HEALTH CLUSTER

الاستخلاص عبر السياقات: تشاد وإثيوبيا وغزة وموزمبيق

مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى للصحة الجنسية والإنجابية في مواقف الأزمات

تقييم العملية

سبتمبر ٢٠٢٥

جدول المحتويات

قائمة الاختصارات 1

مقدمة 2

الطرق 3

اختيار الموقع 3
المنهجية 4
تحليل البيانات 5
جمع البيانات حسب الطريقة 5
المحدوديات 6

نتائج 6

البنية التحتية والوعي بتنفيذ مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى 6

الغاية 1: التنسيق والقيادة 7
الغاية 2: منع العواقب المترتبة على العنف الجنسي والتعامل معها 7
الغاية 3: الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة جنسيًا 9
الغاية 4: الوقاية من الأمراض والوفيات بين الأمهات وحديثي الولادة 10
الغاية 5: منع حالات الحمل غير المقصود 11
الغاية 6: تكامل خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة 12
الأولويات الأخرى لمجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى: رعاية الإجهاض الآمن 13

المناقشة 14

التوصيات العالمية الرئيسية 16

مجموعة الصحة العالمية وفريق عمل الصحة الجنسية والإنجابية 16
الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات 16
مجموعة الصحة القطرية ومجموعة عمل الصحة الجنسية والإنجابية 16
الشركاء المنفذون 17
الجهات المانحة الإنسانية 17
الجهات المانحة للتنمية 18
الحكومات 18

المراجع 19

قائمة الاختصارات

ANC	الرعاية السابقة للولادة
ARVs	مضادات الفيروسات القهقرية
BEmONC	الرعاية الطبية الطارئة الأساسية للتوليد وحديثي الولادة
CEmONC	الرعاية الطبية الطارئة الشاملة للتوليد وحديثي الولادة
CHW	اختصاصي الصحة المجتمعية
DMPA-SC	حقنة منع الحمل ذاتية الحقن (أسيتات ميدروكسي بروجسترون المذخر تحت الجلد)
EC	وسائل منع الحمل التداركية
EmONC	الرعاية الطبية الطارئة للتوليد وحديثي الولادة
FGD	المناقشة الجماعية المركزة
GBV	العنف القائم على النوع الاجتماعي
HFA	تقييم المرفق الصحي
HIV	فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز)
IAWG	الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات
IARH	المجموعات المشتركة بين الوكالات المعنية بالصحة الإنجابية
IOM	منظمة الهجرة الدولية
IUD	اللولب الرحمي
KAP	المعارف والمواقف والممارسات
KI	مزود المعلومات الرئيسي
KII	مقابلة مزود المعلومات الرئيسي
KMC	الرعاية على طريقة الكنغر الأم
LBW	نقص الوزن عند الولادة
MISP	مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى
MOH	وزارة الصحة
MVA	الشفط اليدوي بالتخلية
NGO	منظمة غير حكومية
PAC	رعاية ما بعد الإجهاض
PEP	العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز)
PLWHIV	الأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز)
PMTCT	الوقاية من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل
SRH	الصحة الجنسية والإنجابية
STI	العدوى المنقولة جنسيًا
TBA	القابلة التقليدية
UNFPA	صندوق الأمم المتحدة للسكان
USG	حكومة الولايات المتحدة
WHO	منظمة الصحة العالمية

مقدمة

تشتمل مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى (MISP) للصحة الجنسية والإنجابية (SRH) في مواقف الأزمات، والتي وضعها الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات (IAWG)، على الحد الأدنى من احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية المنقذة للحياة والتي يجب على العاملين في المجال الإنساني معالجتها في بداية حالة الطوارئ. فهي تشمل ستة أهداف رئيسية: 1) التأكد من تحديد القطاع الصحي/مجموعة الصحة لإحدى المنظمات لقيادة تنفيذ مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى، 2) منع العنف الجنسي وتلبية احتياجات الناجين، 3) منع انتقال وتقليل الأمراض والوفيات الناجمة عن فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة جنسياً الأخرى، 4) منع زيادة الأمراض والوفيات بين الأمهات وحديثي الولادة، 5) تجنب حالات الحمل غير المقصود، 6) التخطيط لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة، بحيث يتم دمجها في الرعاية الصحية الأولية في أقرب وقت ممكن، مع تحقيق هدف إضافي يتمثل في منع الوفيات والأمراض الناجمة عن الحمل غير المقصود من خلال ضمان رعاية الإجهاض الآمن إلى أقصى حد يسمح به القانون. توفر مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى خارطة طريق للمجتمعات لتقديم الرعاية الحرجة في أوقات الأزمات مع وضع أساس للانتقال إلى مجموعة أكثر شمولاً من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية (من الناحية المثالية في غضون 3 إلى 6 أشهر) مع تعافي المجتمعات.

في حين تم تقييم تنفيذ مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى على مدى السنوات الخمس والعشرين الماضية في بيئات متنوعة، فقد شهد القطاع اضطرابات حديثة، أي التخفيضات الأخيرة في التمويل من حكومة الولايات المتحدة (USG)، وقد مر ما يقرب من 8 سنوات منذ آخر تقييم رسمي لعملية مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى[1]. ومنذ ذلك الحين، أشارت التقارير غير الرسمية إلى أن تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية أصبح غير منظم و/أو لا يحدد الأولوية في ظل بعض القيود العالمية المفروضة على صحة المرأة وتمكينها. يعد فهم كيفية تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في إطار الاستجابات لحالات الطوارئ الحالية أمرًا بالغ الأهمية لتحسين العمليات في الأزمات الإنسانية، وتوجيه الأموال المحدودة بشكل فعال، وتحديد الأدوار الواجبة على أصحاب المصلحة العالميين والتي يمكن أن يؤدوها بشكل أفضل فيما يتعلق بتعزيز تنفيذ مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى.

في الفترة من 2024 إلى 2025، أجرى فريق عمل الصحة الجنسية والإنجابية التابع لمجموعة الصحة العالمية تقييمات عملية لتنفيذ مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى في استجابات حديثة مختارة. كانت أهداف دراسات الحالة متعددة القطاعات مختلطة الطرق هي تقييم تنفيذ مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى ضمن البيئات المتضررة من الأزمات في تشاد وإثيوبيا وغزة وموزمبيق وتوجيه التوصيات والسياسات لتعزيز التنفيذ المتسق والخاضع للمساءلة لمجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى للمضي قدمًا.

تم إجراء هذا العمل نيابة عن فريق عمل الصحة الجنسية والإنجابية التابع لمجموعة الصحة العالمية (GHC SRH TT). يعرب المؤلفون عن امتنانهم لأعضاء فريق العمل وأعضاء مجموعة العمل الوطنية للصحة الجنسية والإنجابية والمراجعين الإضافيين لمساهماتهم القيمة.

الطرق

اختيار الموقع

تم إعداد قائمة مختصرة مبدئيًا للدول في عام 2024 بناءً على المعايير التالية: 1) شهدت الدولة أزمة في عام 2023، أو شهدت تجددًا متكررًا للصراع، 2) كانت مجموعة العمل المعنية بالصحة الجنسية والإنجابية نشطة على المستوى الوطني، 3) كان لدى فريق الدراسة العالمي و/أو شركاء الدولة إمكانية وصول معقولة إلى مواقع الدراسة والمجتمعات المتضررة والمرافق الصحية، و4) كانت هناك خريطة متاحة للشركاء الصحيين والمرافق والخدمات المقدمة في المناطق المتضررة. وبالشراكة مع مجموعة الصحة العالمية، طُلب بعد ذلك من منسقي المجموعات من البلدان المدرجة في القائمة المختصرة التعبير عن مدى اهتمامهم للنظر في الأمر. أخيرًا، تم أخذ الأهمية العالمية واهتمام الجهات المانحة في الاعتبار لتقليص قائمة مواقع الدراسة. ثم طُلب من مجموعات عمل الصحة الجنسية والإنجابية (SRH WGs) في البلاد تحديد/اقتراح مواقع البحث المناسبة، مع الاعتراف بالرغبة في التركيز على الاستجابات القصوى الأخيرة. وشملت مواقع التقييم المختارة: إقليم واداي وإقليم وادي فيرا في تشاد، ومنطقتي أمهرة وتيغراي في إثيوبيا، وقطاع غزة، ومقاطعة كابو ديلجادو في موزمبيق.

السياق الإنساني من تقييم كل دولة:

قطاع غزة

تسبب تصعيد الصراع مع إسرائيل بدءًا من أكتوبر 2023 في تدمير واسع النطاق للمنازل والمستشفيات وشبكات المياه (78% من جميع المباني في غزة دمرت أو تضررت)[7]، فضلاً عن النزوح الداخلي الجماعي[8]، والانهيار الوشيك للخدمات الأساسية، ومجاعة واسعة النطاق مع تقييد وصول المساعدات الإنسانية بقوة إلى غزة[9].

إثيوبيا

اعتبارًا من يونيو 2024، استضافت إثيوبيا 4.5 ملايين نازح داخليًا، ويرجع ذلك أساسًا إلى الصراعات الأخيرة (2020-2022) في المناطق الشمالية من تيغراي وأمهرة، والصراع المستمر في أمهرة، وتأثيرات الصدمات المناخية[11]. كما استضافت إثيوبيا أكثر من مليون لاجئ في عام 2024 (بما في ذلك العديد من الوافدين الجدد الفارين من الصراع في السودان اعتبارًا من أبريل 2023)[12].

تشاد

في عام 2025، كانت تشاد واحدة من أكثر الدول تضرراً من اندلاع النزاع المسلح في السودان (أبريل 2023)، والذي جلب أكثر من 870 ألف لاجئ جديد إلى تشاد، الغالبية العظمى منهم موجودون في المقاطعات الشرقية لوادي فيرا وواداي[10].

