

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



التمويل الصحي الشامل والمستدام والقائم على الاحتياجات

نظرة عامة

هذا الموجز مخصص للمنظمات غير الحكومية المحلية، والمنظمات الدولية، ومنظمات المجتمع المدني، والحكومات، ووكالات الأمم المتحدة، والممولين والمانحين، 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.

* تتكوّن أبحاث BRANCH Consortium، حتى الآن، من:

1 - مجموعة من عشر دراسات حالة قطرية تبحث في عملية التنفيذ وفعالية استراتيجية 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 العقلية، وتغذية الأطفال الرضع، وصغار السن، والتغذية،

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

كجزء من سلسلة تناقش 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، يركّز هذا الملخص على العوائق والميسرات المتعلقة بتقديم الخدمات الصحية الفعالة للنساء والموليد الجدد والأطفال والمراهقين في حالات النزاعات، وتحديداً فيما يتعلق بالتمويل الصحي.

نحن 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. ستُعقد 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 عام 2021 لمواصلة مناقشة الاحتياجات الحالية حول التمويل الصحي، من ضمن قضايا رئيسية أخرى.

وللوصول إلى هذه الموارد الإضافية، يُرجى التحقق بشكل دوري على موقع BRANCH على الإنترنت،¹ والإشارة إلى الدعوة التي أطلقتها شراكة صحة الأم والولد والطفل (PMNCH) من أجل فيروس كورونا (كوفيد-19).²

نتائج بحث BRANCH الرئيسية

أفغانستان: الصناديق المتنوعة والبرامج غير المتسقة

في أفغانستان، وردت أموال كثيرة من مجموعة من المانحين؛ غير أن هذه الأموال المتاحة لم تكن كافية لتلبية الاحتياجات الصحية للسكان وشكلت عائقاً رئيسياً أمام نجاح تنفيذ برامج صحة المرأة والطفل "WCH". وأسفرت جهات مانحة مختلفة أيضاً عن اهتمامات برنامجية مختلفة وخدمات غير متسقة يمكن تقديمها إلى خدمات صحة المرأة والطفل "WCH" في حالات النزاع. في بعض الأحيان، تم تحويل الأموال أيضاً نحو جهود الحرب والأمن في ظل السياق الهش للبلد.¹⁰

كما خُصّصت اعتمادات في الميزانية على المستوى المركزي الذي كان يعاني من نقص في القدرات مما أدى إلى التأخير في الإفراج عن الأموال، والتوزيع غير الكافي للأموال (بين المقاطعات والمرافق الصحية)، والاستخدام غير السليم للأموال التي شكلت جميعها حواجزاً رئيسية أمام التنفيذ الناجح لبرامج صحة المرأة والطفل "WCH".¹⁰

وقد تباينت المستويات والظروف المرتبطة بمختلف الصناديق تبايناً كبيراً بين السياقات التي جرى بحثها. وأسهمت آليات التمويل غير المستحبة، والتدخل السياسي في الخدمات، والمنافسة للحصول على التمويل، والتأخير في الإفراج عن الأموال، في حدوث فجوات في التمويل، وفي تقديم الخدمات في كثير من الأحيان.³ كما أثر الفساد ضمن الحكومات في بعض البلدان، على كيفية توزيع الجهات المانحة للأموال ولمن توزعها، مع بقاء معظم الأموال داخل المنظمات الدولية نتيجة لذلك.³

إن تكاليف البنية الأساسية والتكاليف التشغيلية (أي النفقات التي لا بد من تغطيتها لتنفيذ أنشطة مشروع أو منظمة ما) تشكل تحدياً مهماً يتعين علينا أن ننظر فيها عند تقديم خدمات صحة المرأة والطفل "WCH" الفعالة. ولكن كما ورد في العديد من البلدان، كانت الجهات المانحة مترددة في الاستثمار في هذه التكاليف (باكستان وجنوب السودان على سبيل المثال).^{11، 12}

