация останется анонимной, поэтому никто из посторонних не узнает о том, что вы нам рассказали. Мы не можем ничем вас вознаградить за участие в интервью, но мы искренне оценили бы затраченное вами время и ваши ответы. Есть ли у вас вопросы?

Согласны ли вы пройти интервью? 1. Да
2. Нет

А. ИСТОЧНИКИ ДИСТРЕССА

Сначала я хотел бы спросить вас о проблемах, существующих в вашем сообществе.

- Что, на взгляд людей в вашем сообществе, вызвало нынешний [УКАЖИТЕ ГУМАНИТАРНЫЙ КРИЗИС, НАПРИМЕР НАВОДНЕНИЕ, ВЗРЫВ, ВООРУЖЕННЫЙ КОНФЛИКТ]?
- Каковы, по мнению членов сообщества, ближайшие последствия этого [УКАЖИТЕ ГУМАНИТАРНЫЙ КРИЗИС, НАПРИМЕР НАВОДНЕНИЕ, ВЗРЫВ, ВООРУЖЕННЫЙ КОНФЛИКТ]?
- Каковы, по мнению членов сообщества, будут дальнейшие последствия этого [УКАЖИТЕ ГУМАНИТАРНЫЙ КРИЗИС, НАПРИМЕР НАВОДНЕНИЕ, ВЗРЫВ, ВООРУЖЕННЫЙ КОНФЛИКТ]?
- Повлиял ли [УКАЖИТЕ ГУМАНИТАРНЫЙ КРИЗИС, НАПРИМЕР НАВОДНЕНИЕ, ВЗРЫВ, ВООРУЖЕННЫЙ КОНФЛИКТ] на повседневную жизнь сообщества?
- Повлиял ли [УКАЖИТЕ ГУМАНИТАРНЫЙ КРИЗИС, НАПРИМЕР НАВОДНЕНИЕ, ВЗРЫВ, ВООРУЖЕННЫЙ КОНФЛИКТ] на источники существования людей, их деятельность/работу?
- Как люди пытаются восстановиться и оправиться от кризиса?

В. ГРУППЫ РИСКА

- Какие люди в вашем сообществе больше всех страдают от нынешнего кризиса... Кто еще?... и кто еще?

С. ХАРАКТЕР ДИСТРЕССА И ПОДДЕРЖКИ

С1. Теперь я хотел бы задать ряд вопросов о детях, находящихся в состоянии печали и дистресса. (Примечание: вы можете повторить этот вопрос отдельно для мальчиков и девочек и для разных возрастных групп, например дети до 6 лет, дети от 6 до 12 лет, подростки от 13 до 18 лет).

- Как постороннему распознать ребенка, который находится в состоянии печали и дистресса в результате [УКАЖИТЕ ГУМАНИТАРНЫЙ КРИЗИС, НАПРИМЕР НАВОДНЕНИЕ, ВЗРЫВ, ВООРУЖЕННЫЙ КОНФЛИКТ]?
 - a. Как выглядит такой ребенок?
 - b. Как он себя ведет?
 - c. Есть ли разные виды удрученного состояния? Каковы они?
 - d. Как увидеть разницу между [УКАЖИТЕ ОТВЕТЫ ИЗ С1]?
- Что в обычных обстоятельствах (до возникновения последней чрезвычайной ситуации) члены сообщества делали, чтобы вывести ребенка из состояния печали/дистресса?
- Что члены сообщества делают сейчас для облегчения состояния печали/дистресса у детей?
- Что еще делается в данный момент для оказания помощи детям в состоянии печали/ дистресса?
- Куда можно обратиться за помощью с детьми в состоянии печали/ дистресса?
- Чем еще можно было бы помочь детям, находящимся в состоянии печали/ дистресса?

С2. Теперь я хотел бы задать ряд вопросов о женщинах, находящихся в состоянии печали/ дистресса.