موزمبيق

تواجه مقاطعة كابو ديلجادو الواقعة في أقصى شمال موزمبيق أزمة إنسانية طويلة الأمد اتسمت بالهجمات العنيفة من قبل الجماعات المسلحة غير الحكومية، والأحداث المناخية الشديدة، وتاريخ طويل من الفقر والتهميش، مع وجود أكثر من 460 ألف نازح داخليًا اعتبارًا من أغسطس 2025[13].

المنهجية

هدفت الدراسات إلى الإجابة عن الأسئلة البحثية التالية:

- إلى أي مدى تم تنفيذ أهداف مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى، وما مدى الوصول إلى الخدمات وجودتها؟
- ما العوائق والعوامل التمكينية لتنفيذ مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى؟
- ما الجهات الرئيسية المعنية بتنفيذ مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى وتنسيقها؟ ومن لم يشارك في ذلك؟
- إلى أي مدى تمت خدمة المجموعات المحرومة، مثل المراهقين والأشخاص ذوي الإعاقة (PWDs) ومجتمع الميم (LGBTQIA+)، بواسطة مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى أثناء الأزمة؟
- كيف كانت تجربة مجموعات العملاء المختلفة أثناء استجابة مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى؟
- إلى أي مدى كان التمويل متاحًا لمجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى لتستخدمه، وما مصدر هذا التمويل؟

تم تحديد أسئلة بحثية إضافية من قبل أصحاب المصلحة في البلدان حسب الاقتضاء، ما يسمح للدراسات الفردية بمواصلة استكشاف أسئلة مثل «ما الذي يجب تغييره، إن وجد، في مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى لمعالجة الأزمات التي طال أمدها؟» و«ما العوامل المحلية الأخرى (مثل كوفيد، والكوليرا، وعدم الاستقرار السياسي، والصدمات المناخية) التي أثرت على مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى و/أو تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الأخرى في هذا الإطار؟»

استخدمت تشاد وموزمبيق وإثيوبيا نهجًا كميًا، شمل تقييمات المرافق الصحية (HFAs) واستبيانات حول المعارف والمواقف والممارسات (KAP) الخاصة بمقدمي الخدمات، ونهجًا نوعيًا باستخدام مناقشات مجموعات التركيز (FGDs) ومقابلات مزودي المعلومات الرئيسيين (KIIs). ونظراً لتحديات الوصول، واحتياجات تقديم الخدمات، والدروس المستفادة الحالية، وأنشطة الشركاء المتنافسين، تم تعديل المنهجية في غزة بحيث يتم إلغاء الاتفاقيات الإطارية للعمل الإنساني، واستقصاءات مقدمي الخدمات، ومناقشات مجموعات التركيز. ونظراً لاتساع نطاق الأدلة الموجودة من التقييمات الأخيرة الأخرى بشأن الوضع الإنساني في غزة، فقد تم إجراء مراجعة مكتبية شاملة لتوحيد التالي: 1) التقارير والتقييمات من وكالات الأمم المتحدة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، والأونروا، ومنظمة الصحة العالمية، ومكتب تنسيق الشؤون الإنسانية)، ووزارة الصحة، والمنظمات غير الحكومية الدولية والمحلية العاملة في مجال تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والعنف القائم على النوع الاجتماعي، 2) التقييمات والدراسات البحثية السابقة، بما في ذلك خطط الاستعداد لحالات الطوارئ والاستجابة لها، ووثائق مجموعة عمل الصحة الجنسية والإنجابية، والمستجدات الإنسانية المنشورة، و3) بيانات نظام المعلومات الصحية والتقارير الصحية السنوية حيثما كانت متاحة، بما يشمل وفيات الأمهات، وانتشار وسائل منع الحمل، والقابلات الماهرات، وتوافر الخدمات. وقد تم بعد ذلك استكمال هذه المراجعة المكتبية من خلال مزودي المعلومات الرئيسيين وتحديد أطرافها الثلاثة، وتم فحص التأثيرات والتوصيات النهائية من قبل مجموعة عمل الصحة الجنسية والإنجابية في غزة.

تقييمات المرافق الصحية

تم تقييم مرافق صحية مختارة تخدم النازحين داخليًا (IDPs) و/أو اللاجئين في تشاد وإثيوبيا وموزمبيق فيما يتعلق بتوافر خدمات مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى وجودتها واستخدامها. تم أخذ نماذج من المرافق من خلال إجراءات مختلفة في كل بيئة:

- في تشاد، تم تقييم المرافق الموجودة في أو بالقرب من مخيمات اللاجئين الثمانية التي تمت زيارتها في مقاطعتي وادي فيرا وواداي بموافقة المنظمة الداعمة. ولم يتم تقييم بعض المرافق في المخيمات المختارة بسبب إغلاقها وقت الوصول أو ضيق الوقت في أثناء زيارة المخيم.
- في إثيوبيا، تم أخذ نماذج من المرافق بشكل هادف، بالتعاون مع المنسقين الإقليميين لصندوق الأمم المتحدة للسكان في منطقتي أمهرة وتيغراي، فضلا عن معاهد الصحة العامة الإقليمية التي تقود جهود الاستجابة لحالات الطوارئ، وشملت معايير الاختيار إمكانية الوصول (مع التركيز على المناطق التي لا تشهد صراعًا نشطًا خلال فترة جمع البيانات)، والتوازن بين المناطق الريفية والحضرية، وعدد حالات المرافق. تم إعطاء الأولوية للمرافق ذات الحجم الكبير على المرافق ذات الحجم المنخفض.
- في موزمبيق، تم اختيار المرافق الصحية العامة التي تلقت أكبر عدد من مجموعات الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى منذ عام 2022 بشكل عشوائي من قائمة قدمها صندوق الأمم المتحدة للسكان. تم إجراء التقييم بالتعاون مع المدير الطبي المعتمد للمرافق الصحية المختارة في المناطق الريفية وشبه الحضرية. ومن الجدير بالذكر أن تسمية المنشأة (أولية، ثانوية، ثالثية، وما إلى ذلك) لم تؤخذ في الاعتبار عند اختيار النموذج.

تمت إدارة الاتفاقيات الإطارية للعمل الإنساني من خلال الرصد والمقابلات مع مديري المرافق الصحية، باستخدام أداة منظمة للاتفاقية الإطارية للعمل الإنساني لتقييم المرافق.

استبيانات مقدمي الخدمات الصحية

تم إجراء استبيانات سرية لمقدمي الخدمات الصحية الذين قدموا خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في تشاد وإثيوبيا وموزمبيق لقياس المعارف والمواقف والممارسات المتعلقة بتنفيذ مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى. كان معيار الاختيار الوحيد في جميع الأماكن الثلاثة هو أن مقدم الخدمة كان مشاركًا بطريقة ما في تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. تم اختيار المشاركين عن طريق أخذ النماذج الملائمة في تشاد وإثيوبيا، بينما في موزمبيق، تم أخذ نماذج من ثلاثة من مقدمي الخدمات لكل منشأة بشكل متعمد. وكان معظم مقدمي الخدمات المختارين من موظفي المرافق الصحية الذين تم اختيارهم بالفعل في الاتفاقيات الإطارية للعمل الإنساني، باستثناء 4 مقدمي خدمات في تشاد يعملون في مخيمات لم تتم زيارتها كجزء من الاتفاقيات الإطارية للعمل الإنساني.

مقابلات مزودي المعلومات الرئيسيين

تم إجراء مقابلات مزودي المعلومات الرئيسيين في جميع البيئات الأربعة مع أصحاب المصلحة الذين تم اختيارهم بشكل مقصود والذين يعتبرون خبراء معنيين بالصحة الجنسية والإنجابية والعنف القائم على النوع الاجتماعي وفيروس نقص المناعة البشرية. تهدف مقابلات مزودي المعلومات الرئيسيين إلى تقييم مدى الوعي بمجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى وتنسيقها، وجهود الاستجابة لحالات الطوارئ، وجمع التوصيات لعمليات تنفيذ المجموعة المستقبلية. تم إجراء معظم المقابلات بشكل فردي في أماكن خاصة أو عبر الهاتف/المنصات عبر الإنترنت، مثل Microsoft Teams. قدّم جميع المشاركين موافقتهم المستنيرة للمشاركة في المقابلة وتسجيل مقابلاتهم لأغراض النسخ.

مناقشات مجموعات التركيز

تم عقد مناقشات مجموعات التركيز مع أفراد المجتمع (اللاجئين والنازحين داخليًا وأفراد المجتمع المضيف) في تشاد وإثيوبيا وموزمبيق لاستكشاف تصورات المجتمع ومدى معرفته بخدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وتحديدًا فيما يتعلق بمكونات مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى. وكان من بين المشاركين رجال ونساء وفتيان مراهقون وفتيات مراهقات يعيشون داخل مناطق تجمعات المرافق الصحية التي تم تقييمها. تراوحت أعمار المشاركين بين 15 و49 عامًا، وتم تقسيمهم إلى مجموعات على أساس النوع الاجتماعي والعمر. تم تحديد المشاركين المؤهلين بدعم من العاملين في الصحة المجتمعية (CHWs)، وقادة المجتمع، وموظفي البرنامج المحليين.

تم جمع البيانات في الفترة ما بين يونيو وسبتمبر 2025، باستثناء إثيوبيا حيث تم جمع البيانات في الفترة ما بين ديسمبر 2024 ويناير 2025. تم تكييف أدوات جمع البيانات من أدوات تقييم عملية مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى التابعة للفريق العامل المشترك بين الوكالات[2] وتمت ترجمتها إلى اللغات المحلية في إثيوبيا (مترجمة إلى الأمهرية والتيغرينية)، وتشاد (الفرنسية)، وموزمبيق (البرتغالية). وفي موزمبيق، عُقدت مناقشات مجموعات التركيز بلغة الماكوا (اللغة المحلية البارزة في كابو ديلجادو) وتمت ترجمة النصوص المكتوبة إلى اللغة البرتغالية. وفي تشاد، قام متحدث متعدد اللغات (الفرنسية - العربية) بتيسير مناقشات مجموعات التركيز وترجمتها إلى الفرنسية. ولم تتم ترجمة أدوات جمع البيانات في غزة، لكن القائمين على المقابلات تحدثوا الإنجليزية والعربية حتى تكون المقابلات متعددة اللغات وفقًا للحاجة.

