

صحة المرأة والطفل في حالات النزاع: العوائق والتسهيلات التي تمنع تقديم خدمات فعالة



إشراك وتمكين القوة العاملة الصحية المبتكرة المحلية

نظرة عامة

هذا الموجز مخصص للمنظمات غير الحكومية المحلية، والمنظمات الدولية، ومنظمات المجتمع المدني، والحكومات، ووكالات الأمم المتحدة، والممولين والمانيين، والعاملين في مجال الرعاية الصحية والعاملين في الخطوط الأمامية والمجتمعات المحلية والباحثين والأكاديميين وغيرهم من الجهات الفاعلة الإنسانية الرئيسية التي يمكنها جميعاً أن تلعب دوراً في فهم وتحسين صحة المرأة والطفل "WCH" في حالات النزاع.

* تتكون أبحاث BRANCH Consortium، حتى الآن، من:

1 - مجموعة من عشر دراسات حالة قطرية تبحث في عملية التنفيذ وفعالية استراتيجيات التنفيذ،

2 - مجموعة من ثماني مراجعات منهجية تدرس بشكل نقدي الإرشادات الحالية للتدخلات الرئيسية مثل الأمراض المعدية، والأمراض غير المعدية، والصدمات، والمياه والصرف الصحي، والصحة الجنسية والإنجابية، والصحة النفسية، وتغذية الأطفال الرضع وصغار السن، والتغذية،

3 - سلسلة لانسيت من 4 أجزاء حول صحة المرأة والطفل في حالات النزاع، بالإضافة إلى تعليقين.

كجزء من سلسلة مناقشة النتائج والتوصيات الرئيسية التي توصل إليها BRANCH Consortium في بحثه عن الصحة الجنسية والإنجابية والأمومة والموليد الجدد والأطفال والمراهقين والتغذية (يشار إليها فيما بعد بصحة المرأة والطفل "WCH") في حالات النزاع*، ينصب تركيز هذا الملخص على معالجة العوائق والميسرات المتعلقة بتقديم الخدمات الصحية الفعالة للنساء والموليد الجدد والأطفال والمراهقين في حالات النزاعات، وتحديداً فيما يتعلق بالقوى العاملة الصحية.

نقر بأن البحث المقدم في هذا الموجز تم إجراؤه قبل جائحة كورونا (كوفيد-19)، فضلاً عن التوترات الأمنية والنزاعات المتزايدة التي اندلعت في بعض المناطق منذ ذلك الحين. كما نتفهم أن الحواجز الواردة في هذا الموجز قد ازدادت أو تضاعفت على الأرجح بسبب هذه العوامل.

لتسليط الضوء على تأثير الوباء والصراع الإقليمي المستمر/المتصاعد، وملاحظة قلة الأدلة في الوقت الحالي حول صحة المرأة والطفل "WCH" في حالات النزاعات خلال جائحة كورونا (كورونا-19)، وأن هناك فجوة يجب سدها، سيتم إعداد مجموعة من الملخصات القصيرة التي تسلط الضوء على الرسائل الإقليمية الرئيسية من مجموعة ورش العمل الإقليمية التي تدمج جوانباً من هذا المنظور. ستعقد ورش العمل مع أصحاب المصلحة الرئيسيين في مجال البحوث والممارسات والسياسات الصحية، بدعوة من BRANCH Consortium وشراكة صحة الأم والولد والطفل (PMNCH) والمنظمات الشريكة لنا المحلية والإقليمية خلال صيف/خريف عام 2021 لمواصلة مناقشة الاحتياجات الحالية حول تحديد ونشر القوى العاملة الصحية المناسبة، من بين القضايا الرئيسية الأخرى.

وللوصول إلى هذه الموارد الإضافية، يُرجى التحقق بشكل دوري على موقع BRANCH على الإنترنت¹ والإشارة إلى الدعوة التي أطلقتها شراكة صحة الأم والولد والطفل (PMNCH) الخاصة بفيروس كورونا (كوفيد-19)².