- Как постороннему распознать женщину, которая находится в состоянии печали/дистресса в результате [УКАЖИТЕ ГУМАНИТАРНЫЙ КРИЗИС, НАПРИМЕР НАВОДНЕНИЕ, ВЗРЫВ, ВООРУЖЕННЫЙ КОНФЛИКТ]?
 - a. Как она выглядит?
 - b. Как она себя ведет?
 - c. Есть ли разные виды удрученного состояния? Каковы они?
 - d. Как увидеть разницу между [УКАЖИТЕ ОТВЕТ ИЗ С2]?
- Что в обычных обстоятельствах (до возникновения последней чрезвычайной ситуации) члены сообщества обычно делали для облегчения состояния печали и дистресса у женщин?
- Что члены сообщества делают сейчас для облегчения состояния печали/ дистресса у женщин?
- Что еще делается в данный момент для оказания помощи таким женщинам?
- Куда обращаются за помощью женщины, находящиеся в состоянии печали/ дистресса?
- Чем еще можно было бы помочь женщинам, находящимся в состоянии печали/дистресса?

С3. Теперь я хотел бы задать ряд вопросов о мужчинах, находящихся в состоянии печали/ дистресса.

- Как постороннему распознать мужчину, который находится в состоянии печали/дистресса в результате [УКАЖИТЕ ГУМАНИТАРНЫЙ КРИЗИС, НАПРИМЕР НАВОДНЕНИЕ, ВЗРЫВ, ВООРУЖЕННЫЙ КОНФЛИКТ]?
 - a. Как он выглядит?
 - b. Как он себя ведет?
 - c. Есть ли разные виды удрученного состояния? Каковы они?
 - d. Как увидеть разницу между [УКАЖИТЕ ОТВЕТ ИЗ С2]?
- Что в обычных обстоятельствах (до возникновения последней чрезвычайной ситуации) члены сообщества обычно делали для облегчения состояния печали/дистресса у мужчин?
- Что члены сообщества делают сейчас для облегчения состояния печали/ дистресса у мужчин?
- Что еще делается в данный момент для оказания помощи мужчинам в состоянии печали/дистресса?
- Куда обращаются за помощью мужчины, находящиеся в состоянии печали и дистресса?
- Чем еще можно было бы помочь мужчинам, находящимся в состоянии печали и дистресса?

С4. Теперь я также хотел бы спросить вас о том, что происходит, когда в вашем сообществе кто-либо умирает.

- Когда кто-нибудь в сообществе умирает, как семья и друзья выражают свое горе?
 - a. Что нужно сделать в первую очередь? Почему?
 - b. Как другие члены семьи / друзья / члены сообщества выражают поддержку?
 - c. Что происходит с телом?
 - d. Что еще делается?
 - e. Как долго продолжается траур?
 - f. Что происходит, если тело невозможно найти/опознать?
- Что происходит, если описанный вами процесс (например, похороны) нельзя осуществить?
- Что члены сообщества в настоящее время делают друг для друга, чтобы помочь людям, переживающим утрату друзей и близких?
- Что еще делается в настоящее время для оказания помощи людям, переживающим утрату друзей и близких?
- Куда люди, переживающие утрату, обращаются за помощью?
- Что еще можно было бы сделать для оказания помощи людям, переживающим утрату друзей и близких?

C5. Во всех сообществах есть люди с психическими расстройствами. Могу ли я спросить о них? (КОММЕНТАРИЙ: выражение «психические расстройства», возможно, будет непонятно. В случае необходимости используйте соответствующий, понятный синоним.)

- Есть ли в вашем сообществе люди с психическими расстройствами?
- С какими проблемами они сталкиваются?
- Каково общее отношение жителей к людям с психическими расстройствами? Как они обращаются с такими людьми?
- Что в обычных обстоятельствах (до возникновения последней чрезвычайной ситуации) члены сообщества обычно делали для оказания помощи людям с психическими расстройствами?
- Что члены сообщества делают сейчас для оказания помощи людям с психическими расстройствами?
- Что еще делается в настоящее время для оказания помощи людям с психическими расстройствами?
- Куда люди с психическими расстройствами обращаются за помощью?
- Что еще можно было бы сделать для оказания помощи людям с психическими расстройствами?