تم الحصول على الموافقة الأخلاقية من مجلس الموافقة الأخلاقية الداخلي التابع للجنة الإنقاذ الدولية وكذلك وزارات الصحة من كل دولة/جمعية الصحة العامة الإثيوبية (EPHA).

جمع البيانات حسب الطريقة

تشاد

- 9 اتفاقيات إطارية للعمل الإنساني (مستشفى واحد و7 مراكز صحية ومركز صحي فرعي واحد)
- 22 استبيانًا لمقدمي الخدمات
- 16 مقابلة مع مزودي المعلومات الرئيسيين
- 10 مناقشات لمجموعات التركيز (بما يشمل 100 مشارك)

إثيوبيا

- 6 اتفاقيات إطارية للعمل الإنساني (مستشفى محلي واحد و5 مراكز للرعاية الصحية الأولية)
- 12 استبيانًا لمقدمي الخدمات
- 8 مقابلات مع مزودي المعلومات الرئيسيين
- 8 مناقشات لمجموعات التركيز (بما يشمل 77 مشاركًا)

قطاع غزة

- 11 مقابلة مع مزودي المعلومات الرئيسيين
- مراجعة مكتبية شاملة

موزمبيق

- 7 اتفاقيات إطارية للعمل الإنساني (منشأة واحدة من المستوى الثانوي و6 مرافق من المستوى الأساسي)
- 23 استبيانًا لمقدمي الخدمات
- 13 مقابلة مع مزودي المعلومات الرئيسيين
- 6 مناقشات لمجموعات التركيز (بما يشمل 49 مشاركًا)

تحليل البيانات

تم تحليل البيانات الكمية باستخدام برنامج SPSS (تشاد وإثيوبيا)، وبرنامج Excel (إثيوبيا وموزامبيق)، وبرنامج STATA (موزمبيق)، باستثناء بيانات الاتفاقية الإطارية للعمل الإنساني في تشاد والتي تمت مراجعتها على نماذج ورقية وتلخيصها في جداول. تم نسخ تسجيلات مزودي المعلومات الرئيسيين ومناقشات مجموعات التركيز ومراجعتها من قبل فرق التقييم في كل بلد، وتم تحليل البيانات النوعية موضوعيًا باستخدام Dedoose أو يدويًا.

المحدوديات

قد يؤدي صغر حجم النماذج في المواقع التي تم تقييمها داخل كل بلد إلى محدودية إمكانية تعميم النتائج. إن الشرط الذي يقضي بأن تكون مواقع الدراسة/المرافق الصحية متاحة لفرق الدراسة يستبعد المرافق (وبالتالي مقدمي الخدمات والمجتمعات المحلية) في المناطق الأكثر عرضة للخطر، ما قد يمنع تقييم تقديم مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الادنى في البيئات الأكثر تضرراً. ربما كان التحيز في الاختيار موجودًا في اختيار المرافق التي تم تقييمها – على سبيل المثال، تمت استضافة فريق التقييم في تشاد من قبل عضو نشط في مجموعة عمل الصحة الجنسية والإنجابية الذي قام بتسهيل الزيارات إلى المرافق الصحية التي تديرها منظمتهم غير الحكومية، والتي أعطت الأولوية للصحة الجنسية والإنجابية، ما أدى إلى احتمال المبالغة في تقدير قوة التنفيذ. وفي غزة، أدى الصراع المستمر والقيود المفروضة على الحركة إلى الحد من جمع البيانات الأولية. قد لا تعكس البيانات المتعلقة بالعديد من الموضوعات مثل العنف القائم على النوع الاجتماعي، وخدمة مجتمع الميم، والرعاية المتعلقة بالإجهاض الواقع بسبب القيود القانونية والوصمة والتمييز. أخيرًا، تم وصف المدة الطويلة (والشاملة) لكل من أداة استبيان المعارف والمواقف والممارسات ودليل مقابلة مزود المعلومات الرئيسي كعامل مقيد.

نتائج

البنية التحتية والوعي بتنفيذ مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى

وقد تباين وعي أصحاب المصلحة بمجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى، حيث كان أولئك الذين يعملون على المستويات الوطنية، أي وكالات الأمم المتحدة، التي غالبا ما تكون على دراية بها بسبب التدريبات التي أجراها صندوق الأمم المتحدة للسكان /وزارة الصحة أو العمل السابق في إطار جهود الاستجابة للطوارئ، في حين كان العديد من موظفي المنظمات غير الحكومية المحلية ومقدمي الخدمات في الخطوط الأمامية أقل دراية بمجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى كإطار عمل لحالات الطوارئ، على الرغم من أنهم قدموا خدمات ذات صلة دون الاعتراف بها كمكونات لمجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى. ودعا مزودو المعلومات الرئيسيون على المستويين المحلي والإقليمي في العديد من البلدان إلى توفير تدريب أوسع نطاقًا لمجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى. وفي جميع الأماكن الأربعة، لوحظ حدوث ارتباك بارز في عدة مناطق. وعلى وجه التحديد، كان هناك عدم يقين بشأن إمكانية تطبيق مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى وقيمتها الاستراتيجية، حيث تساءل المشاركون عما إذا كانت تعمل في المقام الأول كإطار عمل في حالات الطوارئ أو كمعيار أدنى ينبغي تقييم جميع الأماكن على أساسه. وأخيرًا، لم يتم فهم دور وزارة الصحة في تنفيذ وضمان تقديم مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى بشكل واضح.

البنية التحتية: هناك حاجة إلى تحسينات في البنية التحتية للمرافق الصحية – في موزمبيق، لوحظ أن 3 مرافق فقط من أصل 7 (43%) بها حمامات وظيفية مخصصة لمقدمي الخدمات، ولم يتم الفصل في أي منها بين الجنسين ولوحظ أن واحدة منها فقط بها قفل وحوض مجاور لغسل اليدين. بالنسبة للمرافق التي لا تحتوي على حمامات لمقدمي الخدمات، أفاد مقدمو الخدمة أنهم يستخدمون الحمامات في المنازل المجاورة.

واجهت البنية التحتية للمرافق الصحية والموظفين تحديات كبيرة في العديد من البلدان بسبب الصراعات المستمرة. أظهرت المراجعات المكتبية أن الصراعات الأخيرة تركت غالبية المرافق الصحية متضررة في بعض الأماكن – في تيغراي، وجد أن 13% فقط من المرافق تعمل خلال عملية مسح لنظام مراقبة توافر الموارد والخدمات الصحية (HeRAMS) التي أجريت في عام 2023 [3] واعتبارًا من أكتوبر 2025، تظهر تقارير منظمة الصحة العالمية أن 94% من المستشفيات في غزة تضررت أو دُمرت، مع وجود عدد قليل فقط من المرافق الصحية في شمال غزة تعمل جزئيًا.[4] ولوحظ أن المرافق الأساسية (الطاقة/المياه المستمرة) تشكل مصدر قلق كبير وفقًا لمديري المرافق الذين شملهم الاستطلاع في إثيوبيا، وأفاد أقل من نصف المرافق التي تم تقييمها في موزمبيق أن لديها ما يكفي من الطاقة أو المياه لتلبية الاحتياجات. على الرغم من أن معظم المرافق في البلدان الثلاثة التي شملها الاستطلاع لديها مزود واحد على الأقل متاح أو «تحت الطلب» على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع، أفاد مزودو المعلومات الرئيسيون أن عدد الموظفين كان غير كافٍ بشكل عام، حيث أفاد 0 من 9 مرافق تم تقييمها في تشاد أن لديها ما يكفي من العاملين في مجال الصحة للتعامل مع عبء عملائها.

الاستثمار في الكوادر الصحية: أدى ضعف الاستثمارات في التدريب على الصحة الجنسية والإنجابية قبل الخدمة وفي توظيف الكوادر الصحية إلى عرقلة الاستجابة لحالات الطوارئ – في تشاد، أجابت 27% فقط من القابلات اللاتي شملهن الاستطلاع بشكل صحيح على أكثر من نصف الأسئلة المعرفية الثمانية عشر. وفي أحد المرافق الصحية، أفادت القابلات المؤهلات حديثاً بعدم قدرتهن على تقديم الخدمات الأساسية المتعلقة بمجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى بسبب نقص التدريب.

الغاية 1:

التنسيق والقيادة

من أجل تنفيذ مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى بشكل فعال، يتطلب الهدف الأول تحديد منسق أو كيان رائد، وإعطاء الأولوية للتنسيق بين الجهات المعنية بمجال الصحة الجنسية والإنجابية، والعنف القائم على النوع الاجتماعي، وفيروس نقص المناعة البشرية. في جميع البلدان الأربعة التي تم تقييمها في هذا التقييم، عمل صندوق الأمم المتحدة للسكان ككيان رائد لمجموعة عمل الصحة الجنسية والإنجابية، باستثناء إثيوبيا حيث تتولى وزارة الصحة (MoH) القيادة على المستوى الوطني من خلال المعهد الإثيوبي للصحة العامة (EPHI)، ويعمل صندوق الأمم المتحدة للسكان كرئيس مشارك.