نتائج بحث BRANCH الرئيسية

تُعد القوى العاملة الصحية جزءاً مهماً من ضمان تقديم الخدمات الصحية الرئيسية إلى السكان المحتاجين في إطار النزاع. ومع ذلك، فإنه أيضاً مجال يواجه العديد من التحديات، خاصة عندما يتعلق الأمر بتقديم الخدمات للنساء والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين في حالات النزاع.¹¹⁻³

ووفقاً للبحوث الأخيرة التي أجرتها BRANCH في 10 دول - أفغانستان وكولومبيا وجمهورية الكونغو الديمقراطية (DRC) ومالي ونيجيريا وباكستان والصومال وجنوب السودان وسورية واليمن - تشكل القوة العاملة في مجال الصحة الموضوع الوحيد الذي يُعد عائقاً رئيسياً أمام تقديم الخدمات (الصحية) للنساء والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين في بيئات النزاع في جميع السياقات.¹²⁻²²

يزداد النقص في عدد العاملين في مجال الرعاية الصحية في حالات النزاع نظراً للمخاوف المتعلقة بتقديم الخدمات والأمان، بما في ذلك محدودية توافر العاملين الصحيين المؤهلين والمتخصصين، مما يزيد من الافتقار إلى العاملين الصحيين.

أفغانستان: القوى العاملة الصحية النسائية المحدودة

هناك نقص في القابلات القانونيات والممرضات في المناطق المتأثرة بالنزاع في بلدان مثل أفغانستان وباكستان وسورية، مما يزيد في كثير من الأحيان من إعاقة وصول المرأة إلى الخدمات الصحية.¹³⁻¹⁵ في أفغانستان مثلاً، تفرض الأعراف المجتمعية أنه لا يجوز سوى للنساء تقديم خدمات الرعاية الصحية للنساء الأخريات، بيد أن القيود التي فرضتها طالبان على النساء أدت إلى نقص في الطبيبات المؤهلات، والقابلات والممرضات ونظام الرعاية الصحية للمرأة.¹³

عبر معظم المناطق الجغرافية، لوحظ أن الافتقار لوجود أخصائيين مثل أطباء أمراض نسائية وجراحين وأطباء الأطفال وأطباء التوليد وأخصائيي العلاج الطبيعي، يؤدي إلى نقص الموارد والخدمات اللازمة للعديد من الاحتياجات الصحية للنساء والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين في حالات النزاع (على سبيل المثال، كولومبيا وجمهورية الكونغو الديمقراطية وباكستان وأفغانستان واليمن وسورية والصومال).¹³⁻¹⁹ مع الإشارة إلى أن البلدان الأخرى حيث لم يتم التعرف على هذه المشكلة، تعاني أساساً من نقص عام في عدد العاملين الطبيين الأساسيين (مثل جنوب السودان).²⁰ وتم التبليغ أيضاً عن نقص العاملين المدربين في مجال الرعاية الصحية، بما في ذلك عدم كفاية فرص التدريب للقوى العاملة في مجال الصحة. وبالإضافة إلى ذلك، لوحظ عدم وجود حوافز لدعم القوة العاملة في مجال الصحة.

اليمن: حوافز غير متكافئة ودرجة المناوبة مرتفعة

يمثل ارتفاع معدل مناوبة موظفي المرافق الصحية تحدياً في جميع أنحاء اليمن، لا سيما في المراكز الحضرية.²⁵ كانت الأسباب الرئيسية لمناوبة الموظفين اقتصادية، بما في ذلك العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يبحثون عن عمل خارج اليمن، ويختارون العمل فقط في العيادات الخاصة بدلاً من الممارسة المزدوجة، وارتفاع رواتب الوظائف البرنامجية في الوكالات الإنسانية، أو التحول إلى وظائف ذات مدفوعات تحفيزية أعلى أو أكثر اتساقاً.¹⁸

