



Photo: Emilio Morenatti

**Резюме за результатами
дослідження
«ОЦІНКА ПОТРЕБ ВНУТРІШНЬО
ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ
У ПСИХОСОЦІАЛЬНІЙ ПІДТРИМЦІ»**



Photo: Emilio Morenatti.



Photo: Vira Kuryko

Дослідження проведено:
канд. екон. наук І.Л. Демченко
канд. соціол. наук Н.А. Булига
О.Р.Артюх



Photo: Emilio Morenatti



Photo: Emilio Morenatti

Ця публікація була підготовлена в рамках гранту, який фінансується Міжнародною організацією з охорони здоров'я сім'ї (FHI 360) за Угодою про співпрацю/Грантом № 729BHA22GR00361, що фінансується USAID. Зміст цієї публікації не обов'язково відображає погляди, оцінку або політику FHI 360 або USAID, а також ніякі згадки про торгові назви, комерційні продукти чи організації не означають їх схвалення з боку FHI 360 або USAID.

ПРО ДОСЛІДЖЕННЯ

Контекст дослідження. Дане дослідження було проведене в рамках проекту «Створення центрів комплексного реагування та надання підтримки постраждалим від гендерно зумовленого насильства: інтеграція базової допомоги постраждалим на Сході та Півдні України». Цей проект реалізовується Представництвом міжнародної благодійної організації HealthRight International за підтримки міжнародної організації FHI 360. Основною цільовою аудиторією, на роботу з якою орієнтований проект, є внутрішньо переміщені особи (ВПО).

Мета проекту полягає у запровадженні інтегрованого підходу щодо надання медичної та психосоціальної допомоги постраждалим від гендерно-зумовленого насильства (в тому числі постраждалим внаслідок воєнних дій на окупованих/деокупованих територіях) шляхом створення при центрах первинної медико-санітарної допомоги або поліклініках центрів/відділень комплексного реагування. При кожному із вказаних центрів працюватимуть міждисциплінарні команди, які включатимуть координатора (лікаря), психологів, соціальних працівників, юриста та водія. Проект реалізовується в 8 регіонах України.

Мета дослідження: оцінка рівня задоволення існуючих потреб ВПО у соціально-психологічній підтримці на рівні цільових громад/регіонів проекту з акцентом на доступності послуг у сфері психічного здоров'я.

Регіони дослідження співпадають із регіонами реалізації проекту та включають Дніпропетровську, Запорізьку, Миколаївську, Одеську, Харківську, Херсонську, Донецьку та Луганську області.

В ході даного дослідження використовувалися якісні **методи збору даних**. Для Донецької, Луганської та Херсонської областей, значна частина яких на момент дослідження була окупована, основним методом збору даних був кабінетний аналіз (desk review). Зокрема було проведено огляд наявних у відкритому доступі статистичних та інших даних щодо доступних на рівні громад послуг, основних проблем та незадоволених/задоволених не повною мірою потреб мешканців тимчасово окупованих та прифронтових територій тощо.

У 5 інших областях (Дніпропетровська, Запорізька, Миколаївська, Одеська, Харківська) крім кабінетного аналізу проводилися також:

- фокус-групи із ВПО (всього 5 фокус-груп, по 1 у кожному регіоні);
- глибинні інтерв'ю з експертами: лікарями, представниками центрів соціальних служб, неурядових організацій (НУО) та волонтерами, які надають допомогу ВПО (всього 15 інтерв'ю, по 3 у кожному регіоні);
- картування надавачів послуг соціально-психологічної підтримки для ВПО, які працюють у цільових громадах (медзаклади, гуманітарні хаби/центри надання гуманітарної допомоги для ВПО, центри соціальних служб, управління соцзахисту, центри безоплатної правової допомоги тощо).

Відповідно до Протоколу дослідження до участі у фокус-групах залучалися лише жінки. Оскільки саме жінки найчастіше страждають від гендерно-зумовленого/сексуального насильства, відповідно вони є основною цільовою аудиторією майбутніх Центрів комплексного реагування. При рекруті учасниць ФГД витримувалися квоти за віком, щоб зібрати достатньо інформації про проблеми і потреби молодих жінок (віком до 34 років) та жінок середнього віку (табл. 1).

Таблиця 1. Демографічні характеристики учасниць ФГД

Область	Кількість учасниць ФГД	
	18-34 роки	35-65 років
Дніпропетровська	3	3
Запорізька	3	4
Миколаївська	3	3
Одеська	3	3
Харківська	4	2
ВСЬОГО	16	15
	31	

При рекруті експертів жодні квоти не задавалися. Водночас, 9 із 10 опитаних експертів виявилися жінками (табл. 2). Це співвідноситься із реальним гендерним розподілом співробітників на первинній ланці медицини та у соціальній сфері в Україні.

Таблиця 2. Демографічні характеристики експертів

Область	Жінки	Чоловіки	Стаж роботи, років			
			Лікарі		Соцпрацівники (центри соціальних служб, НУО тощо)	
			1-9	10+	1-9	10+
Дніпропетровська	3	-	-	1	1	1
Запорізька	3	-	-	1	1	1
Миколаївська	2	1	-	1	2	0
Одеська	3	-	-	1	0	2
Харківська	3	-	-	1	1	1
Всього	14	1	-	5	5	5
	15		5		10	



Zohra Bensemra.Reuters

ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Кожен із 8 досліджуваних регіонів має свою специфіку, водночас можна виокремити дві групи регіонів, які характеризуються певними спільними рисами, та щодо яких доцільно застосовувати різні моделі надання послуг із психосоціальної підтримки.

1) До першої групи входять: **Одеська, Дніпропетровська, Миколаївська, Запорізька та Харківська області**, які не були окуповані взагалі (Одеська та Дніпропетровська області) або під окупацію потрапила частина регіону, але обласні центри залишались під контролем Уряду України (Запорізька, Миколаївська та Харківська області). У вказаних областях доцільним є створення центрів екстреного реагування на випадки насильства (як стаціонарних, так і міждисциплінарних мобільних команд), оскільки ці регіони є першими та/або найбільшими точками входу для внутрішньо переміщених осіб на Півдні та Сході України.

2) Друга група включає в себе **Донецьку, Луганську та Херсонську області**, значна частина територій яких включно із обласними центрами перебувала/є під окупацією (зокрема Донецьк та Луганськ – із 2014 року). Для вказаних регіонів доцільно запроваджувати консультування фахівців у дистанційному форматі.

I. Запорізька, Дніпропетровська, Одеська, Миколаївська та Харківська області

Потреба у послугах із психосоціальної підтримки

Результати дослідження свідчать, що у кожному із 5 регіонів існує гостра потреба у комплексних послугах із психосоціальної та гуманітарної підтримки для ВПО та місцевих мешканців.