وقد تباينت التنسيقات والاستعدادات لتنفيذ مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى على نطاق واسع عبر السياقات. وفي تشاد، عملت مجموعة عمل الصحة الجنسية والإنجابية على المستوى الوطني، ولكن التنسيق كان مخصصاً وتم دمجه في اجتماعات المجموعة الصحية الأوسع نطاقًا على المستويات دون الوطنية بسبب محدودية عدد الموظفين. وفي إثيوبيا، كان التنسيق على المستوى الوطني بين وزارة الصحة/المعهد الإثيوبي للصحة العامة وصندوق الأمم المتحدة للسكان قويًا نسبيًا، ولكن الآليات الإقليمية انقسمت تحت الضغوط السياسية والأمنية: ففي أمهرة، تم حل المنصات التي تقودها الحكومة، ما جعل المنتديات الشريكة تعمل على سد الفجوة، بينما في تيغراي، ظلت القيادة والموارد غير كافية للتنسيق الفعال. وفي غزة، أتاحت مجموعات الصحة الجنسية والإنجابية والعنف القائم على النوع الاجتماعي التي يقودها صندوق الأمم المتحدة للسكان تبادل المعلومات التقنية، والتجهيز المسبق، والتعلم السريع، ولكن التنسيق بشأن أنشطة الاستجابة/التنفيذ أعاقته قيود الوصول، وانقطاعات الإمدادات، والبيانات غير المتسقة، والتمثيل المحلي المحدود. وفي موزمبيق، وُصف التنسيق بشكل عام بأنه منظم وشامل، ويحد من الازدواجية، ويعزز الشراكات مع الحكومة، ولكن كان هناك مجال للتحسين فيما يتعلق بكيفية تنسيق مجالات التخصص مع بعضها البعض (على عكس التنسيق داخليًا في تخصص الصحة الجنسية والإنجابية، أو العنف القائم على النوع الاجتماعي، أو فيروس نقص المناعة البشرية). والجدير بالذكر أن استخدام مجموعات الدردشة وقوائم المراجعة على تطبيق واتساب، إلى جانب إشراك نقاط الاتصال، كان يعتبر أداة حاسمة لدعم هذا التنسيق.

> "...لدينا العشرات من الشركاء لتنفيذ الخدمات الصحية. لدينا أكثر من 200 مرفق - 13 مركزًا للرعاية الطبية الطارئة الشاملة للتوليد وحديثي الولادة، وحوالي 200 مركز للرعاية الصحية الأولية أو الفرق المتنقلة. إذن ... لديك وزارة الصحة، ولديك الأونروا، ولديك جهات فاعلة كبيرة لديها العديد من المرافق، ثم لديك جهات فاعلة أصغر فأصغر [مع] نقطة خدمة واحدة أو اثنتين. لذلك نجتمع معًا ونناقش معًا أنواع الإجراءات والمحفزات واحتياجات الدعم من مستوى التنسيق»
>
> **(مزود معلومات من غزة)**

[Call out]: وفي كل من تشاد وموزمبيق، وُصفت التخفيضات والتغييرات الأخيرة في تمويل حكومة الولايات المتحدة بأنها تؤدي إلى فجوات كبيرة في التنسيق. وقد أدى تخفيض عدد الموظفين في بعض الوكالات بسبب تخفيضات التمويل إلى الحد من مشاركة الشركاء في مجموعات العمل، وفي تشاد، أدى ذلك إلى دمج أنشطة تنسيق الصحة الجنسية والإنجابية في اجتماعات المجموعات الصحية. ومع ذلك، لم تكن هذه التحديات دائمًا مستعصية على الحل. في تشاد، على سبيل المثال، أغلقت منظمة غير حكومية دولية كانت تقود في السابق اجتماعات العنف القائم على النوع الاجتماعي/الحماية على مستوى القاطعات عملياتها في عام 2025 بعد فقدان تمويل حكومة الولايات المتحدة، واستضافت منظمة غير حكومية محلية بعد ذلك اجتماعات العنف القائم على النوع الاجتماعي/الحماية.

الغاية 2:

منع العواقب المترتبة على العنف الجنسي والتعامل معها

الجدول 1. خدمات العناية السريرية بالناجيات/الناجين من الاغتصاب وفقًا لبيانات الاتفاقيات الإطارية للعمل الإنساني والبيانات المبلغ عنها ذاتيًا من قبل مقدمي الخدمات

يعمل ثاني أهداف مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى على منع أضرار العنف الجنسي داخل المجتمعات المتضررة من النزاع والحد منها، فضلاً عن تنسيق جهود الاستجابة لرعاية الناجين/الناجيات من الاعتداء الجنسي من خلال الرعاية السريرية والإحالات والدعم المستمر من خلال أماكن آمنة سرية. أبلغت معظم المرافق الصحية في جميع البيئات عن تقديم خدمات العناية السريرية بالناجيات/الناجين من الاغتصاب (CMR) بما في ذلك وسائل منع الحمل التداركية، والعلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية، والمضادات الحيوية لمنع الأمراض المنقولة جنسيا (STIs)) والإحالات للحصول على الدعم النفسي والاجتماعي (الجدول 3). بالنسبة للمرافق الوحيدة التي تم تقييمها والتي لم تقدم خدمات العناية السريرية بالناجيات/الناجين من الاغتصاب (عددهم = 2، وكلاهما في تشاد)، كان أحدها مركزًا صحيًا يعمل به قابلات جدد أبلغن عن نقص التدريب على العناية السريرية بالناجيات/الناجين من الاغتصاب، وكان الآخر مركزًا صحيًا فرعيًا يحيل إلى مرفق قريب ذو مستوى أعلى. في غزة، تم دمج خدمات العناية السريرية بالناجيات/الناجين من الاغتصاب والاستجابة الأوسع للعنف القائم على النوع الاجتماعي في تدخلات الصحة الجنسية والإنجابية (وضع الخدمات الصحية والتغذية والخدمات النفسية والاجتماعية في موقع مشترك) منذ الأيام الأولى للحرب، ما أدى إلى تقليل الوصمة وتعزيز إمكانية الوصول.

"النقطة الأكثر أهمية في [منظمتي هي] أننا قدمنا خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والعنف القائم على النوع الاجتماعي في نفس المكان وفي نفس النقطة الطبية. لم يتم فصلهم." (مزود معلومات رئيسي من غزة)

واجهت الجهود المبذولة لمواجهة عواقب العنف الجنسي تحديات في جميع المناطق الأربع: في إثيوبيا، أشار المشاركون في مناقشات مجموعات التركيز إلى

الجدول 1.

خدمات العناية السريرية بالناجيات/الناجين من الاغتصاب وفقًا لبيانات الاتفاقيات الإطارية للعمل الإنساني والبيانات المبلغ عنها ذاتيًا من قبل مقدمي الخدمات

	تشاد (العدد=9)	إثيوبيا (العدد=6)	موزمبيق (العدد=7)
خدمات العنف القائم على النوع الاجتماعي (العناية السريرية بالناجيات/الناجين من الاغتصاب) المقدمة في هذا المرفق الصحي	7	6	7
وسائل منع الحمل التداركية (EC)	7	6	7
العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس (PEP) نقص المناعة البشرية (الإيدز)	7	6	7
المضادات الحيوية لمنع الأمراض المنقولة جنسيًا (STIs)	7	6	7
علاج الإصابات	7	6	7
الإحالات لأجل الحماية/الدعم النفسي والاجتماعي	8	6	6
توفير رعاية الإجهاض الآمن لحالات الحمل غير المقصودة بسبب الاعتداء الجنسي	1	5	5

التهديدات المستمرة بالعنف الجنسي، لا سيما في أماكن النزوح وفي أثناء الأنشطة اليومية مثل السفر إلى المدرسة أو الوصول إلى الخدمات الصحية، وأفاد مزودو المعلومات أنه لا تزال حالات الاغتصاب لا يتم الإبلاغ عنها بشكل كافٍ في كلتا المنطقتين مع تقديم أقل من نصف الناجين/الناجيات للحصول على الرعاية في مرفق صحي خلال فترة الـ 72 ساعة الحرجة. وفي تشاد، أفادت التقارير بأن الموظفين المدربين في مجال الطب النفسي والاجتماعي وإدارة الحالات غير كافيين وأن متابعة الإحالات كانت ضعيفة. وفي موزمبيق، أفاد 60% فقط من مقدمي الخدمات أنهم تلقوا نوعًا من التدريب على العنف القائم على النوع الاجتماعي، وعلى الأرجح يؤثر ذلك على جودة الرعاية. في غزة، واجه تقديم خدمات العنف القائم على النوع الاجتماعي تحديًا بسبب القيود الأمنية (النزوح المستمر، والاكتظاظ، وانهيار أنظمة الحماية الرسمية)، ونقص الموارد (نقص الإمدادات مثل وسائل منع الحمل التداركية، ومجموعات العلاج الوقائي بعد التعرض للفيروس، ومواد التعقيم، بالإضافة إلى القيود المفروضة على الوقود والكهرباء) وتدمير/تأخير بناء المساحات الآمنة. أكد مزودو المعلومات الرئيسيون عبر المناطق على الحاجة إلى توسيع نطاق المساحات الآمنة ومراكز الخدمات الشاملة (OSCs) لتلبية احتياجات الناجين بشكل أفضل.