وأدت معدلات الحوافز غير المتكافئة التي تقدمها المنظمات الإنسانية إلى زيادة التوتر بين المتطوعين وأثرت سلباً على دوافعهم للعمل. في المناطق التي تسيطر عليها الحكومة بحكم الأمر الواقع، نشأت توترات ملموسة بين الموظفين على المدى الطويل، وفي بيئات المرافق والمقاولين على المدى القصير، وأعرب مسؤولون حكوميون أيضاً عن استيائهم من دور المنظمات الدولية في توفير الحوافز.¹⁸

كما تبين أن أنظمة التسجيل تقتصر على تتبع (عدد) المهنيين الصحيين وموقعهم في مختلف أنحاء البلاد (على سبيل المثال، الصومال).¹⁹ كما أفيد عن ضعف التنسيق بين مختلف المؤسسات، ولا سيما وزارتي الصحة والتعليم، لبناء قدرات القوى العاملة الصحية (مثل الصومال وسورية).^{12، 15، 19}

مالي: أثر انعدام الأمن

كان انعدام الأمن مسألة رئيسية تم رصدها في جميع دراسات الحالات القطرية.¹²⁻²² في شمال مالي، تأثرت القدرة على تقديم الخدمات بسبب طبيعة النزاع التي لا يمكن التنبؤ بها وسرعة تغيرها. وقد تتغير الحالة الأمنية في بعض المناطق بسرعة وكثيراً ما أبلغ المستجيبون عن شعورهم بأنهم عرضة للهجمات. كثيراً ما كان العاملون في المنظمات الإنمائية والإنسانية عرضة لعمليات الاختطاف، مما أثر على التكاليف، بالإضافة إلى توظيف العاملين الصحيين وإقائهم، مما أدى إلى تعطيل الخدمة وإجبار المنظمات على الاستمرار في تعيين وتدريب موظفين جدد.^{21، 27}

يُتيح الاستثمار في تطوير أساليب مبتكرة ومكيفة لتقديم الخدمات في مجال صحة المرأة والطفل "WCH" وسهولة تحمل عبء العمل بالنسبة للقوى العاملة في مجال الصحة، ويُتيح الوصول إلى خدمات ميسرة وفعالة من حيث التكلفة للوصول إلى السكان المشتتين والبعيدين، ويعزز نظام الإحالة في أماكن النزاع.

استنادًا إلى نتائج البحوث والتوصيات الرئيسية لـ BRANCH Consortium، تم اقتراح العديد من السياسات لمختلف الجهات الفاعلة الإنسانية لتعزيز تقديم الخدمات والبحوث المتعلقة بصحة النساء والموليد الجدد والأطفال والمراهقين في حالات النزاع، لا سيما فيما يتعلق بالقوى العاملة في مجال الصحة. 12-22، 28، 29

1. التوظيف المحلي على أساس الأولوية والاحتياجات

إن توظيف العاملين المحليين (العاملين في مجال الرعاية الصحية)، وخاصة بناءً على أولوية واحتياجات السياق الحالي 30، أمر مهم لضمان قوة عاملة مستمرة، وخفض التهديدات الأمنية، والمزيد من الاستبقاء أثناء الاستجابة الفورية والطويلة الأجل لاحتياجات صحة المرأة والطفل "WCH" في حالات النزاع. كما يمكن تحقيق قدر أكبر من الثقة المجتمعية وإمكانية الوصول إلى النساء والموليد الجدد والأطفال والمراهقين في المجتمعات المحلية النائية التي يصعب الوصول إليها.

قد يؤدي أسلوب تقديم الخدمة واستخدام تقديم الخدمات المبتكرة أيضًا إلى تخفيف عبء العمل على القوى العاملة في مجال الصحة، لا سيما في ظروف النزاع. من الأمثلة على ذلك الإدارة عن بُعد (للفرق والمرافق)، واستخدام العيادات المتنقلة لتقديم الخدمة للمناطق النائية التي يصعب الوصول إليها والمجموعات الضعيفة مثل النساء والموليد الجدد والأطفال والمراهقين (على سبيل المثال، جنوب السودان) 20، 31 ومرافق العلاج والزيارات المنزلية وتعزيز الخدمات المجتمعية لتقريب الخدمات من السكان (مثل باكستان وأفغانستان) 13، 14 و دمج التقنيات مثل WhatsApp أو البروتوكولات السريرية الإلكترونية في تقديم الخدمة في أماكن النزاع. 12