Запоріжжя. Запоріжжя є форпостом між тимчасово окупованими та підконтрольними Уряду України територіями, ключовою точкою входу для ВПО із 4-х регіонів: Донецької, Луганської, окупованих частин Херсонської та Запорізької областей (на момент дослідження під тимчасовою окупацією перебувало понад половини території областей). Зокрема через блок-пост у с. Кам'янське здійснюється в'їзд/виїзд громадян України на/із українську територію та перевезення товарів на тимчасово окуповані території. За офіційними даними, кількість ВПО у місті сягає близько 120 тисяч осіб. Місто регулярно зазнає ворожих обстрілів, які призводять до травмування та загибелі людей, руйнування житлових будинків, промислових та інфраструктурних об'єктів.

Дніпро. Місто є умовно безпечним, розташоване порівняно недалеко від тимчасово окупованих (напр., Донецька область) та нещодавно звільнених територій (Харківська область). Частина громад Дніпропетровської області, які межують із окупованими територіями у Херсонській та Запорізькій областях, страждають від регулярних обстрілів і були віднесені Мінреінтеграції до переліку територій, наближених до зони бойових дій. Відповідно, люди, які переїжджають звідти, можуть офіційно оформлювати статус ВПО. З

огляду на це м. Дніпро є важливою точкою входу для ВПО як із Дніпропетровської області, так і з інших областей. Крім того воно сприймається як ментально близьке мешканцями східних та південних регіонів України, що спонукає багатьох ВПО обирати Дніпро у якості постійного місця проживання. За даними Міжнародної організації з міграції, станом на середину вересня 2022 р. кількість ВПО у м. Дніпро та Дніпровському районі становила близько 146 тисяч осіб.

Одеса. Подібно до Дніпра, м. Одеса є умовно безпечним, розташовуючись при цьому порівняно недалеко від окупованих територій та територій, наближених до зони бойових дій (зокрема Миколаївської області). Воно є важливою точкою входу для ВПО. Крім того воно сприймається як ментально близьке мешканцями східних та південних регіонів України, що спонукає багатьох ВПО обирати Одесу у якості постійного місця проживання. За офіційними даними, станом на початок жовтня 2022 р. кількість ВПО у Одеському районі становила понад 65 тисяч осіб, в т. ч. близько 50 тисяч осіб проживали безпосередньо у м. Одеса.

«У мене в Одессе никаких проблем не было, тут люди очень хорошо относятся: и волонтеры, и обычные люди. Даже есть много групп, где люди пишут: «Отдам то, отдам это, подъезжайте, кому надо». А у знакомых, которые переехали на Западную Украину, были конфликты и не один раз» (ВПО із Миколаївської області).

Миколаїв. За даними Міжнародної організації з міграції, кількість офіційно зареєстрованих ВПО у Миколаївській області сягає майже 100 тисяч осіб. Водночас враховуючи, що значна кількість переселенців-чоловіків офіційно не реєструються, реальна кількість ВПО може бути більшою. При цьому поширеною є тенденція, коли молодь та люди середнього віку, а також більш благополучні в економічному плані громадяни використовують Миколаїв у якості транзитного пункту перед виїздом у інші регіони України або за кордон. Натомість найбільш уразливі категорії ВПО (люди похилого віку, особи з інвалідністю, малозабезпечені родини тощо) залишаються у Миколаєві.

Особливістю Миколаєва є те, що до звільнення Херсона та тимчасово окупованих територій Миколаївської області у листопаді 2022 року місто фактично залишалося прифронтовим та регулярно зазнавало ворожих обстрілів та руйнувань. Загалом станом на 7 вересня 2022 р. Миколаїв НЕ обстрілювали лише 27 днів зі 195 днів війни.

Загалом гуманітарна ситуація у місті є досить складною. Значна частина місцевих мешканців втратили роботу, оскільки внаслідок регулярних обстрілів частина підприємств та приватних бізнесів припинили свою роботу, деякі промислові об'єкти зазнали руйнувань.

Великою проблемою Миколаєва є водопостачання. Ще 12 квітня 2022 р. російські загарбники обстріляли водогін, який постачає воду із водозабору на річці Дніпро на території Херсонської області до Миколаєва. Водопостачання у місті було припинене. Приблизно за місяць комунальне підприємство «Миколаївводоканал» організувало водозабір із річки Південний Буг, яка впадає у Чорне море. Водночас, водопровідна вода придатна лише для технічних потреб, її в жодному разі не можна використовувати для пиття та приготування їжі, купання немовлят тощо. Після деокупації Херсону та частини Херсонської області

почалися відновлювальні роботи на об'єктах водопостачання. Але оскільки ці роботи потребують значного часу, то станом на 23 листопада вода у водопровідній системі міста залишалася технічною.

«Ми з дочкою проживаємо в центрі для ВПО на базі інтернатного закладу. Тут тепло, але води гарячої немає, тому що тут – технічна вода, якщо її запустити у бойлер, він зіпсується. Так як в мене дочка – неходяча, то мені складно її покупати, але справляємось якось» (ВПО із прифронтової частини Миколаївської області, є опікункою дорослої доньки з інвалідністю I групи).

Харків. За даними Міжнародної організації з міграції, Харківська область посідає перше місце в Україні за кількістю офіційно зареєстрованих ВПО (близько 386 тисяч, в тому числі у Харкові та Харківському районі – близько 164 тисяч). Водночас враховуючи, що значна кількість переселенців-чоловіків офіційно не реєструються, реальна кількість ВПО може бути більшою. Особливістю Харкова є те, що більшість ВПО тут становлять мешканці деокупованої частини Харківської області, значна частина з яких виїхали до Харкова вже після звільнення своїх населених пунктів. Люди, які близько півроку провели під окупацією у надзвичайно складних умовах (без джерел доходу, без водо-, електро- та газопостачання, без доступу до магазинів, медичної допомоги тощо), перебувають у надзвичайно складному психоемоційному стані та мають гострі потреби щодо забезпечення фізичного виживання (продукти харчування, медична допомога тощо).

«Я не можу стверджувати, що у них депресія, тому що я не психіатр, але ми всі помітили, що вони відрізняються від наших пацієнтів. У них зовсім інший вигляд. Вони вже у Харкові 1,5-2 місяці, але все одно вони пригнічені, залякані, замордовані, вони «ще не тут». Також вони дуже худі, тому що вони голодували. Навіть якщо ти не знаєш, хто це, все одно по зовнішньому вигляду можна зрозуміти, що це – переселенець» (директорка поліклініки, м. Харків).

Від початку повномасштабної війни і до вересня 2022 р., коли внаслідок контрнаступу Збройних сил України було звільнено більшість тимчасово окупованих територій Харківської області, місто залишалося прифронтовим і зазнавало постійних ракетних та артилерійських обстрілів окупантів. На момент дослідження ракетні обстріли міста продовжувалися, хоча їх інтенсивність дещо зменшилася. За даними мера Харкова Ігоря Терехова, станом на 17 вересня 2022 року у місті налічувалося понад 400 зруйнованих житлових будинків, які не підлягають відновленню. До війни у них проживало близько 150 тисяч осіб.

Так само, як і в Миколаєві, ситуація на ринку праці Харкова є складною. Значна частина місцевих мешканців втратили роботу, оскільки внаслідок регулярних обстрілів чимало підприємств і приватних бізнесів припинили свою роботу, деякі промислові об'єкти зазнали руйнувань.

