Тема 15. Громадські, міжнародні та волонтерські організації. Дистанційні й мобільні форми допомоги

План лекції

15.1. Міжнародні й громадські організації в системі психосоціальної підтримки та координація їхньої діяльності

15.2. Мобільні групи, телефон довіри й гаряча лінія, онлайн-консультування: організація, безпека, обмеження

15.3. Волонтери-немедики як перші відповідачі, етичні ризики та критерії якості й безпеки проєктів

Література: [2, 6, 10, 18, 19]

15.1. Міжнародні й громадські організації в системі психосоціальної підтримки та координація їхньої діяльності

Система психосоціальної підтримки в умовах кризи охоплює державні, громадські, міжнародні, релігійні й волонтерські організації. Міжнародні організації (структури Організації Об'єднаних Націй, Всесвітня організація охорони здоров'я, Міжнародний комітет Червоного Хреста, неурядові організації) надають технічну підтримку, фінансування, навчання й стандарти. Громадські організації забезпечують доступність, гнучкість, знання місцевого контексту й довіру громад. Державні структури відповідають за політику, регулювання, фінансування й гарантії якості [2; 6; 19].

Міжвідомчі настанови з психічного здоров'я й психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях визначають багаторівневу піраміду допомоги: базові послуги й безпека, підтримка громади й родини, цільова неспеціалізована допомога, спеціалізовані послуги. Вони формулюють принципи: права людини й рівність, участь, непричинення шкоди, використання наявних ресурсів і

потенціалів, інтегровані підтримувальні системи, багаторівневі втручання. Ці настанови слугують основою координації діяльності учасників.

Координація діяльності потрібна для запобігання дублюванню послуг, прогалинам у допомозі, суперечливим повідомленням, конкуренції за ресурси. Основні механізми: кластерна система координації (підгрупа з психічного здоров'я й психосоціальної підтримки), карти послуг («хто, що, де»), єдина система направлень, спільні стандарти, регулярні наради, обмін даними з дотриманням конфіденційності, залучення державних органів і громад до рішень. Українські дослідники зазначають потребу в інтеграції діяльності в систему державної політики психічного здоров'я [18; 19].

Принципи співпраці з міжнародними партнерами: узгодження зі стратегією й пріоритетами держави, адаптація підходів до культурного контексту, розвиток місцевих спроможностей (навчання, супервізія), стале фінансування (не лише проєктне), прозорість звітності, залучення людей із живим досвідом до планування. Ризики: дублювання, надмірна залежність від зовнішнього фінансування, нерівномірність охоплення, «проєктна» логіка замість довготривалої, відтік фахівців із державних служб до міжнародних організацій.

Психологічна служба громади виконує координаційну роль: ведення переліку послуг, організація обміну досвідом, залучення партнерів до планів реагування, оцінка потреб, інформування населення. Єдина точка входу (центр, лінія) полегшує доступ клієнтам, а система направлень пов'язує рівні допомоги.

15.2. Мобільні групи, телефон довіри й гаряча лінія, онлайн-консультування: організація, безпека, обмеження

Мобільні психологічні групи забезпечують допомогу в місцях, де стаціонарні послуги недоступні: у віддалених громадах, пунктах тимчасового розміщення, прифронтових територіях, місцях подій. Склад групи: психологи, соціальні працівники, за потреби лікар-психіатр, юрист; транспорт і

обладнання; план виїздів; система направлення. Функції: оцінка потреб, перша психологічна допомога, консультування, групові заходи, психоосвіта, інформування про послуги, залучення місцевих ресурсів. Безпека членів групи, супервізія й планування ротації є обов'язковими умовами [6].

Телефон довіри й гаряча лінія – форми допомоги з низьким порогом доступу: анонімність, доступність, незалежність від місця. Лінії поділяють на загальні (емоційна підтримка), кризові (суїцидальний ризик, насильство), спеціалізовані (для військових, ветеранів, родин, дітей, постраждалих від насильства). Принципи: підготовка операторів (активне слухання, оцінка ризику, алгоритми дій), протокол для екстрених випадків (суїцидальний намір, насильство, небезпека життю), конфіденційність і її межі, супервізія операторів, облік звернень без розкриття особистих даних, система направлення до очної допомоги.