والتوظيف المحلي هو استراتيجية تستخدمها الوكالات الإنسانية لمعالجة المخاوف المحيطة بالقوى العاملة في مجال الصحة والأمن والتمويل في حالات النزاع. ساهمت القوى العاملة المحلية في التخفيف من التهديدات الأمنية وحظيت بأهمية في التواصل مع المجتمع المحلي وتوطيد الثقة به، ولا سيما النساء والموليد الجدد والأطفال والمراهقين في حالات النزاع.

تنفيذ حزم متكاملة من خدمات صحة المرأة والطفل "WCH" (على سبيل المثال، الجمع بين خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وتنظيم الأسرة، ومراكز العنف القائم على النوع الاجتماعي التي تقدم رعاية الولادة) عند نقطة التسليم هي استراتيجية أخرى لزيادة عدد الخدمات التي يمكن تقديمها في زيارة واحدة، والتقليل إلى أدنى حد من عدد الزيارات اللازمة لمرافق صحي، وتقليل عبء العمل الواقع على عاتق العاملين في مجال الرعاية الصحية (على سبيل المثال، أفغانستان ونيجيريا) 13، 22 مما يؤدي أيضًا إلى توفير خدمات أكثر فعالية من حيث التكلفة وكفاءة للنساء والموليد الجدد والأطفال والمراهقين في ظروف الصراع. 12

في سورية، استُخدمت الإدارة عن بُعد من قبل بعض المحاور لتحسين إمكانية الوصول إلى مناطق جغرافية معينة عندما لا يكون الوصول الفعلي إليها ممكنًا. 15 غالبًا ما كان يُنظر إلى الشركاء المحليين على أنهم مهمين في توفير المعلومات الاستخباراتية حول التهديدات الأمنية (مثل مالي وكولومبيا) 16، 21 حيث ذكر العديد من المستجيبين الدوليين أنهم يعتمدون أكثر على الموظفين والشركاء المحليين والوطنيين لتقديم الخدمات (الصحية) للنساء والموليد الجدد والأطفال والمراهقين في حالات النزاع لهذا السبب (مثل جمهورية الكونغو الديمقراطية والصومال وسورية واليمن). 11، 13، 15، 17، 19

وتعتبر الرعاية الجيدة، بما في ذلك الرعاية المحترمة والكرامة، والمشاركة المجتمعية الفعالة، من الأمور الرئيسية أيضًا. 2

تُظهر النتائج من كولومبيا وجمهورية الكونغو الديمقراطية والصومال أهمية الدوافع الذاتية و"الشعور بالواجب" لاستبقاء العاملين الصحيين في حالات النزاع. 16، 17، 19 شعر العاملون الوطنيون في مجال الصحة، ولا سيما الذين يعملون مع الأطفال، بالحاجة إلى حماية مستقبل بلدهم. من المرجح أيضًا أن يواصل العاملون الصحيون المحليون العمل حتى مع وجود فجوات في التمويل وتأخيرات في دفع الأجور نظرًا لارتباطهم بالمجتمعات المحلية وهي طريقة تتيج للناس التغلب على فجوات التمويل، وإن لم تكن حلًا أو استراتيجية طويلة الأجل. 12