Загальні зауваги. Загалом, за оцінками експертів, значна частина ВПО у кожному із вказаних регіонів пережили ті чи інші травмуючі події (напр., стали свідками обстрілів і загибелі людей, втратили родичів або друзів, втратили майно) і потребують психологічної підтримки. Частина ВПО зазнали травмування, фізичного або сексуального насильства з боку окупантів та потребують комплексних медичних, соціальних, правових та інших послуг на безоплатній основі.

У Харкові та Миколаєві, які протягом тривалого часу були прифронтовими містами, потреба у психосоціальній підтримці серед місцевих мешканців також є надзвичайно гострою. Адже більшість із них пережили ті чи інші травмуючі події: втратили житло та/або зазнали травмування/поранення внаслідок обстрілів, втратили родичів та знайомих, практично всі стали свідками обстрілів та загибелі людей. Щодо цих міст експерти зазначають про формування особливої соціальної групи – «ВПО в межах міста», до якої належать люди, які втратили власне житло внаслідок обстрілів.

«Многие были травмированы, в том числе были случаи, когда люди попадали под обстрел во время эвакуации. Очень многие люди видели, как погибали родственники или соседи. Многие потеряли близких, в том числе некоторые люди теряли детей» (представниця НУО, м. Харків).

«У нас є досить багато місцевих мешканців, які втратили житло, тому вони також є ВПО, але по відношенню до свого будинку. Коли ми приїжджаєм на виїзди, де, наприклад, потрапила ракета в будинок, то психологічний стан таких людей дуже складний. Нещодавно у нас прилетіло в будинок, де батьки загинули, а хлопчик залишився. Вчора ми туди їздили, спілкувалися з бабусями» (психолог ЦСС, м. Миколаїв).



REUTERS. Alexander Ermochenko

Ще одним фактором, який актуалізує потребу місцевих мешканців та ВПО у послугах із психосоціальної підтримки, є гендерно-зумовлене насильство. За офіційною статистикою кількість звернень до правоохоронців з приводу домашнього та гендерно-зумовленого насильства протягом першого півріччя 2022 року зменшилася більше, ніж на чверть, порівняно із аналогічним періодом 2021 року. Проте, за оцінками експертів, ця проблема не втратила своєї актуальності, має місце зменшення кількості офіційних звернень по допомогу. Адже досить часто постраждалі применшують важливість особистих проблем, включаючи насильство, на тлі глобальних викликів, пов'язаних із безпекою та фізичним виживанням.

Загалом за оцінками деяких експертів, поширеність насильства залишилася приблизно на довоєнному рівні, ще частина фахівців зазначили про тенденцію щодо збільшення випадків насильства. Головними факторами, які цьому сприяли, є погіршення економічного становища більшості населення внаслідок втрати роботи/падіння рівня доходів, зростання рівня психологічної напруги, поширення зловживання алкоголем на тлі стресу, вимушене проживання на одній території родичів, які раніше проживали окремо, тощо. У випадку ВПО факторами, які провокують насильство, також є економічні негаразди (зокрема неможливість знайти роботу після релокації) та психологічна напруга внаслідок складнощів щодо облаштування життя на новому місці, вимушеного перебування із чужими людьми (напр., якщо ВПО проживають у місцях компактного проживання) тощо.

«На жаль, така проблема є. На початку війни було дуже важко, тому що з одного боку почалися бойові дії, а з другого – відбувся сплеск насильства. Люди почали більш активно звертатися. Але з психологічної точки зору тут є своє пояснення, тому що люди почали знаходитися разом 24/7, так само як у перший локдаун. Деякі люди повернулися до своєї сім'ї, з якою вони не жили разом. На пунктах проживання ВПО такі випадки також є, тому що більшість часу люди проводять разом із чужими людьми. Вони досі перебувають у ситуації стресу, що провокує конфлікти. Також є моменти вживання алкоголю, тому що люди намагаються заглушити те, що з ними відбулося» (психолог ЦСС, м. Миколаїв).

За офіційними даними протягом січня-листопада 2022 року, до Національної поліції надійшло близько 120 тисяч повідомлень про домашнє або гендерно-зумовлене насильство. Більшість таких повідомлень (98%) стосується саме насильства з боку подружжя або інших членів родини. Водночас за даними Української фундації громадського здоров'я, протягом серпня-листопада 2022 року її міждисциплінарні мобільні команди, які на даний момент працюють у більшості регіонів України за підтримки Дитячого фонду ООН, надали допомогу 122 876 особам, які постраждали від ГЗН (передусім психологічного та економічного). Це підтверджує відому тенденцію щодо заниженості офіційних показників порівняно із реальною поширеністю насильства.

Доступність послуг із психосоціальної підтримки

Значні ресурси місцевої влади, міжнародних, громадських і благодійних організацій, волонтерів спрямовуються на задоволення базових потреб ВПО, необхідних для фізичного

виживання, включаючи організацію шелтерів для короткострокового та тривалого перебування ВПО, їх забезпечення гуманітарною допомогою у вигляді харчування, одягу, засобів гігієни, дитячих товарів, медикаментів та виробів медичного призначення тощо.

Психологічна підтримка з боку НУО або інших немедичних закладів (наприклад, центрів соціальних служб) зазвичай надається у вигляді одно- або кількаразових зустрічей із психологом. Тривала системна робота з психологом/психотерапевтом або послуги з кейс-менеджменту, яких потребує значна частина ВПО, є менш доступними. Адже НУО і центри соцслужб зазвичай мають обмежені ресурси для надання такої допомоги значній кількості клієнтів.

«Я работала с психологом, было 10 сессий, раз в неделю по часу. Мне стало немножко легче, но потом у этой организации закончился проект, бесплатных консультаций нет, платные я не могу себе позволить. Я иногда хожу в другие организации на групповые занятия по психотерапии, но ритм жизни и работа не всегда позволяет туда ходить» (ВПО із Харківської області).

Доступність послуг із підтримки психічного здоров'я в рамках системи охорони здоров'я також є обмеженою. Доступ до базової допомоги (напр., призначення седативних препаратів або антидепресантів), яку можуть надавати сімейні лікарі, обмежується небажанням пацієнтів обговорювати із сімейними лікарями свій психоемоційний стан через переконання, що це не є компетенцією сімейного лікаря, а також браком відповідних компетенцій та/або часу на повноцінне консультування з питань психічного здоров'я у лікарів.

В Одесі ситуація ускладнюється «напруженими відносинами», які досить часто складаються між лікарями первинної ланки та пацієнтами-ВПО, негативним ставленням останніх до системи медичної допомоги у місті загалом. Зокрема це спричинено тим, що всупереч чинним нормативно-правовим вимогам пацієнтів-ВПО досить часто примушують переукладати декларації із лікарями місцевих центрів первинної медико-санітарної допомоги, відмовляючи у наданні необхідних медичних послуг під приводом відсутності декларації з місцевим лікарем.