Оцінка суїцидального ризику під час дзвінка охоплює прямі запитання про думки, наміри, план і засоби, оцінку захисних чинників, спільне складання плану безпеки й домовленості про наступні контакти; за високого ризику активують екстрені служби за встановленою процедурою. Структуровані шкали ризику, адаптовані до телефонного формату, допомагають оператору діяти послідовно й документувати оцінку.

Онлайн-консультування (чат, відео, месенджери) розширює доступ для ВПО, біженців, мешканців віддалених і окупованих територій, військових. Переваги: доступність, зручність, анонімність, економія часу; обмеження: технічні проблеми, обмежений доступ до невербальних сигналів, ризик порушення конфіденційності, складність у кризових ситуаціях, що потребують очної присутності. Вимоги до безпеки: захищені платформи, інформована згода із зазначенням меж, перевірка ідентичності й місця перебування клієнта (на випадок кризи), резервний план зв'язку, правила поведінки, захист записів. Для дітей і осіб із тяжкими розладами онлайн-формат використовують обережно.

Скринінг і оцінка в дистанційному форматі використовують стандартизовані самозвітні шкали (депресія, тривога, посттравматичні симптоми, суїцидальний ризик), які клієнт заповнює онлайн; результати автоматично або з участю фахівця сприяють сортуванню звернень за терміновістю. Результат скринінгу не є діагнозом і потребує очної оцінки за високих показників.

Цифрові інтервенції (мобільні застосунки, навчальні програми, чат-боти) доповнюють допомогу: психоосвіта, самодопомога, відстеження настрою, навчання навичкам регуляції. Їхня ефективність залежить від якості змісту, залученості користувача й можливості підключення до фахівця за потреби. Необхідні етичні вимоги: прозорість щодо можливостей і меж, захист даних, відсутність обіцянок лікування, чіткі шляхи допомоги в кризі.

15.3. Волонтери-немедики як перші відповідачі, етичні ризики та критерії якості й безпеки проєктів

Волонтери-немедики відіграють значну роль у воєнний час: вони першими реагують на потреби людей, надають емоційну підтримку, допомагають в евакуації, розподілі допомоги, організації простору. Підготовлені волонтери здатні надавати першу психологічну допомогу, виявляти осіб у кризі, передавати їх фахівцям. Їхня участь розширює охоплення й знижує бар’єри звернення, однак потребує навчання, організації й супервізії [6].

Етичні ризики волонтерської допомоги: перевищення компетентності (спроби «лікувати» травму без підготовки), порушення конфіденційності, нав’язування власних уявлень чи релігійних переконань, створення залежності, неспроможність розпізнати серйозні стани, розмивання меж, власне вигорання, вторинна травматизація. Профілактика: вичерпний інструктаж, обмежене коло завдань, письмові правила, супервізор, обов’язкова система направлення, регулярне обговорення випадків і турбота про самих волонтерів.

Навчання волонтерів охоплює: принципи першої психологічної допомоги, розпізнавання ознак кризи, комунікацію з людьми в горі, дії у випадках суїцидальних висловлювань, межі ролі, конфіденційність, самодопомогу; практичні заняття з рольових ситуацій; оцінку набутих навичок. Підготовка відбувається перед залученням, а не після першої скарги; повторні навчання підтримують якість.

Критерії якості й безпеки проєктів психосоціальної підтримки: узгодженість із потребами й стандартами; зрозумілі цілі, показники й методи оцінювання; кваліфікований персонал і супервізія; політика захисту від шкоди (включно із захистом дітей і недопущенням сексуальної експлуатації й насильства з боку персоналу); конфіденційність і безпека даних; система скарг і зворотного зв’язку; недопущення використання клієнтів для збору коштів чи реклами; прозорість фінансування; врахування культури й мови.

Недоцільні або ризиковані практики: одноразові масові «розбори» після подій, навіть за добрих намірів, що не мають підтвердженої користі; примушування до розповідей про травму; надання діагнозів без повноважень; фото- і відеофіксація постраждалих без згоди; використання страждань людей у рекламних цілях; експозиційні практики без підготовки й супервізії; конкуренція між організаціями за доступ до постраждалих.