تراوح الوعي المجتمعي بخدمات العنف القائم على النوع الاجتماعي من منخفض جدًا (إثيوبيا) إلى مرتفع جدًا (موزمبيق)، وفقًا للمشاركين في مناقشات مجموعات التركيز. ولمعالجة انخفاض الوعي المجتمعي في إثيوبيا، تحدث المشاركون عن تنظيم تجمعات غير رسمية مثل حفلات احتساء القهوة لمناقشة العنف القائم على النوع الاجتماعي، مع التأكيد على السرية وتوافر غرف خاصة لتقديم المشورة:

> "تقوم ممثلات النساء في المنظمة الدولية للهجرة (IOM) بزيارات منزلية، وتدعونا لحضور احتفالات احتساء الشاي والقهوة. خلال هذه التجمعات، يقومون بتثقيفنا حول أهمية طلب الرعاية في حالة الاعتداء الجنسي. ويؤكدون لنا أيضًا أن وضعنا سيتم التعامل معه بسرية تامة. بالإضافة إلى ذلك، يخبروننا أن هناك غرفًا خاصة متاحة لتقديم الإرشادات حول الخطوات التي يجب اتخاذها إذا تعرضنا للعنف الجنسي."
>
> **(امرأة مشاركة في مجموعة مناقشات التركيز من إثيوبيا)**

وفي إثيوبيا، قامت حكومة إقليم تيغراي بتدريب اثنين على الأقل من مقدمي الرعاية الصحية في كل منشأة على العناية السريرية بالناجيات/الناجين من الاغتصاب، وترجمة المبادئ التوجيهية الوطنية لإدارة العنف القائم على النوع الاجتماعي إلى اللغة التغرينية المحلية وتوزيعها، ما عزز الاستجابة للعنف القائم على النوع الاجتماعي.

الغاية 3:

الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة جنسيًا

ويسعى الهدف 3 إلى منع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية في أثناء تقديم الرعاية الصحية، ودعم الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيًا وانتقال فيروس نقص المناعة البشرية بين السكان المتضررين من الأزمات، وتوفير الرعاية والعلاج لفيروس نقص المناعة البشرية للأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم بالفعل بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وتشخيص الأمراض المنقولة جنسيًا وعلاجها. وقد قدمت جميع المرافق الصحية التي شملها الاستطلاع مضادات الفيروسات القهقرية، والعلاج الوقائي باستخدام الكوتريموكسازول للعدوى الانتهازية للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، كما قدمت وسائل تشخيص المتلازمات وعلاج الأمراض المنقولة جنسيًّا (الجدول 4). في موزمبيق، استشهد مزودو المعلومات بالعلاج السريري لفيروس نقص المناعة البشرية باعتباره قوة النظام الصحي – ولا سيما توافر الخدمات خارج نطاق مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى مثل الاختبار الذاتي والعلاج الوقائي قبل التعرض، وتثبيط الأحمال الفيروسية والانتقال العمودي، فضلاً عن دعم عيادات فيروس نقص المناعة البشرية المتنقلة:

> "تدعمنا العيادات المتنقلة حقًا في هذه اللحظة...نحن في حاجة ماسة إلى الدعم من العيادات المتنقلة للوصول إلى المزيد من الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في المجتمعات، لأن الوحدات الصحية بعيدة جدًا. ولكن بسبب انخفاض التمويل، أغلق بعض الشركاء عياداتهم"
>
> **(مزود معلومات رئيسي في موزمبيق)**

ووفقاً لمزودي المعلومات الرئيسيين، لم تصبح الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وعلاجه أولوية فيما يتعلق بالاستجابة لحالات الطوارئ في غزة بسبب انخفاض معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية (تم الإبلاغ عن حوالي 36 حالة فقط في غزة، منها أربع حالات تم اكتشافها حديثاً خلال الحرب). وعلى الرغم من ذلك، تظل مجموعات مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الأمراض المنقولة جنسياً مجهزة مسبقًا للاستخدام في حالات الطوارئ، ما يضمن الحد الأدنى من الجاهزية على الأقل. في موزمبيق، تم الإبلاغ عن حالات انقطاع لخدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية على نطاق واسع من قبل المتخصصين في فيروس نقص المناعة البشرية بسبب قلة توافر الموظفين الفنيين، وتحويل الموارد لتلبية احتياجات النازحين داخليًا (ما أدى إلى إهمال احتياجات أفراد المجتمع المضيف)، و(إعادة) النزوح المتكرر للنازحين داخليًا ما أدى إلى فقدان المرضى، وفقدان/سرقة المخزون

الجدول 2.

خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الأمراض المنقولة جنسيًا وفقًا لبيانات الاتفاقيات الإطارية للعمل الإنساني والبيانات المبلغ عنها ذاتيًا من قبل مقدمي الخدمات

	تشاد (العدد=9)	إثيوبيا (العدد=6)	موزمبيق (العدد=7)
توافر الواقيات الذكرية	9	6	6
توافر الواقيات الأنثوية	7	1	6
توافر مضادات الفيروسات القهقرية لمستخدميها باستمرار (الأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، «PLWHA")	9	6	7
العلاج الوقائي بالكوتريموكسازول للعدوى الانتهازية للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز	9	6	7
يتم إعطاء مضادات الفيروسات القهقرية للأمهات المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية لمنع انتقال العدوى من الأم إلى طفلها	8	6	7
يتم إعطاء مضادات الفيروسات القهقرية لحديثي الولادة المولودين لأمهات مصابات بفيروس نقص المناعة البشرية في قسم التوليد	8	6	7
وسائل تشخيص المتلازمات وعلاج الأمراض المنقولة جنسيًّا	9	6	7
توافر المختبر	6	6	5
توجد بروتوكولات لعلاج مضادات الفيروسات القهقرية للمستخدمين المستمرين	6	4	7

الرئيسي، والشعور بالخيبة بسبب الاضطرار إلى إعادة التقديم للحصول على الخدمات. وتم الإبلاغ عن نقص في أدوات اختبار فيروس نقص المناعة البشرية/الأمراض المنقولة جنسياً في تشاد وإثيوبيا.

تعتمد جميع المناطق الأربع على علاج متلازمات الأمراض المنقولة جنسياً، على الرغم من أن غالبية المرافق التي شملها الاستطلاع في كل من تشاد وموزمبيق أفادت بوجود مختبر للاختبار. وقد حدد مزودو المعلومات الرئيسيون في غزة صراحة تدريب موظفي الخطوط الأمامية على علاج المتلازمات كأولوية، وذلك بسبب انهيار البنية التحتية للمختبرات.

يشكل تسرب السلع العامة المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية تهديدًا لأمن السلع الأساسية على نطاق أوسع – في موزمبيق، أشار المشاركون من الذكور والإناث في مناقشات مجموعات التركيز إلى أن العاملين في مجال الصحة يقدمون العلاجات خارج المراكز الصحية كوسيلة لتكملة دخولهم الفردية، وهو ما يمثل تحديًا كبيرًا للحفاظ على المخزون.

الغاية 4:

الوقاية من الأمراض والوفيات بين الأمهات وحديثي الولادة

يعد منع وفيات الأمهات والرُضَّع أمرًا أساسيًا لمجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى، وتتضمن المجموعة توافر القابلات الماهرات، وتوافر مستلزمات الولادات المهبلية، وتسهيل الرعاية الأساسية الطارئة للأم والوليد (BEmONC) على مستوى مرافق الصحة الأولية، وتسهيل الرعاية الطبية الطارئة الشاملة للتوليد وحديثي الولادة (CEmONC) على مستوى المرافق الصحية الثانوية والثالثية. ويتضمن هذا الهدف أيضًا (1) تعزيز أنظمة الإحالة الفعالة، (2) المشاركة المجتمعية، و(3) توفير الرعاية بعد الإجهاض (ملاحظة: لقد نقلنا هذه النتائج إلى قسم خاص بالإجهاض لاحقًا في التقرير).* ولتحقيق هذا الهدف، تعطي مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى الأولوية لتوزيع الأدوات والموظفين لضمان توفير المستلزمات لعملية الولادة ومرحلة حديثي الولادة ومرحلة ما بعد الولادة وتقديم الرعاية في هذه المراحل بشكل جيد.

وكانت الخدمات الصحية للأمهات والأطفال حديثي الولادة موضع التركيز في جميع المناطق الأربع، حيث قامت 100% من المرافق التي تم تقييمها بإجراء عمليات ولادة طبيعية، مع تباين إمكانية الوصول والجودة والنتائج بشكل حاد اعتمادًا على شدة الأزمة والبنية التحتية وقدرة القوى العاملة.

أبلغ مزودو المعلومات الرئيسيون والمشاركون في مناقشات مجموعات التركيز في تشاد عن النقص المستمر في القابلات المدربات، وتأخير الإحالات، وتكاليف النقل ما دفع العديد من اللاجئين إلى الاعتماد على الولادات المنزلية، حيث أعرب البعض عن عدم رضاهم عن رعاية الأم في المرافق. وأشار أحد المشاركين في مناقشات مجموعات التركيز في تشاد إلى أن "معظم النساء يلدن في المنزل لأن المركز الصحي بعيد جدًا عن مخيمنا، ولا يملك أزواجنا المال ليأخذونا إلى المركز للولادة. في بعض الأحيان عندما نلد في المنزل وتحدث مضاعفات، يأخذوننا إلى المركز الصحي.» وبالمثل، في إثيوبيا، كان الوصول إلى الرعاية الطبية الطارئة الشاملة للتوليد وحديثي الولادة محدودًا، ولوحظ أن أنظمة الإحالة ضعيفة، وغالبًا ما تكون سيارات الإسعاف خارج الخدمة/تحتاج للوقود (تتطلب أحيانًا من العملاء الدفع مقابل التزود بالوقود)، وأبلغت القابلات عن وجود تدريب محدود، في حين دفع انعدام الأمن والقيود على الحركة العديد من النساء نحو الولادات المنزلية.

وفي غزة، ظلت معدلات الولادات التي تتم تحت إشراف أفراد مهرة مرتفعة، كما عمل نموذج الولادة الذي تقوده القابلات التابع لصندوق الأمم المتحدة للسكان على توسيع نطاق الوصول، إلا أن تدمير المرافق، وتعطيل الإحالات، والتغطية غير المتساوية لخدمات الرعاية الطبية الطارئة الشاملة للتوليد وحديثي الولادة (بعد تدمير مستشفى العودة، تُرك شمال غزة بدون خدمات الرعاية الطبية الطارئة الشاملة للتوليد وحديثي الولادة بالكامل) أدى إلى تقويض الولادة الآمنة. وقد أدت التفضيلات الثقافية فيما يتعلق بالولادات في المستشفيات، والفجوات في تدريب القابلات، وسوء التغذية الحاد لدى الأمهات إلى تقييد الرعاية بشكل أكبر. وتجدر الإشارة إلى تدخلات عيادات الولادة الطارئة ومراجعات وفيات الأمهات الشهرية للمساعدة في التخفيف من مخاطر الوفيات والأمراض في غزة.