Результати дослідження демонструють тенденцію до певного підвищення рівня доступності допомоги з питань психічного здоров'я у неспеціалізованих медичних закладах. Зокрема останнім часом у деяких медзакладах, включаючи як стаціонари, так і амбулаторні заклади (наприклад, центри первинної медико-санітарної допомоги, міські поліклініки) почали запроваджуватися посади психологів та/або психотерапевтів. Це пов'язано із вимогою Національної служби здоров'я України щодо наявності відповідних фахівців у медичних закладах, які укладають договори на надання пакетів медичних послуг, пов'язаних із реабілітацією, із паліативною допомогою тощо. Водночас кількість таких фахівців є вкрай обмеженою. Крім того, більшість з них передусім орієнтовані на роботу із певними цільовими групами (наприклад, паліативними пацієнтами та їх родичами, пацієнтами, які

проходять реабілітацію тощо) і фізично не спроможні надати допомогу всім пацієнтам, в т. ч. ВПО, які її потребують.

«Таких послуг (психологів у неспеціалізованих медзакладах) і раніше не вистачало, а зараз тим більше. Якщо із 40 закладів у 2-3 є психологи, то це добре. У нас уже 3 роки працюють 2 психологи, оскільки ми уклали договір із НСЗУ на паліативну допомогу. Раніше наші психологи працювали лише на мобільну (паліативну) службу, але зараз якщо є якісь екстрені ситуації, ми їх залучаємо. Вони консультують пацієнтів, в тому числі і ВПО» (директорка ЦПМСД, м. Одеса).



Також допомогу медичних психологів, психотерапевтів та психіатрів можна отримати у спеціалізованих на наданні психіатричної допомоги медзакладах, які в кожному регіоні мають свою назву (наприклад, центр психічного здоров'я, психоневрологічний диспансер, центр психіатричної допомоги тощо). Однак кількість таких закладів є обмеженою (у Дніпрі та Харкові – по 2 заклади на місто, у Миколаєві, Одесі та Запоріжжі – по 1). Це актуалізує питання територіальної доступності, кількості наявних спеціалістів та їх здатності надати допомогу всім, хто її потребує. Крім того, значна частина пацієнтів уникає звертатися до вказаних закладів через власні страхи та внутрішню стигму щодо поняття «психіатрія».

Ситуація ускладнюється також тим, що значна частина ВПО не усвідомлюють власну потребу у психологічній підтримці та/або ігнорують її як менш важливу, порівняно із проблемами фізичного виживання, не готові звертатися за будь-якою спеціалізованою

допомогою задля підтримки психічного здоров'я (включаючи психологів НУО). Більш виважено частина ВПО ставиться до питання підтримки психічного здоров'я своїх дітей, зазначаючи, що вони хотіли б скористатися допомогою дитячих психологів.

«Психолог – это хорошее дело в такое сложное время. Я смотрю со стороны и вижу, что у нас в общежитии многие нуждаются в такой помощи, особенно люди пенсионного возраста. Просто сами они не пойдут, поэтому было бы хорошо, если бы, например, к нам в общежитие пришел психолог, собрал группу и с ними поговорил» (ВПО із Донецької області).

«Я бы обратилась к детскому психологу, если будет такая возможность. У меня старшему ребенку 4 года, я бы хотела, чтобы психолог посмотрел, как она на эту всю ситуацию реагирует, потому что она вроде бы спокойна, но как-то очень спокойна, и это меня настораживает» (ВПО із Донецької області).

«Я бы обратилась за помощью к психологу, потому что у меня одна внучка (15 лет) очень тяжело переживает эти обстрелы, сразу замыкается в себе. Мы как-то стараемся с этим справляться, но не всегда получается. Я бы ее повела, может, ей бы как-то помогли, чтобы она не так боялась» (ВПО із Донецької області).

Рекомендації щодо організації роботи майбутнього центру

Експерти оцінили ініціативу щодо створення центрів комплексного реагування як вкрай важливу та своєчасну адже після початку війни проблема домашнього та гендерно-зумовленого насильства загострилася. Опитані ВПО також висловили готовність звертатися до майбутніх центрів за різними послугами, включаючи медичні послуги, психологічну підтримку, юридичні консультації та соціальний супровід. Водночас ВПО зазначали, що особливо актуальними послуги центру можуть стати для переселенців, які переїхали порівняно недавно і потребують особливої підтримки.

За результатами інтерв'ю з експертами та фокус-груп із ВПО було сформовано кілька рекомендацій щодо організації роботи майбутніх центрів. Крім очевидних факторів, на кшталт неухильного дотримання етичних принципів, зокрема принципів анонімності та конфіденційності, високого професійного рівня та особистих моральних якостей фахівців, які там працюватимуть, учасники дослідження також наголошували на необхідності:

- забезпечення належного рівня безпеки та інклюзії у центрі;
- забезпечення територіальної доступності за рахунок розташування центрів неподалік від великих транспортних розв'язок (наприклад, у Харкові – поблизу станцій метро). Це особливо актуально для великих міст: наприклад, у Дніпрі доцільно створити щонайменше два центри: по одному на правому та лівому берегах річки Дніпро;
- детальної розробки механізму ведення випадку клієнтів, який дозволив би працювати з ними системно та не втрачати контакт до покращення особистої ситуації;
- розробки механізму переадресації від сімейних лікарів та інших потенційних надавачів послуг, які можуть стати точкою входу для постраждалих (напр.,

соцпрацівники, представники НУО, співробітники поліції, працівники мобільних бригад соціально-психологічної допомоги тощо);

- налагодження дієвого механізму співпраці із іншими надавачами послуг у сфері протидії домашньому та гендерно зумовленому насильству задля забезпечення справді ефективної переадресації клієнток/ів для отримання всього необхідного спектру послуг;
- окремим напрямком діяльності майбутнього центру могла б стати організація навчання для сімейних лікарів та інших надавачів послуг щодо ідентифікації випадків домашнього/гендерно-зумовленого насильства та ефективного мотивування клієнток звернутися по допомогу, в тому числі до центрів екстреного реагування.

Також учасники дослідження наголошували на необхідності максимально широкого поширення інформації про діяльність майбутнього центру, щоб сформувати у потенційних клієнтів довіру до нього. З цією метою можна використовувати як сучасні інформаційні технології (напр., спеціалізовані телеграм-канали для ВПО, цільові розсилки у соцмережах, месенджерах), так і більш прості, але ефективні способи. Зокрема йдеться про розміщення друкованої інформації у гуманітарних хабах, центрах надання адміністративних послуг (в Одесі – фронт-офіси Центру інтегрованих соціальних послуг), управліннях соціального захисту населення (у Миколаєві – управління соціальних виплат і компенсацій), центрах соціальних служб, медичних закладах, місцях видачі безкоштовного харчування, на вокзалах, під час виїздів спеціалістів центру у місця компактного проживання ВПО.

II. Донецька, Луганська та Херсонська області

Безпекова та гуманітарна ситуація. Гуманітарна ситуація у всіх трьох областях є надзвичайно складною. Це стосується усіх територій: тимчасово окупованих, деокупованих, тих, що не були під окупацією.

У населених пунктах, де тривали активні бойові дії, інфраструктура життєзабезпечення повністю або здебільшого зруйнована, внаслідок чого відсутнє газо-, електро-, водо-, теплопостачання. На частині територій відсутній мобільний зв'язок та Інтернет. Особливо масштабними є пошкодження на тимчасово окупованих та деокупованих територіях Донецької і Луганської області.