Взаємодія волонтерів і фахівців потребує чіткої системи направлень: волонтери виявляють потреби й передають випадки психологам, соціальним працівникам, лікарям; фахівці забезпечують супервізію, навчання, консультування волонтерів. Для підтримки волонтерів організовують регулярні зустрічі, обмін досвідом, відпочинок, визнання внеску. Інститут волонтерства стає частиною системи психосоціальної підтримки, а не альтернативою їй [2].

Моніторинг проєктів охоплює збір показників процесу (кількість заходів, охоплення, час реагування), результату (зміни у стані й функціонуванні клієнтів за шкалами), якості (задоволеність, якість документування), безпеки (інциденти, скарги). Дані використовують для навчання, звітності перед

донорами й партнерами, коригування проєктів і ухвалення рішень про припинення неефективних практик [18; 19].

Показники роботи лінії допомоги й перелік оцінки якості розмови. Операційні показники телефонної лінії: частка прийнятих дзвінків (прийняті до отриманих), середній час очікування відповіді, частка втрачених дзвінків (абонент поклав слухавку до відповіді), середня тривалість розмови, кількість повторних звернень, частка звернень із високим суїцидальним ризиком і кількість активованих екстрених служб. Якість вимірюють також оцінкою розмов за переліком і зворотним зв'язком абонентів (за згодою).

Перелік оцінки якості розмови: привітання й представлення; активне слухання (перефразування, відображення почуттів); оцінка безпеки й ризику; дотримання протоколу в разі суїцидальних чи насильницьких тем; відсутність осуду й повчальних порад; чітка інформація про послуги; план наступних кроків; завершення з підтримкою; запис без розкриття особистих даних. Оцінювач – супервізор, який слухає записані за згодою розмови або спостерігає за роботою оператора.

Мінімальні вимоги до підготовки оператора: курс першої психологічної допомоги, оцінка суїцидального ризику, дії в разі насильства й загрози життю, етика й конфіденційність, відомості про місцеві служби, самодопомога; практика рольових ситуацій; наставництво; супервізія щонайменше раз на тиждень на початку роботи. Оператори з власним травматичним досвідом потребують додаткової підтримки.

Дистанційна допомога обмежена, коли людина в безпосередній небезпеці, перебуває в психотичному стані, не має приватності, не користується зв'язком або потребує очного обстеження; у таких випадках застосовують екстрені протоколи й направлення до очних служб.

Безпека онлайн-консультування: мінімальний перелік:

- перевірити особу клієнта й домовитися про спосіб зв'язку в разі втрати з'єднання;

- уточнити фізичне місцезнаходження клієнта й контакт екстреної особи на випадок кризи;

- переконатися, що клієнт перебуває в приватному місці; домовитися про правила запису й збереження даних;

- пояснити межі конфіденційності, технічні ризики й порядок дій у надзвичайній ситуації;

- використовувати захищені платформи, оновлене програмне забезпечення, окремі робочі облікові записи;

- фіксувати згоду, зміст сесії, ухвалені рішення й плани дій.

Дистанційна допомога: етика, безпека та якість. Дистанційна допомога потребує особливої уваги до безпеки даних, перевірки особи клієнта, визначення місця перебування на випадок кризи, чіткої домовленості про процедури та технічні вимоги. Етичні вимоги збігаються з вимогами до очної практики, але додаються питання доступності технологій, цифрової нерівності, конфіденційності приміщення клієнта [10].

Ключові поняття теми: *психосоціальна підтримка; координація діяльності організацій; карта послуг та система направлень; мобільна психологічна група; телефон довіри й гаряча лінія; онлайн-консультування; план безпеки; цифрові інтервенції; волонтер-немедик; перша психологічна допомога; моніторинг проєкту; захист від шкоди.*

Питання для самоперевірки

1. Які ролі виконують державні, громадські й міжнародні організації в психосоціальній підтримці?

2. Як організовують координацію діяльності й запобігають дублюванню допомоги?

3. Як працюють мобільні групи й які вимоги до їх безпеки?

4. Які принципи роботи телефону довіри й оцінки суїцидального ризику під час дзвінка?

5. Які переваги й обмеження має онлайн-консультування та які вимоги до його безпеки?

6. Яку роль виконують волонтери-немедики й які ризики їхньої діяльності?

7. Які критерії якості й безпеки проєктів психосоціальної підтримки?

8. Які практики вважають недоцільними або ризикованими?