C6. В большинстве сообществ есть люди (мужчины, женщины и дети), которые подверглись изнасилованию или другим формам сексуального насилия. Могу ли я спросить о них? (КОММЕНТАРИЙ: дополнительные вопросы можно построить так, чтобы заменить слова «изнасилованы или подверглись сексуальным насилию» словами «подверглись пыткам» или другими уместными словами, означающими другое потенциально травматическое событие.)

- С какими проблемами может столкнуться жертва изнасилования?
- Каково общее отношение жителей к жертвам изнасилования? Как они обращаются с такими людьми?
- Что в обычных обстоятельствах (до возникновения последней чрезвычайной ситуации) члены сообщества обычно делали для оказания помощи жертвам изнасилования?
- Что члены сообщества делают сейчас для оказания помощи жертвам изнасилования?
- Что еще делается в настоящее время для оказания помощи жертвам изнасилования?
- Куда могут обратиться за помощью жертвы изнасилования?
- Что еще можно было бы сделать для оказания помощи жертвам изнасилования?

C7. В большинстве сообществ есть люди, испытывающие проблемы с алкоголем. Могу ли я спросить о них? (КОММЕНТАРИЙ: в зависимости от контекста приведенные ниже вопросы, возможно, нужно будет задать также – или только – о наркотиках.)²⁴

- Если человек часто употребляет алкоголь в больших дозах, какие проблемы это может повлечь для семьи или сообщества?
- Если человек часто употребляет алкоголь в больших дозах, какие проблемы это может повлечь для него самого?
- Каково общее отношение жителей к людям, часто употребляющим алкоголь в больших дозах? Как они обращаются с такими людьми?
- Что в обычных обстоятельствах (до возникновения последней чрезвычайной ситуации) члены сообщества обычно делали для снижения остроты проблем, вызванных алкоголем?
- Что члены сообщества делают в настоящее время для снижения остроты таких проблем?
- Что еще делается в настоящее время для решения этих проблем?
- Куда люди обращаются за помощью при таких проблемах?
- Что еще можно было бы сделать для снижения остроты этих проблем?

24 Более углубленный инструмент в отношении употребления алкоголя и наркотиков приведен в публикации UNHCR & WHO (2008) *Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide*. Geneva: UNHCR.

ИНСТРУМЕНТ 12**СОВМЕСТНАЯ ОЦЕНКА: СУЖДЕНИЯ ТЯЖЕЛО ПОСТРАДАВШИХ ЛЮДЕЙ²⁵**

Для чего используется этот инструмент: для изучения мнений местного населения в отношении проблем и путей совладания с ними с последующим представлением информации для принятия мер в области ОПЗПП

Метод: интервью с тяжело пострадавшими людьми (свободное перечисление с последующими вопросами)

Необходимое время: от трех до пяти дней

Необходимые людские ресурсы: два человека

Общие сведения

Данный инструмент содержит вопросы для использования в интервью с людьми, тяжело пострадавшими от гуманитарного кризиса, например в результате непосредственно полученной серьезной травмы или потери близких.

Этот инструмент полезен как способ получения углубленной информации после получения предварительной информации в ходе составления обзора имеющихся данных (см. [инструмент 9](#)), интервью с рядовыми членами сообщества (см. [инструмент 10](#)) или интервью с членами сообщества, очень хорошо его знающими (см. [инструмент 11](#)). Этот инструмент можно использовать для триангуляции данных (т. е. сопоставления информации, полученной из разных источников).

Первый вопрос данного инструмента предполагает свободное перечисление. При свободном перечислении человека просят дать как можно больше ответов на один вопрос. Вопрос может быть ориентирован на широкий спектр тем. Например, людей можно попросить перечислить виды проблем, стоящих перед ними, их действия при возникновении проблем, места, в которые они обращаются за помощью, и так далее.