جمهورية الكونغو الديمقراطية: (نقص) الاستفادة من الخدمات

في جمهورية الكونغو الديمقراطية، اصطدمت الرعاية الصحية المجانية التي تروج لها الجهات الفاعلة الإنسانية الدولية مع سياسة رسوم المستخدمين التي تتبعها وزارة الصحة. وكثيراً ما أدى ذلك إلى استخدام بعض الخدمات، مع نقص استخدام العديد من الخدمات الأخرى. كما أدت توقعات حصول المجتمعات المحلية على هذه الخدمات إلى حدوث ارتباك وانعدام الثقة.¹³

دون التمويل الكافي لجميع تكاليف البرامج، تتعرض البرامج لخطر عدم القدرة على تقديم مجموعة كاملة من الخدمات و/أو تقديم خدمة ذات جودة رديئة. بالإضافة إلى ذلك، فإن البرامج متعددة السنوات التي تعالج الأسباب الجذرية لانعدام الأمن والاستجابة بشكل أفضل للاحتياجات السكانية خلال الأزمات الممتدة تفتقر أيضاً إلى التمويل بسبب تردد المانحين.

يعتبر التمويل الصحي جانباً مهماً ينبغي النظر فيه عند ضمان تقديم الخدمات الصحية الأساسية إلى السكان المحتاجين في سياق النزاع، وعلى مدار النزاع وما بعده. تعتبر استدامة البرامج التي هي أيضاً قابلة للتكيف أمر حتمي. ومع ذلك، فإن هذا أيضاً مجال يواجه فيه العديد من التحديات، خاصة عندما يتعلق الأمر بتقديم الخدمات للنساء والماليد الجدد والأطفال والمراهقين في حالات النزاع.³⁻⁶

في الدول العشر التي جرى البحث فيها - أفغانستان وكولومبيا وجمهورية الكونغو الديمقراطية (DRC) ومالي ونيجيريا وباكستان والصومال وجنوب السودان وسورية واليمن - تميزت معظم المنظمات غير الحكومية المذكورة بدرجة عالية من الاعتماد على أموال المانحين، مما يضعها في موقف تتحدد فيه العديد من برامج صحة المرأة والطفل "WCH" وخدماتها من قبل المانحين، والكثير منها خارج الصراع و/أو الموقع الجغرافي للبلد، مما يتسبب في بعض الحالات إلى ابتعادها عن الاحتياجات الفعلية للمجتمع المحلي الذي يسعى إلى الحصول على الخدمات.^{3، 4، 7 - 16}

سورية: تمويل برامج وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية

في سورية (وكولومبيا)، أفيد بأن الجهات المانحة تتحدد في بعض الأحيان مكان وكيفية تنفيذ الاستراتيجيات التي كثيراً ما تحد من فعالية تدخلات صحة المرأة والطفل "WCH".^{7، 8}

فيما يتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية (SRH)، لوحظ أن التمويل المحدود يشكل عائقاً يعود أساساً إلى الاحتياجات المتنافسة أثناء النزاع والافتقار إلى الاهتمام الذي كثيراً ما يُعطى لصحة المراهقين، من بين أسباب أخرى. على سبيل المثال، غالباً ما تُذكر برامج تنظيم الأسرة على أنها برامج تعاني من نقص التمويل مع عدم كفاية الموارد والقدرة على مواصلة هذه الجهود أثناء النزاع.^{7، 8} كما أفيد بأن العنف القائم على النوع الاجتماعي (GBV) وحالات الحمل غير المرغوب فيها تكون أعلى في ظروف النزاعات، ومع ذلك لم يتم توفير التمويل والدعم لهذه الأنواع من البرامج دائماً في حزمة خدمات صحة المرأة والطفل "WCH" في ظروف نزاع كهذه.⁷

علاوةً على ذلك، غالباً ما يوجد العديد من المانحين الذين يقدمون مساعدات مالية إلى منطقة ولهم مصالح متباينة، مما يصعب على مقدمي الخدمات والجهات الفاعلة الإنسانية الأخرى تقديم خدمات صحة المرأة والطفل "WCH" متسقة، تلبي احتياجات السكان (على سبيل المثال، الصومال وأفغانستان).^{9، 10}