وفي موزمبيق، كان دعم الولادات المؤسسية قوياً بالمثل، ولكن العوائق شملت تكاليف النقل، ومحدودية الخدمات بعد ساعات العمل، وعدم كفاية تدريب مقدمي الخدمات (تراوحت معدلات التدريب المرتبطة بخدمات الأمهات والرضع المنقذة للحياة بين 52%-48% من مقدمي الخدمات، و50% من خدمات صحة الأم والطفل يتم تقديمها في المرافق الصحية وسط مقدمي الخدمات الذين لم يتم تدريبهم مؤخرًا على تقديم تلك الخدمات). ورغم أن وفيات الأمهات كانت نادرة في البيانات الأخيرة لموزمبيق، فإن ارتفاع معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة سلط الضوء على الفجوات في المعدات والمستلزمات، وخاصة في المناطق المتضررة من النزاع.

قدمت جميع المرافق التي تم تقييمها تقريبًا رعاية ما بعد الإجهاض (PAC) باستثناء اثنتين في تشاد، حيث أبلغا عن نقص التدريب أو المعدات، على سبيل المثال أدوات الشفط اليدوي بالتخلية (MVA) والميزوبروستول، واثنتين في موزمبيق.

قدمت معظم المرافق الصحية التي تم تقييمها ما لا يقل عن 7 من 8 عناصر أساسية لرعاية الأطفال حديثي الولادة، مع معالجة نقص الوزن عند الولادة/الأطفال الخدج كوظيفة للإشارة الخارجية (مرفق واحد في موزمبيق، ومرفق واحد في إثيوبيا، و8 مرافق في تشاد لم توفر خدمة معالجة نقص الوزن عند الولادة). وقد لاحظ جميع مزودو المعلومات الرئيسيون في تشاد وموزمبيق وإثيوبيا توزيع أدوات الولادة النظيفة خلال الاستجابات، ولكن عدد قليل من المرافق التي تم تقييمها كجزء من هذا التقييم أفادت بأنها وزعت أدوات الولادة النظيفة في الأشهر الثلاثة الماضية. إن الولادة النظيفة «أدوات الولادة النظيفة» في تشاد «لم تعد متوفرة في الغالب»، وهو ما ذكر المشاركون في مناقشات مجموعات التركيز للاجئين أنه قلل من الحافز للولادة في المرفق الصحي.

* في حين أن رعاية ما بعد الإجهاض، هي إحدى مكونات الهدف 4 لمجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى ويجب تقديمها دائمًا، فقد قمنا بتضمين النتائج التي توصلنا إليها بشأن تقديم خدمة رعاية ما بعد الإجهاض في قسم رعاية الإجهاض لاحقًا في التقرير، كانعكاس لكيفية تنظيم أداة الاتفاقية الإطارية للعمل الإنساني.

الجدول 3.

تقديم خدمات الرعاية الطبية الطارئة للتوليد وحديثي الولادة وفقًا لبيانات الاتفاقيات الإطارية للعمل الإنساني والبيانات المبلغ عنها ذاتيًا من قبل مقدمي الخدمات

	تشاد (العدد=9)	إثيوبيا (العدد=6)	موزمبيق (العدد=7)
إجراء الولادات الطبيعية	9	6	7
"وظائف إشارة الرعاية الأساسية الطارئة للأم والوليد المقدمة:			
المضادات الحيوية الوريدية	8	6	7
أدوية تقوية الرحم الوريدية	7	6	7
الأدوية المضادة للتشنجات الوريدية	7	5	7
الإزالة اليدوية لمنتجات الحمل المحتجزة باستخدام التكنولوجيا المناسبة (رعاية ما بعد الإجهاض)	7	6	5
إزالة المشيمة يدويًا	8	6	7
الولادة المهبلية المساعدة (الولادة بالشفط أو الملقط)	1	6	5
إنعاش حديثي الولادة	7	6	7
وظائف إشارة الرعاية الطبية الطارئة الشاملة للتوليد وحديثي الولادة المقدمة:			
الولادة القيصرية	0	2	3
نقل الدم	1	1	4
رعاية الأطفال حديثي الولادة – العناصر الأساسية المقدمة:			
دعم الرضاعة الطبيعية الفورية والحصرية	9	6	7
الوقاية من العدوى (النظافة، قطع الحبل السري الصحي والعناية به، العناية بالعيون)	9	6	7
معالجة عدوى الأطفال حديثي الولادة (بما في ذلك الحقن والمضادات الحيوية)	7	6	7
العناية الحرارية (بما في ذلك التجفيف الفوري وملامسة الجلد للجلد)	8	6	7
الرعاية على طريقة الكنغر الأم (KMC)	4	6	7
رعاية الولادة الخاصة للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية	8	6	7
معالجة نقص الوزن عند الولادة (LBW)/الأطفال الخدج	1	5	6

الغاية 5:

منع حالات الحمل غير المقصود

يعمل الهدف 5 من مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى على منع حالات الحمل غير المقصود من خلال (1) ضمان توفر وسائل منع الحمل القابلة للإلغاء قصيرة المدى وطويلة المفعول في المرافق الصحية لتلبية الطلب، (2) ضمان وعي المجتمعات بتوافر هذه الأساليب و(3) التأكد من أن المعلومات والمواد التثقيفية ومواد الاتصال/الاستشارة حول وسائل منع الحمل قائمة على الجودة، وشاملة وفعالة.

وكانت خدمات منع الحمل متاحة في جميع السياقات، ولكن الوصول إليها كان مقيدًا بشكل عام بسبب نقاط الضعف في سلسلة التوريد، والفجوات في تدريب مقدمي الخدمات، والحواجز الاجتماعية والثقافية. وفي تشاد، تم تقديم وسائل منع الحمل على نطاق واسع، ولكن النقص المتكرر في الأساليب الشائعة (الحقن والغرسات)، والفجوات في تدريب القابلات، والتخفيضات الأخيرة في تمويل حكومة الولايات المتحدة، قوضت توفير هذه الوسائل بشكل متسق. وعلى الرغم من التصورات الذكورية المختلطة والوصمة، أعربت العديد من اللاجئات عن دعمهن لوسائل منع الحمل. وفي إثيوبيا، كانت مجموعة واسعة من الأساليب (بما في ذلك الحبوب، واللولب الرحمي، والحقن، والغرسات، ووسائل منع الحمل التداركية)

الجدول 4.

توفير وسائل منع الحمل وفقًا لبيانات الاتفاقيات الإطارية للعمل الإنساني والبيانات المبلغ عنها ذاتيًا من قبل مقدمي الخدمات

	تشاد (العدد=9)	إثيوبيا (العدد=6)	موزمبيق (العدد=7)
الواقيات الذكرية	8	5	6
الواقيات الأنثوية	8	2	6
حبوب منع الحمل الفموية	9	6	7
حبوب منع الحمل الطارئة	8	6	6
اللولب الرحمي	9	6	4
حقن منع الحمل	7	6	7
الغرسات	7	6	5
جميع وسائل منع الحمل المقدمة للمراهقين	8	6	5

متاحة من الناحية الفنية في المرافق، ولكن تقديم الخدمات كان غير متسق: حيث قام عدد قليل من مقدمي الخدمات بإدخال اللولب الرحمي بانتظام، وكانت جودة الاستشارة متفاوتة، وكان نفاد المخزون متكررًا، وأبلغ المراهقون والنازحون داخليًا على وجه الخصوص عن صعوبة الوصول، واعتمدوا في بعض الأحيان على الصيدليات أو الإحالات بدلاً من ذلك. وفي غزة، واجه توافر وسائل منع الحمل تحديات بسبب نقص الإمدادات المرتبط بالنزاع (نفاد مخزون أدوات اللولب والحبوب الفموية)، والحساسيات الاجتماعية والثقافية (أي توزيع الواقي الذكري خارج المرافق الصحية)، وتحيز مقدمي الخدمة ضد طرق معينة (الحقن، بسبب الآثار الجانبية المتصورة). في موزمبيق، كانت وسائل منع الحمل موجودة في معظم المرافق (الوسائل الأكثر توزيعًا هي الواقي الذكري والحقن)، لكن تدريب مقدمي الخدمة (خاصة على اللولب الرحمي والغرسات) كان محدودًا أو قديمًا. كان وصول المراهقين إلى وسائل منع الحمل في موزمبيق غير متسق، حيث تقدم معظم المرافق جميع وسائل منع الحمل للمراهقين (باستثناء مرفقين لم يقدما اللولب الرحمي بسبب نقص الطلب والحساسيات الاجتماعية والثقافية حول إدخال الوسيلة) ولكن معظم المرافق تتطلب موافقة الوالدين للحصول على وسيلة منع الحمل للمراهقين. ومن المشجع أن معظم مقدمي الخدمات أعربوا عن دعمهم لحق المرأة في اختيار وسيلتها، وأن جهود التوعية بشأن الأساليب الطويلة الأجل مستمرة.