В описанном ниже примере инструмента вы с помощью свободного перечисления спрашиваете респондентов о том, какие у них существуют проблемы. Затем вы выбираете интересующий вас вид проблем (т. е. проблемы психического здоровья и психосоциального статуса) для более детальной оценки необходимой поддержки и мер по совладанию с проблемами.

Такие интервью можно проводить как при работе с отдельными лицами, так и при работе с группами. При этом, однако, рекомендуется применять их именно при работе с отдельными лицами, где это осуществимо, потому что в группе люди могут влиять на ответы друг друга. Рекомендуется провести интервью минимум с 10–15 респондентами. Возможно, понадобится опросить больше 15 людей, если дополнительные интервью могут дать актуальную, новую информацию.

Для того чтобы пользоваться этим инструментом, вы должны иметь подготовку по общим методикам интервьюирования, актуальным для проведения полуструктурированных интервью в гуманитарных ситуациях, например методикам уточняющего опроса и предотвращения предвзятости.

Не следует задавать деликатные вопросы, которые могут подвергнуть людей (интервьюируемого, интервьюера или других людей) опасности. В зависимости от контекста такие вопросы следует задавать только в индивидуальных интервью с ключевыми информантами (например, вопросы о людях, в отношении которых существует риск нарушения прав человека).

25 Предлагаемый источник: Всемирная организация здравоохранения и Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев. Совместная оценка: суждения тяжело пострадавших людей. // *Оценка потребностей и ресурсов в области охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки. Инструментарий для гуманитарных ситуаций.* Женева, ВОЗ, 2013.

Некоторые вопросы содержат наводящие подсказки; их следует использовать только при необходимости (т. е. когда респондент испытывает явные затруднения с ответом). Использовать дословно все наводящие вопросы один за другим **необязательно**; они должны служить примерами, стимулирующими более полные ответы.

Дистресс

Воспоминания о насилии и других травмирующих событиях могут вызывать у людей состояние дистресса. Не следует расспрашивать о подробностях таких событий. Данный инструмент полностью структурирован и специально построен так, чтобы не задавать вопросы о деталях. Если респондент выражает желание поговорить об этих событиях, вам следует позволить это сделать в определенном объеме, но о деталях спрашивать не нужно. Вы должны быть терпеливы и демонстрировать внимание.

Респондент имеет право в любой момент прекратить интервью. Если он просит прервать беседу, это следует немедленно сделать. Человек не обязан указывать причину, по которой он хочет прекратить интервью. Можно продолжить задавать вопросы, если респондент лишь немного взволнован и согласен осторожно продолжать интервью. Если же тема интервью его сильно расстроила, вы должны закрыть буклет для проведения интервью и помолчать, пока респондент не успокоится. Затем можно сказать: «Кажется, вы очень расстроены. Будем ли мы продолжать интервью или лучше на этом закончить?». По окончании интервью такого респондента следует направить к наилучшему из имеющихся работников службы охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки и проинформировать руководителя вашей оценочной группы. Перед первым интервью вам следует получить перечень организаций, оказывающих поддержку, который вы можете давать респондентам.

Информированное согласие

Здравствуйте, меня зовут ____ и я работаю в _____. Мы работаем в ____ (район) с целью ____ (вид работы) в течение ____ (период). Мы проводим беседы с местными жителями. Мы хотели бы поговорить с вами о том, с какими проблемами вы столкнулись в результате гуманитарной ситуации и как вы пытались с ними справиться.

Наша цель – изучить ваши знания и опыт, чтобы мы могли оказать более эффективную помощь. Мы не можем сразу же обещать помощь в обмен на это интервью. Мы здесь *только* для того, чтобы задать вопросы и узнать о вашем опыте. Вы сами можете решить, принять участие или нет. Мы используем вашу информацию для принятия решения о том, как следует наилучшим образом поддерживать людей в аналогичных ситуациях.