الصومال: الاحتياجات قصيرة الأجل مقابل طويلة الأجل

في الصومال، على الرغم من توفير الأموال لتلبية الاحتياجات الملحة الناشئة للسكان، كان هناك نقص في التمويل والاستثمار من أجل معالجة المخاوف طويلة الأجل للسكان - ولا سيما الاحتياجات طويلة الأجل للنساء والماليد الجدد والأطفال والمراهقين. غالباً ما كان تحديد أولويات تدخلات (صحة المرأة والطفل "WCH") الرئيسية يتم بتكليف من أولويات الجهات المانحة، والتي تركز على تقديم المساعدات الإنسانية الفورية بدلاً من التنمية.⁹

والإنجابية) للنساء والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين في حالات النزاع من خلال تخصيص الأموال لهذه البرامج والخدمات لمواصلة تقديم هذه الخدمات أو حتى توسيعها .

وسيكون من المفيد أيضاً أن ينظر المانحون إلى التكلفة الإجمالية لتقديم الخدمات والتدخلات إلى صحة المرأة والطفل "WCH" في حالات النزاع (التكاليف المباشرة وغير المباشرة على حد سواء)،^{3، 18} نظراً لأن التكاليف التشغيلية وتكاليف البنية الأساسية وما شابه ذلك من الأمور المهمة أيضاً لتأمينها عند تنفيذ البرامج في ظروف النزاع. وبدون تمويل كافٍ لجميع تكاليف البرامج، تتعرض البرامج لخطر عدم تقديم مجموعة شاملة من الخدمات أو إغلاقها بسبب عدم كفاية تكاليف إدارة البرنامج.

كما يجب أن يؤخذ في الاعتبار التمويل اللازم لتلبية الاحتياجات الفورية والاحتياجات الطويلة الأمد (ما بعد النزاع).

2. التمويل المستدام

ومن شأن الأموال المتعددة السنوات وغير الموسومة والمتنوعة أن تساعد على ضمان استمرارية برامج صحة المرأة والطفل "WCH"، فضلاً عن البرمجة التي تناسب الاحتياجات المتغيرة باستمرار للسكان في حالات النزاع وما بعد النزاع.

ومن شأن استخدام البرامج متعددة السنوات أن يضمن البرمجة المتسقة على مدار النزاع المستمر وأن يحول دون حدوث ثغرات في تقديم الخدمات لصحة المرأة والطفل "WCH".^{3، 19} كما أن من شأن الأموال غير المحددة أن تمكن البرامج من سد الفجوات في البرمجة وتقديم الخدمات التي تظهر غالباً بسبب التغيير المستمر للاحتياجات صحة المرأة والطفل "WCH" أثناء النزاع. وفي حالة الصومال، ساعد استخدام الأموال المخصصة في حالات الطوارئ إلى حد كبير على توجيه الأموال إلى برامج وخدمات محددة في إطار صحة المرأة والطفل "WCH" التي نشأت بسبب المشهد المتغير للنزاع.⁹ قد يخفف ذلك من حدة التحدي الذي كثيراً ما ينشأ عندما يكون لدى مختلف الجهات المانحة اهتمامات برنامجية مختلفة ويصبح من الصعب تنفيذ مستوى الخدمات المتنوعة تفيدياً كاملاً.

ويوصى بالسعي للحصول على الأموال من مختلف الجهات المانحة لضمان استمرارية برامج صحة المرأة والطفل "WCH" في حالات النزاع في حالة سحب التمويل، أو تأخر الإفراج عن الأموال، مع تخصيص الأموال للشركاء المحليين لضمان توزيع الأموال واستخدامها عند الحاجة وتقليل أي فجوات في تقديم الخدمات.^{3، 5}

كان استخدام منظمات الأمم المتحدة الأخرى استراتيجية أخرى ساعدت في تنويع استخدام الأموال عند الحاجة، كما كان الحال في اليمن.¹⁵ ولوحظ أيضاً أن وكالات الأمم المتحدة أكثر قدرةً على حشد الأموال بسرعة وعند الحاجة، وذلك بمثابة ميزة أخرى.