Одразу після деокупації та проведення стабілізаційних заходів на звільнених територіях починаються роботи з відновлення критичної інфраструктури задля забезпечення населення життєво важливими послугами. Проте в більшості деокупованих населених пунктах доступ до базових благ, необхідних для виживання, залишається суттєво обмеженим.

Тимчасово окуповані у 2022 р. населені пункти, у т.ч. великі міста Сєвєродонецьк, Рубіжне, Лисичанськ, потерпають від гуманітарної кризи, адже вони не мали на початок зими тепло-, електро-, водопостачання.

Контрольовані Урядом України території (які не були окуповані а також деокуповані) регулярно зазнають ворожих обстрілів, внаслідок яких відбуваються руйнування та гинуть/зазнають поранень люди.

Деокуповані території надзвичайно забруднені вибухонебезпечними предметами, як внаслідок регулярних обстрілів (напр., снаряди, що не розірвалися), так і внаслідок того, що окупанти перед відступом цілеспрямовано мінували території, включаючи адміністративні та житлові будівлі.

Найбільш актуальні потреби населення. У кожній із трьох областей кількість населення істотно зменшилася, порівняно із довоєнним періодом, здебільшого через внутрішню та зовнішню міграцію. За даними місцевої влади, на підконтрольній Уряду України території Донецької області станом на кінець жовтня 2022 р. залишилося приблизно 20-25% від кількості населення, яка була до початку широкомасштабного вторгнення 24 лютого. Це становить приблизно 350 тисяч осіб.

Люди, які залишилися у регіоні, потребують допомоги як щодо задоволення невідкладних гуманітарних потреб (продукти харчування, доступ до питної води, товари для підготовки до зими тощо), так і щодо соціально-психологічної підтримки. Значні зусилля місцевої влади, громадських та міжнародних організацій, волонтерів зараз спрямовані на забезпечення мешканців цих регіонів гуманітарною допомогою. Чималі потреби населення регіону в соціально-психологічній підтримці є переважно не задоволеними.

Рекомендації щодо забезпечення доступу населення до соціально-психологічних послуг. Враховуючи ситуацію на території вказаних областей, дуже важливо забезпечити доступ місцевого населення до соціально-психологічних послуг. Передусім ідеться про підконтрольні Уряду України території, включаючи нещодавно деокуповані, оскільки робота на тимчасово окупованих територіях наразі неможлива в жодному вигляді (ані офлайн, ані онлайн/телефонне консультування).

Проте з огляду на регулярні обстріли, яких зазнають більшість підконтрольних Україні територій в усіх трьох областях, та забруднення територій вибухонебезпечними предметами виїзди фахівців на вказані території несуть значні ризики для їхньої безпеки. Відповідно, на даний момент доречно віддати перевагу дистанційним формам надання послуг, наприклад, онлайн або телефонне консультування, інші віддалені форми роботи. Вибір конкретної моделі роботи має визначатися поточними умовами, які склалися на конкретній території (наявність електропостачання, мобільного зв'язку, доступу до Інтернету тощо).

Після покращення безпекової ситуації, включаючи припинення обстрілів та проведення розмінування територій, можна буде ще раз повернутися до питання щодо запровадження офлайн послуг для мешканців деокупованих територій. Водночас необхідною умовою є дотримання основних вимог щодо забезпечення безпеки персоналу (наприклад,

надання співробітникам Проекту засобів захисту – бронежилетів та касок, оформлення для них відповідних страховок, проведення тренінгів із мінної безпеки, надання домедичної допомоги тощо).

Після деокупації решти територій Донецької, Луганської та Херсонської областей поряд із задоволенням невідкладних гуманітарних потреб населення вочевидь постане і завдання щодо забезпечення соціально-психологічної підтримки мешканців звільнених територій. З цією метою можна буде масштабувати моделі роботи Проекту щодо запровадження дистанційних форм психосоціальної підтримки населення, відпілотовані на територіях, які на даний момент вже звільнені.



Photo: Emilio Morenatti



Photo: Emilio Morenatti.



Photo: Vira Kuryko

Research summary
**"ASSESSMENT OF PSYCHOSOCIAL
SUPPORT NEEDS OF INTERNALLY
DISPLACED PEOPLE IN UKRAINE"**

The research was performed by:
PhD in Economics Iryna Demchenko
PhD in Sociocology Nataliia Bulyha
Oksana Artiukh



Photo: Emilio Morenatti



Photo: Emilio Morenatti

This publication was prepared under a Grant funded by Family Health International (FHI 360) under Cooperative Agreement/Grant No. 729BHA22GR00361 funded by USAID. The content of this publication does not necessarily reflect the views, analysis or policies of FHI 360 or USAID, nor does any mention of trade names, commercial products, or organizations imply endorsement by FHI 360 or USAID.

ABOUT RESEARCH

Context of the research. The research was conducted under the project «Establish Response and Care Units (RCUs) within the existing support systems to provide trauma-informed, holistic care for survivors of violence, including GBV and sexual violence». This project is implemented by the Representative Office of the global health and human rights organization HealthRight International with the support of the international nonprofit FHI 360. The primary target audience of the project is internally displaced persons (IDP).

The project aims to introduce an integrated approach to providing health and psychosocial assistance to GBV victims (including victims of hostilities in the occupied/de-occupied territories) through establishing integrated response and care units at primary healthcare centers (PHC) or polyclinics. Each team will include a coordinator (doctor), psychologists, social workers, a lawyer, and a driver. The project covers 8 oblasts of Ukraine.

The purpose of the research is to assess the level of satisfaction of the existing IDP's needs in social and psychological support in the project target communities/oblasts with a focus on the availability of mental health services.

Research regions coincide with the project oblasts and include Dnipropetrovsk, Zaporizhzhia, Mykolaiv, Odesa, Kharkiv, Kherson, Donetsk, and Luhansk oblasts.

We used qualitative **data collection methods** in this research. Desk review was the primary data collection method for the Donetsk, Luhansk, and Kherson oblasts, which were largely occupied during the research. In particular, we reviewed publicly available statistical and other data on services available at the hromada level, the main challenges and unmet/not fully met needs of residents of the temporarily occupied and frontline territories, etc.

In 5 other oblasts (Dnipropetrovsk, Zaporizhzhia, Mykolaiv, Odesa, Kharkiv) in addition to the desk review, we also held:

- focus groups with IDPs (5 focus groups in total, 1 in each oblast);
- in-depth interviews with experts: doctors, representatives of social services centers, non-governmental organizations (NGOs), and volunteers who provide care to IDPs (15 interviews in total, 3 in each oblast);
- mapping of the providers of social and psychological care for IDPs working in the target hromadas (medical institutions, humanitarian hubs/centers of humanitarian aid for IDPs, social services centers, social protection departments, free legal aid centers, etc.).

According to the research protocol, only women were involved in the focus groups. Since women are the most frequent victims of gender-based/sexual violence, they are the main target audience of the future Integrated response and care units. When recruiting FGD participants, age quotas were followed in order to collect sufficient information about the challenges and needs of young women (under 34) and middle-aged women (Table 1).