Если вы дадите согласие на интервью, я могу заверить вас, что вся информация останется анонимной, поэтому никто из посторонних не узнает о том, что вы нам рассказали. Мы не можем ничем вас вознаградить за участие в интервью, но мы искренне оценили бы затраченное вами время и ваши ответы. Есть ли у вас вопросы?

Согласны ли вы пройти интервью? 1. Да
2. Нет

1. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ ДИСТРЕСС

Можете ли вы перечислить проблемы, с которыми вы столкнулись в результате гуманитарной ситуации?

[ЕСЛИ ЧЕЛОВЕК ПЕРЕСТАЛ ПЕРЕЧИСЛЯТЬ ПРОБЛЕМЫ, ВЫ МОЖЕТЕ ЗАДАТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ВОПРОС] Какие еще трудности вы испытываете в данный момент из-за гуманитарной ситуации?

[ЕСЛИ ЧЕЛОВЕК ОПЯТЬ ПЕРЕСТАЛ ПЕРЕЧИСЛЯТЬ ПРОБЛЕМЫ, ЗАДАЙТЕ ПОВТОРНЫЙ ВОПРОС] А еще? Какие еще проблемы стоят перед вами из-за гуманитарной ситуации?

1.1

1.2

1.3

1.4

1.5

1.6

1.7

1.8

1.9

1.10

1.11

1.12

1.13

1.14

1.15

Задавайте дальнейшие наводящие вопросы о психологических проблемах и проблемах взаимоотношений, если интервьюируемый не перечислил все проблемы психического здоровья или социальные проблемы.

- Испытываете ли вы проблемы в отношениях с другими людьми? Если «да», то какого типа? [ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ЗАДАВАЙТЕ ДАЛЬНЕЙШИЕ НАВОДЯЩИЕ ВОПРОСЫ. Например, стигматизируют ли вас другие люди или не оказывают вам поддержку? Вы не участвуете в жизни сообщества так, как вам хотелось бы?]
- Испытываете ли вы проблемы с чувствами? Если «да», то какого типа? [ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ЗАДАВАЙТЕ ДАЛЬНЕЙШИЕ НАВОДЯЩИЕ ВОПРОСЫ. Например, чувствуете ли вы печаль, гнев, страх?]
- Испытываете ли вы проблемы с мыслями? Если «да», то какого типа? [ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ЗАДАВАЙТЕ ДАЛЬНЕЙШИЕ НАВОДЯЩИЕ ВОПРОСЫ. Например, вам трудно сконцентрироваться, вы все время думаете или постоянно забываете что-либо?]
- Испытываете ли вы проблемы с поведением? Если «да», то какого типа? [ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ЗАДАВАЙТЕ ДАЛЬНЕЙШИЕ НАВОДЯЩИЕ ВОПРОСЫ. Например, совершаете ли вы какие-либо поступки в гневе; делаете ли вы вещи, которые другие люди находят странными?]

2. СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА И СОВЛАДАНИЕ С ПРОБЛЕМАМИ (КОПИНГ)

Меня особенно интересуют [УКАЖИТЕ ИНТЕРЕСУЮЩИЕ ВАС ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ИЗ УПОМЯНУТЫХ ВЫШЕ].

[ПО КАЖДОЙ ИНТЕРЕСУЮЩЕЙ ВАС ПРОБЛЕМЕ ЗАДАЙТЕ СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ]

2.1 Можете ли вы сказать мне, как [УКАЖИТЕ ПРОБЛЕМУ] влияет на вашу повседневную жизнь?

2.2 Пытались ли вы найти поддержку в решении этой проблемы?

2.3 Можете ли вы описать, как вы пытались справиться с этой проблемой? Что вы сделали в первую очередь? А что потом?

2.4 Получили ли вы поддержку от других людей в решении этой проблемы?

2.5 Кто оказал вам поддержку?

2.6 Какой вид поддержки вы получили?

2.7 В какой мере это помогло в решении проблемы?

2.8 Считаете ли вы, что вам нужна дополнительная поддержка по этой проблеме?

Библиография

Процитированные публикации

Breslau N, Alvarado GF. The clinical significance criterion in DSM-IV post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine* 2007;37:1437-44.