تغيير المهام أو تقاسم المهام هو حل مبتكر آخر يُطرح في حالات النزاع، حيث تُقلل المهام، عند الاقتضاء، إلى العاملين الصحيين الأقل تخصصًا. في حالة باكستان، على سبيل المثال، تم تطوير برنامج العاملات الصحيات (LHW) لتلبية احتياجات المجتمعات في مختلف أنحاء البلاد. 14 ويؤدي برنامج العاملات الصحيات، بوصفه ضمن المجتمع المحلي دورًا مهمًا في توفير الخدمات الصحية الوقائية والترويجية والعلاجية الأساسية لمنطقة مستجمعات المياه، فضلًا عن ربط الخدمات الصحية الإضافية والإشارة إليها. يركز هذا النهج على المستوى الميداني على توسيع القوة العاملة في مجال الصحة للوصول إلى السكان المشتتين والبعيدين من خلال العاملين الصحيين المجتمعيين (CHW) والمتطوعين والمهنيين الصحيين المتحالقين. وتؤثر هذه الأدوار تأثيرًا ملحوظًا على صحة المرأة والطفل "WCH" في حالات النزاع وتمكين المزيد من النساء من الانضمام إلى القوى العاملة في مجال الصحة. 12، 32 - 34

تبين البحوث التي أجرتها BRANCH أيضًا أهمية ضمان حصول الجهات الفاعلة المحلية في حالات النزاع، بما في ذلك العاملين الصحيين، على دعم جيد وعدم تحملهم لمخاطر غير متناسبة ضمن إطار الاستجابة التي قد تعيق قدرتهم على الأداء. مثلًا، توفير التدريب التقني لتنفيذ التدخلات بفعالية و/أو تجنب أي ثغرات في دفع الأجور، بالتوازي مع رفع معدلات حوافز موحدة وهو أمر مهم أيضًا. 2، 12

يُنظر إلى جمع البيانات على أنه مهم ليس فقط من جانب BRANCH، بل أيضًا من جانب أصحاب المصلحة الرئيسيين الآخرين في الميدان الإنساني. 10، 35-39 يمكن للمتطوعين المجتمعيين أو لعاملين في مجال الصحة، على الرغم من أن دورهم الأساسي في تقديم الخدمات، أن يلعبوا أيضًا دورًا مهمًا في جمع البيانات للرصد والتقييم على مستوى الأسرة في حالات النزاع، باستخدام تقنيات وأجهزة أحدث. 29 يمكن اعتبار استخدام المتطوعين المجتمعيين أو العاملين الصحيين في جمع البيانات نهجًا واعدًا للتغلب على بعض التحديات التي تواجه جمع بيانات عالية الجودة في حالات النزاع، مما يمكن الباحثين أيضًا من فهم المشهد الإنساني ومجال تقديم الخدمات على نحو أفضل، وبالإضافة إلى ذلك، فإن تقديم الخدمات على نحو سهل المنال ومجد وفعال من حيث التكلفة يعتبر عنصرًا هامًا في بحوث التنفيذ اللازمة في حالات النزاع.

هناك حاجة أيضًا إلى استراتيجيات وطنية لدعم مثل هذه الخطط، مما يضمن وجود عاملين في مجال الرعاية الصحية مدربين ومدعومين بشكل كافٍ وعالي الجودة بناءً على الاحتياجات والأولويات المحلية. 2

الخلاصة

هناك العديد من العوائق المرتبطة بتقديم الخدمات الصحية للنساء والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين في ظروف النزاع، لا سيما فيما يتعلق بالقوى العاملة في مجال الصحة. وقدمت العديد من الحلول للتخفيف من هذه الحواجز إلى المنظمات غير الحكومية المحلية والحكومات والمنظمات الدولية والجهات المانحة وغيرها من الجهات الفاعلة الإنسانية الرئيسية. الوعي والعمل الجماعي أساسيان.

وكخطوة تالية، لا بد من إجراء المزيد من البحوث بشأن موضوع القوة العاملة في مجال الصحة في حالات النزاع من حيث صلتها بصحة المرأة والطفل "WCH"²⁹.

يمكن استخلاص المزيد من البيانات، وفهم أكبر للقضايا المختلفة عبر المناطق، وأماكن النزاع وبين الجهات الفاعلة، وتوفير المزيد من الحلول. ويمكن أن يؤدي ذلك أيضًا إلى إبراز الاحتياجات الدقيقة والمطالبة بتنفيذ السياسات والبرامج والاستراتيجيات على الصعيد القطري لدعم توافر قوة عاملة صحية عالية الجودة وسهلة المنال وإمكانية الوصول إليها، من ضمن أمور أخرى.