Table 1. **Demographic characteristics of FGD participants**

Region	Amount of FGD participants	
	18-34 years	35-65 years
Dnipropetrovsk	3	3
Zaporizhzhia	3	4
Mykolaiv	3	3
Odesa	3	3
Kharkiv	4	2
TOTAL	16	15
	31	

No quotas were set when recruiting experts. At the same time, 9 out of 10 interviewed experts were women (Table 2). This correlates with the actual gender distribution of employees in primary healthcare and social services in Ukraine.

Table 2. Demographic characteristics of experts

Region	Female	Male	Work experience, years			
			Doctors		Social workers (social services centers, NGOs, etc.)	
			1-9	10+	1-9	10+
Dnipropetrovsk	3	-	-	1	1	1
Zaporizhzhia	3	-	-	1	1	1
Mykolaiv	2	1	-	1	2	0
Odesa	3	-	-	1	0	2
Kharkiv	3	-	-	1	1	1
TOTAL	14	1	-	5	5	5
	15		5		10	



MAIN RESEARCH RESULTS

Each of the eight oblasts studied has its peculiarities; however, we can distinguish two groups of oblasts by certain common features. It is advisable to apply different models of psychosocial care for each group.

1) The first group includes **Odesa, Dnipropetrovsk, Mykolaiv, Zaporizhzhia, and Kharkiv oblasts**. These oblasts either were not occupied at all (Odesa and Dnipropetrovsk oblasts) or were occupied partially, with oblast centers remaining under the control of the Ukrainian Government (Zaporizhzhia, Mykolaiv, and Kharkiv oblasts). In these regions, it is advisable to establish integrated response and care units in response to violence (both fixed and interdisciplinary mobile teams), as these oblasts are the first and largest entry points for internally displaced persons in the South and East of Ukraine.

2) The second group includes **Donetsk, Luhansk, and Kherson oblasts**, with a significant part of the territories, including the oblast centers, being previously or still under occupation (in particular Donetsk and Luhansk - since 2014). For these areas, it is advisable to introduce remote counseling with specialists.

I. Zaporizhzhia, Dnipropetrovsk, Odesa, Mykolaiv and Kharkiv oblasts

Need for psychosocial care

The research results indicate that there is an urgent need for comprehensive psychosocial and humanitarian support services for IDPs and local residents in each of the five oblasts.

Zaporizhzhia. Zaporizhzhia is an outpost between the temporarily occupied and government-controlled territories and a key entry point for IDPs from 4 oblasts: Donetsk, Luhansk, occupied parts of Kherson, and Zaporizhzhia oblasts (at the time of the research, more than half of the territory of the oblasts was under temporary occupation). In particular, entry/exit of Ukrainian citizens to/from the Ukrainian territory and transportation of goods to the temporarily occupied territories is carried out through the checkpoint in Kamianske village. According to official data, the number of IDPs in the city is about 120 thousand people. The city regularly suffers from enemy shelling, which leads to injuries and deaths, the destruction of residential buildings, industrial and infrastructure facilities.

Dnipro. The city is conditionally safe, located relatively close to the temporarily occupied (e.g., Donetsk oblast) and recently liberated territories (Kharkiv oblast). Part of the Dnipropetrovsk oblast hromadas bordering the occupied territories of Kherson and Zaporizhzhia oblasts suffer from regular shelling and are included by the Ministry of Reintegration in the list of territories close to the combat zone. Accordingly, people who move from there can officially register their IDP status. Given this, Dnipro is a crucial entry point for IDPs both from Dnipropetrovsk and other oblasts. In addition, it is perceived as mentally close to residents of eastern and southern regions of Ukraine, which encourages many IDPs to choose Dnipro as a permanent residence. According to the International

Organization for Migration, as of mid-September 2022, the number of IDPs in Dnipro city and Dnipro district was about 146 thousand people.

Odesa. Similar to Dnipro, Odesa is relatively safe, being located relatively close to the occupied territories and territories close to the combat zone (in particular, Mykolaiv oblast). It is an important entry point for IDPs. In addition, it is perceived as mentally close by residents of the eastern and southern regions of Ukraine, which encourages many IDPs to choose Odesa as a permanent residence. According to official data, as of the beginning of October 2022, the number of IDPs in the Odesa district was more than 65 thousand people, including about 50 thousand people living directly in Odesa city.

"I had no problems at all in Odesa; people here are very nice: both volunteers and ordinary people. There are even many groups where people write: "I will give this, I will give that, come up, whoever needs it. While my acquaintances who moved to Western Ukraine had conflicts more than once" (IDP from Mykolaiv oblast).

Mykolaiv. According to the International Organization for Migration, the number of officially registered IDPs in Mykolaiv oblast reaches almost 100 thousand people. However, since many male IDPs are not officially registered, the actual number of IDPs may be higher. At the same time, there is a widespread tendency for young and middle-aged people, as well as more economically prosperous citizens, to use Mykolaiv as a transit point before leaving for other regions of Ukraine or abroad. Instead, the most vulnerable categories of IDPs (older adults, persons with disabilities, low-income families, etc.) remain in Mykolaiv.

The peculiarity of Mykolaiv is that until the liberation of Kherson and the temporarily occupied territories of the Mykolaiv oblast in November 2022, the city remained a frontline city and was regularly subjected to enemy shelling and destruction. As of September 7, 2022, Mykolaiv was not shelled for only 27 days out of 195 days of the full-scale war.

In general, the humanitarian situation in the city is quite difficult. A significant part of residents lost their jobs due to regular shelling, some enterprises and private companies suspended their work, and some industrial facilities were destroyed.

A significant challenge for Mykolaiv is water supply. On April 12, 2022, Russian invaders shelled the water pipeline that supplies water from the water intake on the Dnipro River in the Kherson oblast to Mykolaiv. The water supply in the city was stopped. In about a month, the municipal enterprise "Mykolaivvodokanal" organized water intake from the Southern Bug River, which flows into the Black Sea. At the same time, tap water is only for technical needs; it can in no way be used for drinking and cooking, bathing babies, etc. After the liberation of Kherson and part of Kherson oblast, restoration works on water supply facilities began. But since these works require considerable time, as of November 23, the water in the city's water supply system remained technical.

"My daughter and I live in the center for IDPs based on a boarding school. It is warm here, but there is no hot water, because it is technical water, if put into the boiler, it will spoil. Since my

daughter cannot walk, it is difficult for me to bath her, but we manage somehow" (IDP from the frontline part of Mykolaiv oblast, a guardian of an adult daughter with the group I disability).

Kharkiv. According to the International Organization for Migration, Kharkiv oblast ranks first in Ukraine in the number of officially registered IDPs (about 386 thousand, including about 164 thousand in Kharkiv and Kharkiv district). However, since many male IDPs do not officially register, the actual number of IDPs may be higher. The peculiarity of Kharkiv is that most IDPs here are residents of the liberated part of the Kharkiv oblast, many of whom moved to Kharkiv after the liberation of their settlements. People who spent about six months under occupation were in extremely tough conditions (without sources of income, water, electricity, gas supply, access to shops, medical care, etc.).