Bolton P, Betancourt TS. Mental health in postwar Afghanistan. *JAMA*, 2004;292: 626-8.

Horwitz AV. Transforming normality into pathology: the DSM and the outcomes of stressful social arrangements. *Journal of Health and Social Behavior*. 2007;48: 211-22.

Rodin D, van Ommeren M. Explaining enormous variations in rates of disorder in trauma-focused psychiatric epidemiology after major emergencies. *International Journal of Epidemiology*. 2009;38:1045-8.

Semrau M, van Ommeren M, Blagescu M, Griekspoor A, Howard LM, Jordans M, Lempp H, Marini A, Pedersen J, Pilotte I, Slade M, Thornicroft G. The Development and Psychometric Properties of the Humanitarian Emergency Settings Perceived Needs (HESPER) Scale. *Am J Public Health*. 2012; 102(10):e55-e63.

Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant R, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 2009;302:537-49.

WHO (2005) *Mental Health Assistance to the Populations Affected by the Tsunami in Asia*. WHO: Geneva.

WHO (in press). *Building back better: Sustainable mental health care after disaster*. Geneva: WHO.

Программные документы

Всемирная организация здравоохранения. Психическое здоровье в чрезвычайных ситуациях. Психические и социальные аспекты здоровья людей в ситуациях, сопряженных с воздействием чрезвычайного стресса. Женева, 2003. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mental_health_emergencies_russian.pdf

Проект «Сфера». *Гуманитарная хартия и минимальные стандарты, применяемые при оказании гуманитарной помощи*. Проект «Сфера», 2011. <http://www.sphereproject.org>

Inter-Agency Standing Committee (IASC). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC, 2007. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/downloadDoc.aspx?docid=4445&ref=4>

IASC Global Health Cluster. *Health Cluster Guide: A practical guide for country-level implementation of the Health Cluster*. Geneva: WHO, 2009. http://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/en/index.html

IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know?* Geneva, 2010. http://www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know.pdf

Этические руководящие принципы

World Health Organization. *WHO ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies*. Geneva, WHO, 2007. http://www.who.int/gender/documents/OMS_Ethics&Safety10Aug07.pdf

Сбор существующих данных о системах охраны психического здоровья

IASC Global Health Cluster: *Health Resources Availability Mapping (HeRAMS)*. Geneva: WHO, 2010. http://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/tools/en/index.html

United Nations High Commission for Refugees. *Health Information System (H.I.S.)*. Geneva, 2009. <http://www.unhcr.org/pages/4a30c06f6.html>

World Health Organization. *Mental Health Atlas 2011*. Geneva: WHO, 2011. <http://www.who.int/globalatlas/default.asp>

World Health Organization. *World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems 2.2 (WHO-AIMS)* Geneva: WHO, 2005. http://www.who.int/entity/mental_health/evidence/AIMS_WHO_2_2.pdf. Неофициальный перевод на русский яз.: ИОСПЗ-ВОЗ, Инструмент оценки систем психического здоровья (http://www.who.int/entity/mental_health/evidence/WHO_AIMS_Russian.pdf)

World Health Organization. *WHO-AIMS Country Reports*. Geneva: WHO, 2006-2012. http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/en/index.html

Полевые руководства с пояснениями методологии оценки

Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action. *Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: a Handbook for Practitioners. Assessments (Chapter 3)* London: Overseas Development Institute, 2003. http://www.alnap.org/pool/files/gs_handbook.pdf

Ager A, Stark L, Potts A, *Participative Ranking Methodology: A Brief Guide (Version 1.1, February 2010)*. Program on Forced Migration & Health, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, 2010. <http://resources.cpclearningnetwork.org/>

Applied Mental Health Research Group. *Design, implementation, monitoring, and evaluation of crosscultural mental health and psychosocial assistance programs: a user's manual for researchers and program implementers (adult version)*. Baltimore: Centre for Refugee and Disaster Response, Johns Hopkins University School of Public Health, in press.