بهدف تمكين الجهات الفاعلة المحلية وتجهيزها للمشاركة في صنع القرار بشأن التمويل والبرمجة، يجب ضمان تقديم الخدمات اللازمة للنساء والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين في حالات النزاع.

إن تحويل ميزان القوى، على سبيل المثال، حول التمويل وصنع القرار إلى الجهات الفاعلة المحلية والابتعاد عن الوكالات الدولية الأكبر، والتي تشكل إعاقة أكثر في بعض الأحيان، هي استراتيجية أخرى كانت مفيدة عند تقديم الخدمات (الصحية) للنساء والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين في ظروف النزاع، لا سيما مع مواءمة الأموال على أساس الاحتياجات الفعلية للمجتمعات المحلية والقوى العاملة في مجال الصحة. 12 وفي مالي، تستخدم المنظمات مصطلح "faire faire" عند الإشارة إلى ممارسة التعاقد من الداخل مع المنظمات المحلية أو أفراد المجتمع لتقديم الخدمات، لا سيما عندما تكون هناك مخاوف أمنية، ولكن أيضًا كوسيلة لاكتساب رؤى تحاكي السياق المحلي. يصف المصطلح أيضًا الطرق التي تمول بها المنظمات المراكز الصحية المحلية أو تنفذ أنشطة بناء القدرات مع العاملين الصحيين المحليين.²¹

غالبًا ما تكون القوى العاملة المحلية (الصحية) أكثر معرفةً ودرايةً بالقضايا على أرض الواقع التي تواجه صحة المرأة والطفل "WCH"، الأمر الذي يجعل توفير الخدمات أكثر ارتباطًا بالاحتياجات المتغيرة. لذلك يتم تشجيع استخدام القوة العاملة المحلية. يمكن للجهات الفاعلة الخارجية بعد ذلك أن تركز على رصد وتقييم البرامج والخدمات.

ولضمان التعاون والتنسيق الأفضل، من المهم أيضًا أن تتماشى القرارات مع الأولويات المحلية والإقليمية المحددة على كافة المستويات (مثل المجتمعات المحلية، ومؤسسات الرعاية الصحية، والجهات المانحة، والحكومات، والمنظمات المحلية والدولية، والأكاديميين، والباحثين، وما إلى ذلك).

لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة:
branchconsortium.com

BRANCH



Bridging Research & Action in Conflict Settings
for the Health of Women & Children

:With support from



استند هذا الملخص إلى نتائج سلسلة لانسيت حول صحة المرأة والطفل في حالات النزاعات.