"I cannot say that they are depressed because I am not a psychiatrist, but we all noticed that they are different from our patients. They have a completely different outlook. They have been in Kharkiv for 1.5-2 months, but still they are depressed, intimidated, tortured, they are "not here yet." They are also very thin because they were starving. Even if you do not know who they are, you can still understand by their appearance that they are IDPs" (a female director of a polyclinic, Kharkiv).

Since the beginning of the full-scale war and till September 2022, when the Armed Forces of Ukraine liberated most of the temporarily occupied territories of Kharkiv, the city remained near the frontline. It was subjected to constant rocket and artillery shelling by the occupiers. At the time of the research, rocket attacks on the city continued, although their intensity decreased slightly. According to Ihor Terekhov, the mayor of Kharkiv, as of September 17, 2022, more than 400 destroyed residential buildings in the city cannot be restored. Before the war, about 150 thousand people lived in them.

Similarly to Mykolaiv, the situation in the labor market in Kharkiv is difficult. A significant share of residents lost their jobs, and due to regular shelling, many enterprises and private companies suspended their work, and some industrial facilities were destroyed.

General remarks. According to experts, a significant number of IDPs in each of these oblasts have experienced certain traumatic events (e.g., witnessed shelling and deaths, lost relatives or friends, lost property) and need psychological care. Some IDPs were traumatized, physically or sexually abused by the occupants and need free comprehensive medical, social, legal, and other services.



In Kharkiv and Mykolaiv, which have long been frontline cities, the need for psychosocial care among residents is also very urgent. Because most of them have experienced certain traumatic events: they lost their homes and were injured by shelling, lost relatives and friends, and almost all witnessed shelling and deaths. As for these cities, experts note the formation of a separate social group - "IDPs within the city," which includes people who lost their homes due to shelling.

"Many people were traumatized, including cases where people were hit by gunfire during evacuations. So many people saw relatives or neighbors die. Many people lost loved ones, including some people who lost children" (a female representative of an NGO, Kharkiv).

"We have quite a few local residents who lost their homes, so they are also IDPs, but in relation to their homes. When we come to the sites where, for example, a rocket hit the house, the psychological state of such people is very difficult. Recently, we came to a house where the parents were killed and the boy remained. Yesterday we went there and talked to the grandmothers" (psychologist of the SSC, Mykolaiv).

Another factor highlighting the need of locals and IDPs for psychosocial care is gender-based violence. According to official stats, the number of appeals to law enforcement units regarding domestic and gender-based violence during the first half of 2022 decreased by more than a quarter compared to the same period in 2021. However, according to experts, this problem has not lost its relevance, there is a decrease in the number of official appeals for help. Indeed, victims often downplay the importance of personal troubles, including violence, against global challenges related to security and physical survival.

In general, according to some experts, the prevalence of violence remained approximately at the pre-war level, while some experts noted a tendency in increased violence cases. The main contributing factors are the deterioration of the economic situation of the majority of the population due to the loss of jobs/income drop, increased psychological stress, the prevalence of alcohol abuse due to stress, forced joint living with relatives who previously lived separately, etc. In the case of IDPs, the factors that provoke violence are also economic hardships (in particular, the inability to find a job after displacement) and psychological tension due to difficulties in settling in a new place, forced stay with other people (for example, if IDPs live in places of compact residence), etc.

"Unfortunately, there is such a problem. At the beginning of the war, it was very difficult because, on the one hand, the fighting started, and on the other - there was a surge of violence. People began to turn more actively. But from a psychological point of view, there is an explanation because people started to be together 24/7, just like in the first lockdown. Some people returned to their families with whom they did not live together. There are also such cases at IDP shelters because people spend most of their time together with strangers. They are still in a situation of stress that provokes conflicts. There are also moments of alcohol consumption because people try to numb everything that happened to them" (psychologist of SCC, Mykolaiv).

According to official data, between January-November 2022, the National Police registered about 120 thousand reports of domestic or gender-based violence. Most of these reports (98%) concern violence by spouses or other family members. At the same time, according to the Ukrainian Foundation for Public Health, between August-November 2022, its interdisciplinary mobile teams, which are currently working in most regions of Ukraine with the support of the United Nations Children's Fund, provided aid to 122,876 GBV survivors (primarily psychological and economic). It confirms the known tendency of underreporting official figures compared to the actual prevalence of violence.

Access to psychosocial care

Significant resources from local authorities, international, civil society, and charitable organizations, volunteers are directed to meet the basic needs required for the physical survival of IDPs, including the organization of shelters for short- and long-term stay of IDPs, providing them with humanitarian aid in the form of food, clothing, hygiene products, children's goods, medicines, and medical products, etc.

Psychological care by NGOs or other non-medical institutions (for example, social services centers) is usually provided as single or multiple meetings with a psychologist. Long-term

systematic work with a psychologist/psychotherapist or case management services, which a significant number of IDPs require, are less accessible. NGOs and social services centers usually have limited resources to provide such care to many clients.

"I worked with a psychologist, there were 10 sessions, once a week for an hour. I felt a little better, but then the project of this organization ended, there were no free consultations, I cannot afford paid consultations. I sometimes visit other organizations for group psychotherapy sessions, but the rhythm of life and work does not always allow me to go there" (IDP from Kharkiv oblast).

Access to mental healthcare services in the healthcare system is also limited. Access to basic care (e.g., prescription of sedatives or antidepressants), which family doctors can provide, is limited by the reluctance of patients to discuss their psycho-emotional state with family doctors due to the belief that this is not the competence of a family doctor, as well as the lack of relevant competencies and time for full mental health counseling by doctors.

In Odesa, the situation is complicated by the "tense relations" that often develop between primary healthcare doctors and IDP patients and the negative attitude of the latter to the healthcare system in the city in general. In particular, contrary to the current legal requirements, IDP patients are often forced to re-sign declarations with doctors of local primary healthcare centers that refuse to provide the required medical services under the pretext of not having a signed declaration with a local doctor.

The research results show a trend toward increasing access to mental healthcare in non-specialized medical facilities. In particular, recently, some healthcare facilities, including inpatient and outpatient ones (e.g., primary healthcare centers, municipal polyclinics), have started introducing positions of psychologists and psychotherapists. It is due to the requirement of the National Health Service of Ukraine to have appropriate specialists in medical institutions that conclude contracts for the provision of medical services related to rehabilitation, palliative care, etc. However, the number of such specialists is extremely limited. In addition, most of them are primarily focused on working with particular target groups (for example, palliative patients and their relatives, patients undergoing rehabilitation, etc.) and cannot provide care to all patients, including IDPs, who need it.

"Such services (psychologists in non-specialized medical facilities) were lacking before, and now even more so. If 2-3 out of 40 institutions have psychologists, it is good. We have 2 psychologists working for three years, as we have signed an agreement with the NHSU for palliative care. Previously, our psychologists worked only for the mobile (palliative) service, but now if there are any emergencies, we involve them. They consult patients, including IDPs" (female director of the PHC, Odesa).