Galvan JL. *Writing Literature Reviews: a Guide for Students of the Social and Behavioral and Sciences – Fourth Edition*. Pyczak Publishing, 2009.

Health, Nutrition and WASH cluster. *Initial Rapid Assessment (IRA)* (including guidance notes) (draft). Geneva, 2009. http://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/tools/en/index.html

IASC. *The Multi Cluster/Sector Rapid Assessment (MIRA) (provisional version)*. IASC: Geneva, 2012. [ochanet.unocha.org/p/Documents/mira_final_version2012.pdf](http://www.who.int/hac/global_health_cluster/p/Documents/mira_final_version2012.pdf)

IASC Needs Assessment Task Force. *Operational Guidance for Coordinated Assessments in Humanitarian Crises (Provisional Version February 2011)*, 2011. <http://oneresponse.info/resources/NeedsAssessment/publicdocuments/Forms/AllItems.aspx>

UNHCR, WHO. *Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide*. UNHCR: Geneva, 2008. http://www.who.int/mental_health/emergencies/unhcr_alc_rapid_assessment.pdf

WHO. *QualityRights Toolkit: Assessing and Improve Quality and Human Rights in Mental Health and Social Care Facilities*. WHO, Geneva, 2012.

Примеры оценок

Bass J, Poudyal B, Bolton P. *An Assessment of the Impact of a Problem-Solving Counseling For Torture-Affected Adults in Aceh, Indonesia*, 2008. Available from: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADU526.pdf

Bolton P. *Qualitative Assessment of Persons affected by torture and related violence in Suleimaniyah Governate, Kurdistan, Iraq*, 2008. Available from: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP471.pdf

Bolton P, Murray L, Kippen S, Bass J. *Assessment of Urban Street Children and Children living in Government Institutions in Georgia: Development and Testing of a Locally-Adapted Psychosocial Assessment Instrument*, 2007. Available from: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADK676.pdf

HealthNet TPO. *Psychosocial and Mental Health Needs Assessment in Uruzgan, Afghanistan*. Amsterdam: HealthNet TPO, 2009. Available from wietse.tol@yale.edu

International Medical Corps. *IMC Libya Mental Health and Psychosocial Support Assessment Report*, 2011. Available from iweissbecker@InternationalMedicalCorps.org

International Medical Corps. *Displaced Syrians in Za'atari Camp: Rapid Mental Health and Psychosocial Support Assessment: Analysis and Interpretations of Findings*, 2012. Available from iweissbecker@InternationalMedicalCorps.org

Morgan J, Behrendt A. *Silent Suffering: the Psychosocial Impact of War, HIV and other high-risk situations on girls and boys in West and Central Africa*. Working, UK: Plan, 2009. http://www.humansecuritygateway.info/documents/PLANINTL_SilentSuffering_PsychologicalImpactWar_HIV_GirlsBoys_WestCentralAfrica.pdf

Silove D, Manicavasagar V, Baker K, Mausiri M, Soares M, de Carvalho F, Soares A, Fonseca Amiral Z.). Indices of social risk among first attenders of an emergency mental health service in post-conflict East Timor: an exploratory investigation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2004;38:929-932. http://www.who.int/mental_health/emergencies/silove_indices_of_social_risk.pdf

UNICEF. *The Psychosocial Needs Assessment of Children, Adolescents and Families Affected by the Armed Conflict in Saada Governate*. Yemen: UNICEF, 2007. Available from Almagrami@yahoo.com

WHO. *Five-year mental health plan for northeast Sri Lanka*, 2003. Available from vanommerenm@who.int

WHO/PAHO. *Culture and Mental Health in Haiti: A Literature Review*. Geneva: WHO, 2010. http://www.who.int/mental_health/emergencies/culture_mental_health_haiti_eng.pdf



Сирия/УВКБ ООН/В. Diab/2010



Демократическая Республика Конго (ДРК) / Лагерь для ВПЛ Мугунга-3 вблизи Гомы / УВКБ ООН/S.Schulman/Ноябрь 2010