3. التمويل على أساس الاحتياجات

لقد ثبت أن تخصيص الأموال على المستوى المحلي يؤدي إلى المزيد من الخدمات والبرامج التي تتماشى بشكل مباشر مع احتياجات النساء والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين، وتحسين تدفق تقديم خدمات صحة المرأة والطفل "WCH"، وتوفير المزيد من الأموال للخدمات المباشرة في حالات النزاع، والحد من الفساد.

إن المزيد من توطين الاستجابة الإنسانية (على سبيل المثال، وضع عملية صنع القرار الأساسية بشأن تنفيذ البرامج والخدمات على المستوى المحلي) أصبح الآن راسخاً كمبدأ معياري رئيسي للعمل الإنساني من خلال مبادرة الصفقة الكبرى (Grand Bargain)، والتي تضم الآن أكثر من 60 جهة مانحة ووكالة تابعة للأمم المتحدة ومنظمة غير حكومية و الموقعون على حركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر.^{2، 5} تم الاتفاق في البداية بين مجموعة من الحكومات المانحة والمنظمات الإنسانية في مؤتمر القمة العالمي للعمل الإنساني لعام 2016 لتحسين كفاءة المساعدات الإنسانية وفعاليتها. تحظى هذه المبادرة بدعم، إلى جانب التنفيذ والرصد المنتظم لاستجابة صحية تتسم بقدر أكبر من الطابع المحلي.

نيجيبريا: موارد مالية غير كافية

في نيجيبريا، أدت الموارد المالية غير الكافية إلى تعريض بعض التدخلات المخطط لها في صحة المرأة والطفل "WCH" للخطر، وبدلاً من ذلك، جرى الاعتماد على "الفرز" أو "ترتيب أولويات" الاحتياجات الأكثر إلحاحاً على نحو محدود للغاية. أفيد بأن توافر الأموال، أو عدم توافرها، هو أحد أهم العوامل التي تعرقل اتخاذ القرارات على أساس الاحتياجات، وتؤثر سلباً على القرارات المتخذة في مجال كيفية ترتيب أولويات تدخلات صحة المرأة والطفل "WCH" الأكثر إلحاحاً وأهمية وإنقاذاً للحياة، وكثيراً ما تعرقل برمجة صحة المرأة والطفل "WCH".¹⁴

غالباً ما تكون تكلفة تقديم خدمة (صحة المرأة والطفل "WCH") في ظروف النزاع أكثر صعوبة، حيث غالباً ما تتعطل الخدمات التي تُقدم بخلاف ذلك وتتطلب خدمات إضافية. وفي بعض الحالات، غالباً ما كانت الأموال المخصصة لنوع من الخدمات توجه إلى خدمة أخرى لأسباب مختلفة، مما أدى إلى تعطيل تدفق تقديم الخدمات (مثل باكستان واليمن ومالي).^{11، 15، 17}

باكستان: قطع الاتصال في صنع القرار واحتياجات البرمجة

في باكستان، كانت أغلب القرارات حول برمجة صحة المرأة والطفل "WCH" تتخذ في إسلام آباد، وتأثرت هذه القرارات بشكل كبير بشركاء التنمية ووكالات التمويل، مع عدم إجراء تقييم للاحتياجات (بيانات أساسية)، مع مشاركة ضئيلة أو معدومة من أصحاب المصلحة، بما في ذلك المنظمات غير الحكومية المحلية.