Also, medical psychologists, psychotherapists, and psychiatrists can provide assistance in medical institutions specialized in providing psychiatric care, which have a different name in each region (e.g., mental health center, psychoneurological dispensary, psychiatric care center, etc.) However, the number of such institutions is limited (in Dnipro and Kharkiv - 2 institutions per city,

in Mykolaiv, Odesa, and Zaporizhzhia - 1). It raises the issue of territorial access, the number of available specialists, and their ability to provide care to all who need it. In addition, many patients avoid going to these institutions because of their fears and prejudices about the concept of "psychiatry".

The situation is further complicated because a considerable number of IDPs are unaware they need psychological care and treat it as less important than physical survival concerns. They are not ready to seek specialized mental healthcare (including NGO psychologists). A share of IDPs has a more balanced attitude toward supporting their children's mental health, stating that they would like to use the help of child psychologists.

"A psychologist is a good thing in such difficult times. Looking at it from a distance, I see that many people in our dorm need such help, especially people of retirement age. They just won't go by themselves, so it would be good if, for example, a psychologist came to our dormitory, gathered a group and talked to them" (IDP from Donetsk oblast).

"I would go to a child psychologist if possible. My eldest child is four, and I would like a psychologist to see how she reacts to this whole situation because she seems calm, but somehow she is very calm, and this worries me" (IDP from Donetsk oblast).

"I would seek help from a psychologist because my granddaughter (15 years old) takes these bombardments very hard; she closes herself off immediately. We try to cope with it somehow, but it doesn't always work. I would take her; maybe she could get some help so she wouldn't be so afraid" (IDP from Donetsk oblast).

Recommendations on the work of the future RCU

The experts assessed the initiative to establish integrated response and care units as extremely important and timely because after the start of the war, the problem of domestic and gender-based violence intensified. The interviewed IDPs also expressed their readiness to apply to the future RCU for various services, including medical services, psychological care, legal counseling, and social support. At the same time, IDPs noted that the RCU services might be especially relevant for IDPs who have moved relatively recently and need special care.

Based on the interviews with experts and FGD with IDPs, we formed several recommendations for the work of future response and care units. In addition to the obvious factors, such as strict adherence to ethical principles, in particular the principles of anonymity and confidentiality, high professional level and personal moral qualities of the specialists who will work there, the research participants also emphasized the need to:

- ensure an adequate level of security and inclusion in RCU;
- ensure territorial accessibility by creating the RCU near big transport joints (for example, in Kharkiv near metro stations). It is especially relevant for large cities: for instance, in Dnipro, it is reasonable to create at least two RCUs: one on the right and one on the left bank of the Dnipro River;

- develop a detailed case management mechanism for clients that would allow working with them systematically and not losing contact until their personal situation improves;
- develop a referral mechanism from family doctors and other potential service providers who can become an entry point for survivors (e.g., social workers, NGO representatives, police officers, mobile social and psychological assistance teams, etc.);
- establish an effective mechanism of cooperation with other service providers in the field of countering domestic violence and GBV to ensure a genuinely effective referral of clients to receive the full range of services;
- a separate area of activity for future centers could be the organization of training for family doctors and other service providers on the issues how to identify cases of domestic/gender-based violence and how to effectively motivate female clients to seek help from different service providers including the RCUs.

The research participants also emphasized the need to widely spread information about the activities of the future RCU to build trust among potential clients. For this purpose, it is possible to use both modern information technologies (e.g., specialized Telegram channels for IDPs, targeted mailings in social networks, and messengers) and relatively simple but effective methods. Such as placement of printed information in humanitarian hubs, administrative service centers (in Odesa - front offices of the Center for Integrated Social Service), Departments of Social Protection of the Population (in Mykolaiv - Department of social payments and compensations), SSC, medical institutions, places of free meals distribution, railway stations during the visits of the RCU specialists to the places of compact residence of IDPs.

II. Donetsk, Luhansk and Kherson oblasts

Security and humanitarian situation. The humanitarian situation in all three oblasts is extremely difficult. It applies to all territories: temporarily occupied, liberated, and those that were not under occupation.

In the settlements where active hostilities continued, the life support infrastructure is completely or mostly destroyed, resulting in the absence of gas, electricity, water, and heat supply. In some areas, there is no mobile communication and Internet. The damage is particularly severe in the temporarily occupied and liberated territories of Donetsk and Luhansk oblasts.

Immediately after the liberation and stabilization measures, critical infrastructure restorations began to provide the population of the liberated territories with vital services. However, in most liberated settlements, access to survival necessities remains severely limited.

Temporarily occupied settlements in 2022, including the large cities of Sieverodonetsk, Rubizhne, and Lysychansk, are suffering from a humanitarian crisis, as they had no heat, electricity, or water supply at the beginning of winter.

The territories controlled by the Government of Ukraine (non- and de-occupied) regularly suffer from hostile shelling resulting in destruction, deaths, and injuries.

The liberated territories are heavily contaminated with explosive hazards due to regular shelling (e.g., unexploded ordnances) and mining of territories by the occupiers before their retreat, including administrative and residential buildings.

The most pressing needs of the population. The population has significantly decreased in each of the three oblasts compared to the pre-war period, mainly due to internal and external migration. According to local authorities, as of late October 2022, approximately 20-25% of the population remained in the Government-controlled area of Donetsk oblast compared to the population before the full-scale invasion on February 24. It represents approximately 350 thousand people.

People remaining in the region need support both to meet urgent humanitarian needs (food, access to drinking water, goods to prepare for the winter, etc.) and social and psychological support. Considerable efforts of local authorities, civil society, and international organizations, volunteers are now aimed at providing humanitarian aid to the residents of these regions. Significant needs of the region's population in social and psychological support are mostly not satisfied.



Photo: Emilio Morenatti

Recommendations on ensuring access of the population to social and psychological care. Given the situation in these areas, it is crucial to ensure residents' access to social and psychological services. First, we are talking about the territories controlled by the Government of Ukraine, including the recently liberated ones, since it is currently impossible to work in the temporarily occupied territories in any form (neither offline nor online/telephone counseling).

However, given the regular shelling of most of the Ukrainian-controlled territories in all three oblasts and the contaminated areas with explosive ordnance, specialists' visits to these territories pose significant risks to their safety. Accordingly, at the moment, it is appropriate to give preference to remote service provision, for example, online or telephone counseling or other remote forms of work. The choice of a specific work model should be determined by the current conditions prevailing in a particular territory (availability of electricity, mobile communication, Internet access, etc.).

After the security situation improves, including the cessation of shelling and demining of the territories, it will be possible to return to offline services for residents of the liberated territories. At the same time, a prerequisite is a compliance with the basic requirements for ensuring staff safety (for example, providing Project staff with protective equipment - bulletproof vests and helmets, obtaining appropriate insurance for them, holding training on mine safety, first aid, etc.)

After the liberation of the rest of the territories of Donetsk, Luhansk, and Kherson oblasts, along with meeting the urgent humanitarian needs of the population, the task of providing social and psychological care to the residents of the liberated territories will arise naturally. To this end, it will be possible to scale up the Project's work models on introducing remote psychosocial care for the population piloted in the currently liberated areas.