Краткая памятка для выбора инструментов

№ инструмента	Название	Методика	Цели применения	Стр.
Для координации и информационно-разъяснительной деятельности (адвокации)				
1	Кто, где, когда и что делает (4W – Who, Where, When, What) в области охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки (ОПЗПП): основные положения руководства с кодами деятельности	Интервью с руководителями программ организаций	Для координации, посредством систематического описания (инвентаризации) имеющихся путей и средств охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки	32
2	Анкета ВОЗ – УВКБ ООН для оценки серьезных симптомов в гуманитарных ситуациях (WASSS)	Часть обследования домохозяйств в сообществе (репрезентативная выборка)	Для информационно-разъяснительной деятельности путем демонстрации наличия проблем психического здоровья в сообществе	36
3	Шкала воспринимаемых потребностей для чрезвычайных гуманитарных ситуаций (HESPER)	Часть обследования домохозяйств в сообществе (репрезентативная выборка). В исключительных случаях (в острых, масштабных чрезвычайных ситуациях) обследование «удобной» выборки	Для обоснования ответных мер путем сбора данных о масштабах физических, социальных и психологических потребностей по субъективным восприятиям членов сообщества	43
Для ОПЗПП через службы здравоохранения				
4	Контрольный перечень для посещения стационарных учреждений в чрезвычайных гуманитарных ситуациях	Посещения учреждений, интервью с персоналом и пациентами	Для защиты людей с ограниченными психическими или неврологическими возможностями, проживающих в специализированных учреждениях, и оказания им помощи	45
5	Контрольный перечень для интеграции охраны психического здоровья в первичную медицинскую помощь (ПМСП) в гуманитарных ситуациях	Посещения учреждений, интервью с руководителями программ ПМСП и персоналом	Для планирования мер охраны психического здоровья в учреждениях ПМСП	50
6	Нейропсихиатрический компонент информационной системы здравоохранения (ИСЗ)	Клиническая эпидемиология с использованием ИСЗ	Для адвокации и для планирования и мониторинга мер охраны психического здоровья в учреждениях ПМСП	56
7	Шаблон для оценки формальных ресурсов системы охраны психического здоровья в гуманитарных ситуациях	Изучение документов, интервью с руководителями служб	Для планирования (раннего) восстановления/реконструкции на основе анализа формальных ресурсов региональной/ национальной системы охраны психического здоровья	59

№ инстру-мента	Название	Методика	Цели применения	Стр.
Для ОПЗПП в рамках деятельности различных секторов, в том числе на основе поддержки на уровне местных сообществ				
8	Контрольный перечень по получению информации общего характера (не касающейся конкретно ОПЗПП) от головных учреждений по секторам	Изучение имеющихся документов	Для консолидации уже известной информации общего характера (не касающейся конкретно ОПЗПП) о текущей чрезвычайной гуманитарной ситуации (во избежание сбора дополнительных данных о том, что уже известно)	63
9	Шаблон для составления обзора имеющейся информации, актуальной для охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки в регионе/стране	Обзор литературы	Для консолидации той информации о данном регионе/стране в плане ОПЗПП, которая уже была известна до текущей чрезвычайной гуманитарной ситуации (во избежание дублирования в сборе данных)	65
10	Совместная оценка: суждения рядовых членов сообщества	Интервью с рядовыми членами сообщества (свободное перечисление с последующими вопросами)	Для изучения мнений местного населения в отношении проблем и путей совладания с ними с последующим представлением информации для принятия мер в области ОПЗПП	68
11	Совместная оценка: суждения членов сообщества, очень хорошо его знающих	Индивидуальные или групповые интервью с ключевыми информантами		75
12	Совместная оценка: суждения тяжело пострадавших людей	Интервью с тяжело пострадавшими людьми (свободное перечисление с последующими вопросами)		79

Примечание: ОПЗПП означает «охрана психического здоровья и психосоциальная поддержка»

ISBN 978 92 4 454853 0



9 789244 548530