كما أدت الثغرات في القدرات على مختلف مستويات الحكومة إلى إعاقة الاستخدام الفعال للأموال وكانت الأموال في بعض الأحيان كافية ولكنها لم تستخدم استخداماً كافياً. وعادةً ما تفقتر برامج صحة المرأة والطفل "WCH" المحددة التي تنفذها وتديرها وتمولها وكالات مختلفة إلى آلية لاستدامة التمويل، وغالباً ما يتم إنهاء البرامج فجأة مع تراجع التمويل من الجهات المانحة.¹¹

آثار السياسات

ويُعتبر دور المانحين وتقديم الدعم المالي لتحديد الخدمات اللازمة في إطار اتفاقية الصحة العالمية لدى سكان معينين، وكذلك للتمكين من تقديم خدمات صحية مختارة للسكان في حالات النزاع، دوراً حاسماً. وبدون هذه المساعدة المالية، ستراجع برامج وخدمات صحة المرأة والطفل "WCH" إلى أدنى حدٍ ممكن، وسيكون تقديم الخدمات الصحية أكثر صعوبة. هناك حاجة متزايدة للخدمات المقدمة للنساء والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين في حالات النزاع، وحاجة واضحة إلى تعزيز التمويل للعمل في مثل هذه الأوضاع.^{3، 5} هناك أيضاً تحديات متعددة في تمويل الاستجابة الإنسانية في مجال الصحة - من يمول الخدمات لمن، وأين تذهب هذه الأموال ومن هو المسؤول في النهاية.³

واستناداً إلى النتائج والتوصيات البحثية الرئيسية التي توصل إليها BRANCH Consortium، تم اقتراح العديد من طلبات السياسة على مختلف الجهات الفاعلة في المجال الإنساني للنظر فيها عند تقديم المساعدة المالية لخدمات صحة المرأة والطفل "WCH" وتقديم الخدمات في حالات النزاع، مما يؤدي أيضاً إلى نماذج مختلفة لتوفير التمويل الصحي للنظر فيها.^{3، 5، 16-7، 18}

1. التمويل الشامل للبرامج وحزم الخدمات

إن كل التكاليف التشغيلية والبرنامجية (المباشرة وغير المباشرة) مطلوبة لضمان إمكانية تقديم مجموعة شاملة من برامج وخدمات صحة المرأة والطفل "WCH".

ويهم الجهات المانحة ضمان توفير مجموعة كاملة من خدمات صحة المرأة والطفل "WCH" الأساسية (لا سيما خدمات الصحة الجنسية

على سبيل المثال، ضمان التمويل لمجموعة شاملة من الخدمات، بما في ذلك التكاليف البرمجية والتشغيلية المباشرة وغير المباشرة، لتلبية الاحتياجات الفورية والطويلة الأجل (ما بعد النزاع). التمويل المستدام، جنباً إلى جنب مع الأموال غير المخصصة ومتعددة السنوات والمتنوعة لضمان استمرارية واتساق برامج وخدمات صحة المرأة والطفل "WCH" في حالات النزاع وما بعد النزاع المتغيرة باستمرار. السعي للحصول على تمويل من جهات مانحة مختلفة، لا سيما بالنظر إلى الثغرات في التمويل، يمثل مشكلة شائعة عبر المناطق والسياقات. بالإضافة إلى إضفاء الطابع المحلي على الاستجابة الإنسانية (أي إعطاء التمويل مباشرة للمنظمات المحلية التي تقدم خدمات صحة المرأة والطفل "WCH" في حالات النزاع).³

من شأن التمويل الصحي الإنساني المبتكر أن يؤدي أيضاً إلى توسيع أنواع المانحين وإنشاء آليات تمويل جديدة لبرامج وخدمات (صحة المرأة والطفل "WCH").

إن توليد معلومات أكثر دقة، ومتاحة بسهولة، وقابلة للتنفيذ حول الأموال وتخصيص الأموال والموارد لصحة المرأة والطفل "WCH" في حالات النزاع، إلى جانب الاستثمار الكبير في الابتكارات المنهجية والتكنولوجية من أجل جمع البيانات بدقة وتحليلها في هذه البيئات سيكون خطوة مفيدة تالية للمساعدة في تقديم المعلومات للسياسات حول تمويل صحة المرأة والطفل "WCH" في حالات النزاع وتوفير التوجيه اللازم فيما يتعلق بالاحتياجات التمويلية لمختلف سياقات النزاع.⁵

وفي نهاية المطاف، يمثل التمويل الصحي جهداً جماعياً وليس مسؤولية الجهة المانحة وحدها في توفير الأموال، ولكن أيضاً مسؤولية الجهات المتلقية عن إدارة الأموال إدارة سليمة.