14. Das JK, Padhani ZA, Jabeen S, et al. Impact of conflict on maternal and child health service delivery – how and how not: a country case study of conflict affected areas of Pakistan. *Conflict and Health*. 2020;14:32
<https://doi.org/10.1186/s13031-020-00271-3>
15. Akik C, Semaan A, Shaker-Berbari L, et al. Responding to health needs of women, children and adolescents within Syria during conflict: intervention coverage, challenges and adaptations. *Conflict and Health*. 2020;14:37
<https://doi.org/10.1186/s13031-020-00263-3>
16. Ramos Jaraba SM, Quiceno Toro N, Ochoa Sierra M, et al. Health in conflict and post-conflict settings: reproductive, maternal and child health in Colombia. *Conflict and Health*. 2020;14:33
<https://doi.org/10.1186/s13031-020-00273-1>
17. Altare C, Bwenge Malembaka E, Tosha M, et al. Health services for women, children and adolescents in conflict affected settings: experience from North and South Kivu, Democratic Republic of Congo. *Conflict and Health*. 2020;14:31
<https://doi.org/10.1186/s13031-020-00265-1>
18. Tappis H, Elaraby S, Elnakib S, et al. Reproductive maternal, newborn and child health service delivery during conflict in Yemen: a case study. *Conflict and Health*. 2020;14:30
<https://doi.org/10.1186/s13031-020-00269-x>
19. Ahmed Z, Ataullahjan A, Gaffey MF, et al. Understanding the factors affecting the humanitarian health and nutrition response for women and children in Somalia since 2000: a case study. *Conflict and Health*. 2020;14:35
<https://doi.org/10.1186/s13031-019-0241-x>
20. Sami S, Mayai A, Sheehy G, et al. Maternal and child health service delivery in conflict-affected settings: a case study example from Upper Nile and Unity states, South Sudan. *Conflict and Health*. 2020;14:34
<https://doi.org/10.1186/s13031-020-00272-2>
21. Ataullahjan A, Gaffey MF, Tounkara M, et al. C'est vraiment compliqué: a case study on the delivery of maternal and child health and nutrition interventions in the conflict affected regions of Mali. *Conflict and Health*. 2020;14:36
<https://doi.org/10.1186/s13031-020-0253-6>
22. Tyndall JA, Ndiaye K, Weli C, et al. The relationship between armed conflict and reproductive maternal, newborn and child health and nutrition status and services in Northeastern Nigeria: a mixed methods case study. *Conflict and Health*. 2020;14:75
<https://doi.org/10.1186/s13031-020-00318-5>
1. The Health of Women, Newborns, Children and Adolescents in Conflict Settings: Improving Evidence and Guidance for Effective Action. BRANCH. 2021. <http://www.branchconsortium.com>
2. PMNCH Call to Action on COVID-19. PMNCH. 2021
<https://pmnch.who.int/news-and-events/campaigns/pmnch-call-to-action-on-covid-19>
3. Devi S. Yemeni health under relentless pressure. *Lancet*. 2018;391(10121): 646
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30260-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30260-5)
4. Yemen's silent killers. *Lancet* 2017;389(10070):672
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30390-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30390-2)
5. Bendavid E, Boerma T, Akseer N, et al. The effects of armed conflict on the health of women and children. *Lancet*. 2021; published online Jan 24
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00131-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00131-8)
6. Wise PH. The epidemiologic challenge to the conduct of just war: confronting indirect civilian casualties of war. *Daedalus*. 2017; 146: 139–54
7. Alda E, Mc Evoy C. Beyond the battlefield: towards a better assessment of the human cost of armed conflict. Geneva: Small Arms Survey, 2017
8. Rubenstein L, Bales C, Spitzer W, Wille C. Violence on the frontline: attacks on health care in 2017: safeguarding health in conflict, 2019. Geneva: Safeguarding Health in Conflict, 2019
9. Safeguarding Health in Conflict Coalition. Impunity must end: attacks on health in 23 countries in conflict in 2016. [Internet]. 2017. Available from <https://www.safeguardinghealth.org/sites/shcc/les/SHCC2017nal.pdf/>
10. Percival V, Richards E, MacLean T, Theobald S. Health systems and gender in post-conflict contexts: building back better? *Confl Heal*. 19;(1)8;2014
11. United Nations High Commissioner for Refugees. Global trends: forced displacement in 2019. 2020
<https://www.unhcr.org/globaltrends2019>
12. Singh NS, Ataullahjan A, Ndiaye K, et al and the BRANCH Consortium Steering Committee. Delivering health interventions to women children, and adolescents in conflict settings: what have we learned from 10 country case studies. *Lancet*. 2021; published online Jan 24
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00132-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00132-X)
13. Mirzazada S, Padhani ZA, Jabeen S, et al. Impact of conflict on maternal and child health service delivery: a country case study of Afghanistan. *Conflict and Health*. 2020;14:38
<https://doi.org/10.1186/s13031-020-00285-x>