وشملت التحديات المشتركة بين البلدان نفاد المخزون بشكل متكرر، وضعف تدريب مقدمي الخدمات على الوسائل طويلة المفعول، والوصمة الاجتماعية والثقافية (التي تؤثر بشكل خاص على المراهقين والمستخدمين الذكور)، بالإضافة إلى التفاوت في تقديم الخدمات على الرغم من وجود السلع. ظهرت اختلافات في التركيز بين البلدان: ففي تشاد، ارتبطت المخاطر في الإمدادات بنقص التمويل؛ أما في إثيوبيا، فكانت المشكلة في اتساق تقديم الخدمات وسط النزاعات؛ وفي غزة، تفاقمت العوائق بسبب المقاومة الثقافية والفجوات في سلسلة الإمداد الناتجة عن النزاع؛ بينما تأثرت إمكانية الوصول في موزمبيق بالقيود السياسية المفروضة على المراهقين وبنقص التدريب على الوسائل طويلة المدى.

بدأ بعض مقدمي الخدمات في غزة حديثًا في الترويج لوسائل منع الحمل الطارئة خارج سياقات رعاية ما بعد الاغتصاب، وأشاروا إليها كوسيلة للحفاظ على استقلالية المرأة أثناء النزوح.

الغاية 6:

تكامل خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة

كان التقدم نحو الانتقال من مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة محدودًا بشكل عام عبر المناطق، مقيدًا بضعف الأنظمة الصحية، ونقص التمويل، والأزمات التي طال أمدها. وفي تشاد، أفاد معظم أصحاب المصلحة أنهم ما زالوا في مرحلة الاستجابة لحالات الطوارئ، مع تحرك محدود نحو التكامل بما يتجاوز الرعاية السابقة للولادة وبعدها، والتثقيف الجزئي بشأن وسائل منع الحمل، واختبار فيروس نقص المناعة البشرية الذي يديره مقدمو الخدمات. وفي إثيوبيا، لوحظت خطوات مبكرة نحو التكامل، بما في ذلك نهج «التوأمة» الذي يربط مستشفيات أديس أبابا بمستشفيات الإحالات المتضررة من النزاع، ولكن

الفجوات في تدريب الموظفين، وإصلاح البنية التحتية، والتمويل، وتكامل المناهج الدراسية أبطأت عملية الانتقال، ما يؤكد الحاجة إلى خطة إنعاش تربط بين الجهات الفاعلة الإنسانية والإنمائية. وفي غزة، تعرضت المحاولات الرامية إلى دعم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة للتقويض الشديد بسبب القصف، وتدمير المرافق الرئيسية، ونزوح القوى العاملة، والقيود المفروضة على الإمدادات، ونقص التمويل، مع بقاء دمج مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى في الأنظمة الوطنية جزئياً ومعرضاً لخطر عدم إعطاء الأولوية بعد وقف إطلاق النار. وفي موزمبيق، كان التحدي متجذراً في النظام الصحي قبل الصراع الذي كان يعاني بالفعل من نقص الموارد؛ وفي حين أن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية مدمجة على نطاق واسع في الرعاية الأولية والقوانين والسياسات داعمة لها، فإن التكامل المستدام لخدمات معالجة فيروس نقص المناعة البشرية والعنف القائم على النوع الاجتماعي يتطلب تمويلاً متسقاً، ومشاركة مجتمعية، وتحسين أنظمة البيانات، وتدريباً موحداً. واجهت جميع السياقات عوائق مستمرة أمام التمويل، والاعتماد على المساعدات الخارجية، والفجوات في تدريب مقدمي الخدمات، والتحديات التي تواجه دمج مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى في أنظمة الصحة والتدريب الوطنية.

> "أود أن أقول إن الهدف 6 يجب أن يحظى بمزيد من الاهتمام لأنه عندما تنتقل من الأزمات إلى الخدمات الشاملة، يجب عليك التحسين وتقديم الخدمات الروتينية. والآن هناك سلام، لذا ينبغي إيلاء الاهتمام الأساسي للهدف 6— للتخطيط للانتقال من الأزمات إلى تقديم خدمات أفضل. وبعد التخطيط، ينبغي أن ينصب التركيز الثاني على الأنشطة المدرجة في ضمن الهدف 4.»
>
> **(مزود معلومات رئيسي من إثيوبيا)**

في إثيوبيا، قامت مبادرة «توأمة» بربط 12 مستشفى في أديس أبابا بمستشفيات الإحالات المتضررة من النزاع، وإرسال الموظفين والأدوية والمعدات لإعادة البناء وتسريع استعادة خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الحيوية بنجاح.

الأولويات الأخرى لمجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى: رعاية الإجهاض الآمن

تباين الوصول إلى رعاية الإجهاض الآمن (SAC) بشكل حاد عبر المناطق، وقد تأثر ذلك بالأطر القانونية، والوصمة الاجتماعية، وتوفر الخدمات. كانت رعاية الإجهاض الآمن غائبة إلى حد كبير في تشاد (مرفق واحد فقط من 9 مرافق تقدم رعاية الإجهاض الآمن) بسبب الغموض القانوني (يسمح قانون الصحة الإنجابية التشادي رقم 006 بالإجهاض لإنقاذ صحة المرأة أو حياتها أو في حالات شذوذ الجنين؛ ولكن المبادئ التوجيهية لتنفيذ هذا القانون لم يتم وضعها)، ونقص تدريب مقدمي الخدمة، وارتفاع مستويات الوصمة الاجتماعية وتشير التقارير إلى أن عمليات الإجهاض غير الآمنة شائعة بين اللاجئين وفقًا لمزودي المعلومات الرئيسيين والمشاركين في مناقشات مجموعات التركيز. وفي إثيوبيا، قدمت خمسة مرافق من الستة التي تم تقييمها خدمات رعاية الإجهاض الآمن بما يتماشى مع المبادئ التوجيهية الوطنية، على الرغم من أن التغطية كانت غير متسقة، وكان تدريب مقدمي الخدمات محدودًا، وارتفع الطلب في مناطق النزاع، وخاصة المرتبطة بحالات الاغتصاب. وفي غزة، كانت رعاية الإجهاض الآمن مقتصرة قانونيًا وثقافيًا على الحالات المؤهلة طبيًا والتي وافقت عليها وزارة الصحة، ما جعل النساء يعتمدن على رعاية محدودة بعد الإجهاض وسط ارتفاع حاد في حالات الإجهاض التلقائي، مع تقديم الجهات الفاعلة الإنسانية دعمًا جزئيًا فقط. في موزمبيق، يُسمح بالإجهاض قانونيًا لمدة تصل إلى 12 أسبوعًا (16 أسبوعًا في حالات الاغتصاب/زنا المحارم)، لكن الإقبال على الإجهاض الآمن كان منخفضًا للغاية. وكشفت روايات المجتمع عن الاعتماد على المعالجين التقليديين، أو الصيدليات، أو استمرار حالات الحمل غير المقصود – والتي تنتهي أحيانًا بقتل الأطفال – ما يعكس وصمة عار عميقة، وحواجز مالية، ووعيًا محدودًا. وأفاد مقدمو الخدمات بأنهم تلقوا تدريباً في مجال رعاية الإجهاض الآمن أكثر من الفرص المتاحة لتطبيقه، ما يؤكد على وجود الفجوة بين السياسة والممارسة.

> "كما تم إجراء عمليات الإجهاض غير الآمنة باستخدام الأساليب التقليدية—الممارسات التي تم القضاء عليها تقريبًا ولكنها عادت إلى الظهور في أوقات الأزمات. ويظل الإجهاض غير الآمن أحد الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات.»
>
> **(مزود معلومات رئيسي من إثيوبيا)**

الجدول 5.

توفير خدمات الإجهاض وفقًا لبيانات الاتفاقيات الإطارية للعمل الإنساني والبيانات المبلغ عنها ذاتيًا من قبل مقدمي الخدمات

	تشاد (العدد=9)	إثيوبيا (العدد=6)	موزمبيق (العدد=7)
توفير رعاية الإجهاض الآمن	1	5	5

المناقشة

على الرغم من أن مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى تم إعدادها لأول مرة في عام 1995 وكانت المعيار العالمي لمدة 30 عامًا، إلا أنه لا توجد حتى الآن آليات منهجية يمكن من خلالها رصد وتوثيق ما إذا كان يتم تنفيذ مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى أثناء الاستجابة لحالات الطوارئ وإلى أي مدى يتم تنفيذها. وهذا هو أول تقييم رسمي لتنفيذ مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى منذ التقييم العالمي الذي أجراه الفريق العامل المشترك بين الوكالات للفترة 2012-2014 [5] ومنذ تنقيح مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى كجزء من الدليل الميداني المشترك بين الوكالات للصحة الجنسية والإنجابية في الأوضاع الإنسانية (IAFM) في عام 2018. منذ عام 2018، واجه قطاع الصحة الجنسية والإنجابية الإنساني العديد من الاضطرابات، بما في ذلك جائحة كوفيد19-، والتخفيضات الكبيرة في المساعدات الخارجية، وتراجع السياسات التقدمية والبيئات التمكينية في بعض البلدان. توفر هذه التقييمات رؤية مهمة حول كيفية تنفيذ مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى على أرض الواقع وما الإجراءات التي يجب على أصحاب المصلحة الرئيسيين اتخاذها على جميع المستويات لتسريع التقدم.

وتشير النتائج إلى أنه تم إحراز تقدم بشأن الثغرات المعينة التي تم تحديدها في التقييم العالمي للفترة 2012-2014. على سبيل المثال، كان تنظيم الأسرة متاحًا على نطاق أوسع، وكانت وسائل منع الحمل التداركية متاحة بشكل أكبر خارج نطاق العناية السريرية بالناجيات/الناجين من الاغتصاب/عنف الشريك الحميم، وكانت مضادات الفيروسات القهقرية للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز متاحة على مستوى الرعاية الأولية في معظم المرافق الصحية التي تم تقييمها في عام 2025. ومع ذلك، هناك فجوات أخرى أكثر استمرارًا، مثل عدم توفر رعاية الإجهاض الآمن إلى أقصى حد يسمح به القانون (أولوية إضافية)، والتوافر المحدود للرعاية الطبية الطارئة للتوليد وحديثي الولادة وأنظمة الإحالة غير المكتملة، ومشكلات سلسلة التوريد ونفاد المخزون، وعدم كفاية التمويل لمجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى بشكل عام.