وإلى جانب إضفاء الطابع المحلي على الاستجابة، فإن ضمان توفير الأموال على الصعيد المحلي أمر فعّال أيضاً. 20 يعد الفساد والتدخل السياسي في تقديم الخدمات والبرامج مصدر قلق صحيح، بيد أن التمويل المقدم مباشرة إلى المنظمات المحلية التي تقدم خدمات صحة المرأة والطفل "WCH" في ظروف النزاع يسمح بتدفق أفضل لتقديم الخدمات مع توجيه المزيد من الأموال إلى الخدمات المباشرة، ومواءمة التمويل مع الاحتياجات الفعلية للنساء والمواليد والأطفال والمراهقين، وتعاون أفضل بين أصحاب المصلحة المحليين الرئيسيين الذين يقدمون الخدمات والموارد.⁵

الخلاصة

في عالم التمويل الصحي، هناك العديد من العوامل الأخرى التي يجب مراعاتها بالإضافة إلى المبالغ الممنوحة - من يحصل على الأموال، وكيف يتم تخصيص هذه الأموال، وما إذا كانت الأموال مخصصة أو مجمعة، ومن يمكنه الوصول إلى الأموال، كلها نقاط مهمة للنظر فيها. من المهم أيضاً فهم المنافسة للوصول إلى التمويل. وهذه العوامل مجتمعة لا تؤثر أيضاً على أنواع خدمات صحة المرأة والطفل "WCH" التي يتم تقديمها فحسب، بل وتؤثر أيضاً على كيفية تقديم هذه الخدمات للسكان.

تم اقتراح العديد من الحلول أو الميسرين للتخفيف من هذه الحواجز مع تقديم توصيات للمنظمات غير الحكومية والمنظمات الدولية والجهات المانحة والحكومات حول التمويل الصحي وتقديم الخدمات.

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 لانيسيت حول صحة المرأة والطفل في حالات النزاعات.

11. 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>
12. 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*
<https://doi.org/10.1186/s13031-020-2-00272>
13. 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>
14. 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*
<https://doi.org/10.1186/s13031-020-5-00318>
15. 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>
16. 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>
17. Paul E, Samaké S, Berthé I, Huijts I, Balique H Dujardin B. Aid for health in times of political unrest in Mali: does donors' way of intervening allow protecting people's health? *Health Policy Plan*. 2013;29(8):1071–4
18. Bendavid E, Boerma T, Akseer N, et al, for the BRANCH Consortium. The effects of armed conflict on the health of women and children. *Lancet*. published online Jan 24 ;2021
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00131-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00131-8)
19. Spiegel PB. The humanitarian system is not just broke, but broken: recommendations for future humanitarian action. *Lancet*. 2017
20. Hill PS, Pavignani E, Michael M, et al. The “empty void” is a crowded space: health service provision at the margins of fragile and conflict affected states. *Conflict Heal*. 2014;8(1):20
<https://doi.org/10.1186/1752-1505-8-20>
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. 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)
4. 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/s13031-020-14:75;2020-y-00276>
5. 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)
6. Hill PS, Pavignani E, Michael M, et al. The “empty void” is a crowded space: health service provision at the margins of fragile and conflict affected states. *Conflict Heal*. 2014;8(1):20
<https://doi.org/10.1186/1752-1505-8-20>
7. 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>
8. 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>
9. 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>
10. 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>

الموارد

وفيما يلي قائمة شاملة بالموجزات الواردة في هذه السلسلة والتي تتناول تأثير النزاع على الصحة الجنسية والإنجابية والأمومة والموايد الجدد والأطفال والمراهقين والتغذية وتقتراح توصيات محتملة:

موجز السياسة 1

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

موجز السياسة 2

صحة المرأة والطفل في حالات النزاع: العوائق والتسهيلات التي تمنع تقديم خدمات فعالة القيادة والحكومة والتنسيق الإستراتيجية 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/The Global Financing Facility/Dominic Chavez