35. & .Murray, C. J., King, G., Lopez, A. D., Tomijima, N Krug, E. G. (2002). Armed conflict as a public health problem. *BMJ (Clinical research ed.)*, 324(7333). 349–346
<https://doi.org/10.1136/bmj.324.7333.346>
36. ,Kristina MC, Susan TC, Andrew TB, Colleen H Mamunur Rahman M, Peter M, et al. Real-time surveillance in emergencies using the Early Warning Alert and Response Network. *Emerging Infectious Disease Journal*. 2017;23(13)
37. ,Haar RJ, Risko CB, Singh S, Rayes D, Albaik A Alnajar M, et al. Determining the scope of attacks :on health in four governorates of Syria in 2016 .results of a field surveillance program. *PLoS Med* .e1002559;(4)15;2018
38. Bashour H. Let's not forget the health of the Syrians within their own country. *Am J Public Health*. 2015;105(12):2407–8
39. World Health Organization. Maternal health in Nigeria: generating information for action 2019 :Available from]
<https://www.who.int/reproductivehealth/maternal-health-nigeria/en->
23. :Qarani WM, Kanji SI. Health System Analysis .Pakistan and Afghanistan; 2015. p. 06
24. Afzal S, Masroor I, Shafgat G. Migration of health workers: a challenge for health care system. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2012;22(9):586–7
25. .Devi S. Yemeni health under relentless pressure .*Lancet*. 2018;391(10121): 646
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30260-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30260-5)
26. .Yemen's silent killers. *Lancet* 2017;389(10070):672
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30390-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30390-2)
27. Degni F, Amara ID, Klemetti R. Women's Experiences in Accessing Maternal and Child Health Services During the Period of the Armed Conflict in the North of Mali. *Open Public Health J* .8:1;2015
28. Ataullahjan A, Gaffey MF, Sami S, Singh NS, Tappis H, Black RE, et al. Investigating the delivery of health and nutrition interventions for women and children in conflict settings: a collection of case studies from the BRANCH Consortium. *Confl Heal* <https://doi.org/10.1186/s13031-020-y-00276> .(1)14;2020
29. Bhutta ZA, Gaffey MF, Spiegel PB, et al. Doing better for women and children's health and nutrition in the context of armed conflict. *Lancet* .published online Jan 24 ;2021
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00127-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00127-6)
30. Gaffey MF, Waldman RJ, Blanchet K, et al, and the BRANCH Consortium Steering Committee Delivering health and nutrition interventions for :women and children in different conflict contexts ,a framework for decision making on what, when and how. *Lancet*. 2021; published online Jan 24
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00133-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00133-1)
31. Donini A, Maxwell D. From face-to-face to face-to-screen: remote management, effectiveness and accountability of humanitarian action in insecure environments. *International Review of the Red Cross*. 2013;95(890):383–413
32. Bhutta ZA, Hafeez A, Rizvi A, Ali N, Khan A, Ahmad F, et al. Reproductive, maternal, newborn, and child health in Pakistan: challenges and opportunities. *Lancet*. 2013;381(9884):2207–18
33. WHO. Using lay health workers to improve access to key maternal and newborn health interventions .in sexual and reproductive health [Internet] :Geneva; 2013. Available from
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/rhr1309/en
34. WHO. WHO Recommendations: Optimizing Health Worker Roles to Improve Access to Key Maternal and Newborn Health Interventions Through Task Shifting [Internet]. Geneva; 2012. Available from
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK148518>

الموارد

فيما يلي قائمة شاملة بالموجزات في هذه السلسلة التي تتناول تأثير النزاع على الصحة الجنسية والإنجابية وصحة الأمهات والموليد والأطفال والمراهقين والتغذية وتقتصر التوصيات المحتملة:

موجز السياسة 1

صحة المرأة والطفل في حالات النزاع: العوائق والتسهيلات التي تمنع تقديم خدمات فعالة
إشراك وتمكين القوى العاملة الصحية المحلية المبتكرة

موجز السياسة 2

صحة المرأة والطفل في حالات النزاع: العوائق والتسهيلات التي تمنع تقديم خدمات فعالة
القيادة والحوكمة والتنسيق الإستراتيجي والقابلة للتكيف ومتعددة القطاعات

موجز السياسة 3

صحة المرأة والطفل في حالات النزاع: العوائق والتسهيلات التي تمنع تقديم خدمات فعالة
التمويل الصحي الشامل والمستدام والقائم على الاحتياجات

Photo credit: Flickr Creative Common License/Canada in Afghanistan/Sandra Calligaro