وفي حين تم إحراز تقدم كبير على المستوى الوطني في بناء الوعي بمجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى وقبولها فإن الحفاظ على هذا الفهم والتنسيق على المستوى دون الوطني لا يزال يمثل تحديًا حاسمًا. وفي مقاطعات إثيوبيا، تم حل منصة التعاون في مجال الصحة الجنسية والإنجابية التي تقودها الحكومة في غضون عام؛ وفي تشاد، يتم دمج الاجتماعات دون الوطنية في اجتماعات عامة للمجموعة الصحية، ما يضعف عملية المساءلة. تعد هيئات التنسيق دون الوطنية القوية والممولة جيدًا والتي تتمتع باختصاصات ثابتة وتسلسل إداري ضرورية للحفاظ على القيادة عند تناوب الموظفين، أو تدهور الوصول، أو إجراء تخفيضات في التمويل. وتسمح هذه الآليات أيضًا ببناء علاقات أعمق مع السلطات الصحية المحلية وصانعي السياسات، ومع المجتمعات المتضررة، وكلاهما يمكن أن يؤثر على تقديم الخدمات المستدامة، ويساعد في تثليث الحلول عند حدوث اضطرابات مستقبلية. وفي أماكن مثل كابو ديلجادو في موزمبيق، التي تشهد أزمات دورية، أثبتت هذه العلاقات الطويلة الأمد مع الحكومة والسلطات المحلية قيمتها في تقديم مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى.

إن الوعي الواسع النطاق بمجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى يجلب فوائد التعرف على الاسم بالإضافة إلى تحديات المفاهيم المسبقة. يُعرّف الدليل الميداني المشترك بين الوكالات مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى بأنها أهم مجموعة في خدمات الصحة الجنسية والإنجابية التي سيتم تقديمها في بداية حالة الطوارئ - «ما يجب فعله،» مع ترك «مدى» قابليتها للتكيف مع سياق معين وتشجيع الانتقال إلى الخدمات الشاملة في أقرب وقت ممكن. ومع ذلك، تُظهر تقييماتنا أن هذه التعريفات والفروقات لم تنعكس بشكل فعال على مستوى التنفيذ، ما أدى في بعض الأحيان إلى الارتباك و/أو المقاومة التي تحتاج إلى مزيد من التركيز على المستويات العالمية والوطنية والمحلية. ففي غزة على سبيل المثال، كانت هناك معارضة لمجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى بين أصحاب المصلحة، وخاصة الحكومة، التي اعتقدت أنها عبارة عن حزمة مصممة للبيئات ذات الدخل المنخفض أو التي تعتمد تقليديًا على المساعدات. كما نظر مزودو المعلومات الرئيسيون إلى مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى على أنها ضيقة للغاية، حيث اختارت إعطاء الأولوية للرعاية الشاملة للأمهات والأطفال حديثي الولادة، على سبيل المثال، على الخدمات الأخرى المحدودة المنقذة للحياة ذات الأولوية في مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى مثل رعاية فيروس نقص المناعة البشرية/الأمراض المنقولة جنسيًا. وفي موزمبيق، كان يُنظر إلى مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى على أنها المجموعة الروتينية الأساسية للخدمات، وليس شيئًا يتم تقديمه بشكل فردي في أوقات الأزمات الحادة. وفي الواقع، تحدث أصحاب المصلحة أيضًا عن الطرق التي دعمت بها الحكومة سلسلة التوريد المستدامة لبعض خدمات مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى. وتتوافق هذه النتائج مع الأدلة القصصية من أوكرانيا وكولومبيا وغيرهما من البلدان المتوسطة والمرتفعة الدخل التي شهدت أزمات في السنوات الأخيرة. علاوة على ذلك، لا يزال هناك ارتباك عبر المناطق حول متى وتحت أي ظروف يكون الانتقال إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة ممكنًا.

وتأتي هذه التقييمات في ظل مشهد إنساني متقلب بشكل ملحوظ، مع التخفيضات الكبيرة الأخيرة في المساعدات الإنسانية التي تقدمها حكومة الولايات المتحدة إلى جانب التخفيضات التدريجية للجهات المانحة العمومية الأخرى. تهدف مبادرة إعادة ضبط العمل الإنساني (The humanitarian reset) إلى تبسيط و"تحديد الأولويات بإفراط" للمساعدة الإنسانية، مع تركيز الموارد المجمعة على المواقع الأكثر احتياجًا، ومساءلة غير واضحة حتى الآن عن معايير مثل مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى[6]. وتهدد هذه التوجهات بتراجع عقود من التقدم نحو حقوق الصحة الجنسية والإنجابية في الأوضاع الإنسانية دون تركيز الاهتمام على ما ينجح واستمرار إعطاء الأولوية للنساء والمراهقات. وباعتبارنا مجتمعاً عالمياً، لا يمكننا أن نسمح للإفراط في تحديد الأولويات وخفض التمويل بالمخاطرة في القضاء على الهياكل التي

مكنت من التقدم في هذا المجال على مدى عقود من الزمن، مثل مجموعات العمل الوطنية ودون الوطنية للصحة الجنسية والإنجابية ضمن مجموعة الصحة وفريق عمل الصحة الجنسية والإنجابية التابع لمجموعة الصحة العالمية. ومع ذلك، لا يمكننا أيضًا الإصرار على «العمل كالمعتاد» عندما يكون المشهد مختلفًا تمامًا عن ذلك. يجب أن يكون هناك:

- **المساءلة:** ضمان مساءلة أفضل لتبسيط مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى ضمن استجابات الطوارئ المتعددة القطاعات والأموال المجمعة (بما يشمل الموارد المخصصة لمجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى ضمن هذه الأموال)
- **التوطين:** توفير دعم وتمويل أقوى للحكومات والشركاء المحليين لقيادة استجابات مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى، مع توثيق أفضل الممارسات والاعتبارات لمختلف التصنيفات الإنسانية
- **الدمج المنهجي:** دمج مؤشرات خدمة مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى بشكل منهجي في أولويات الصحة والحماية المقترحة، وآليات ردود الفعل المجتمعية الإنسانية المشتركة بين الوكالات، والبرمجة النقدية.

وعلاوة على ذلك، نحن بحاجة إلى أدلة أفضل بشأن ماهية أنشطة الاستعداد على المستوى الوطني التي تترجم بشكل أفضل إلى استجابات محلية في أثناء حالات الطوارئ على المستوى دون الوطني، الأمر الذي يتطلب تطبيق الترابط بين العمل الإنساني والتنمية، والانتقال من مجرد الخطابات إلى تعزيز التعاون المتعمد على أرض الواقع بين مبادرات التنمية التي تركز على الحكومة وهياكل الاستجابة الإنسانية التي تركز على الأمم المتحدة. ويتيح استكمال وتحليل 64 تقييما لجاهزية مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى على المستوى القطري، والتي أجريت بين عامي 2021 و 2024 بقيادة صندوق الأمم المتحدة للسكان، فرصة كبيرة لتوفير هذه الأدلة الحاسمة. ولضمان التماسك والتأثير، ينبغي مزامنة التوصيات ذات الصلة الناشئة عن تقييمات جاهزية مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى مع تلك الناتجة عن تقييم العملية هذا لضمان أن جهود الاستعداد والاستجابة المستقبلية لمجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى تعزز بعضها البعض وتستند إلى السياق.

التوصيات العالمية الرئيسية

مجموعة الصحة العالمية وفريق عمل الصحة الجنسية والإنجابية:

تقديم الدعم المباشر لمجموعات العمل الوطنية المعنية بالصحة الجنسية والإنجابية لتنفيذ التوصيات الواردة أدناه والقيام بدعوة مستهدفة لحقوق الصحة الجنسية والإنجابية كجزء من إعادة ضبط العمل الإنساني.

ينبغي على مجموعة الصحة العالمية وفريق عمل الصحة الجنسية والإنجابية:

- **إعداد الأدوات والموارد ونشرها وتعميمها لدعم مجموعات عمل الصحة الجنسية والإنجابية ومنسقي المجموعات الصحية حول كيفية تخطيط مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى ودعمها ووضع ميزانيتها وتنفيذها، وضمان التنسيق القوي على المستويين الوطني ودون الوطني. وينبغي ترجمة هذه الأدوات إلى اللغات الرئيسية وإتاحتها في مكان مركزي واحد.**
- إنشاء آلية لتتبع مدى تنفيذ مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى بشكل منهجي في حالات الطوارئ (ربما كجزء من جهود المساءلة الإنسانية الأوسع نطاقًا).
- تتبع وتنظيم التدريبات الروتينية لمجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى بشكل منهجي لمنسقي الصحة الجنسية والإنجابية وأصحاب المصلحة الرئيسيين في مجموعة عمل الصحة الجنسية والإنجابية (بما في ذلك وزارة الصحة والسلطات الصحية دون الوطنية في المناطق المتضررة من الأزمات).

الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات:

دعم أعضاء التحالف لتنفيذ التوصيات الواردة أدناه ومواءمة الجهود مع الهيكل التنظيمي الجديد للفريق العامل المشترك بين الوكالات

- **توثيق دراسات الحالة وأفضل الممارسات ونشرها من العاملين في الخطوط الأمامية والمنفذين عند تقديم مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى ودعمها وضمان المساءلة عنها.**
- إعداد مواد مناصرة منسقة لضمان إعطاء الأولوية للمجموعة الكاملة من خدمات مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى (ومنها رعاية الإجهاض الآمن إلى أقصى حد يسمح به القانون) وتنفيذها بشكل منهجي كجزء من الاستجابة لحالات الطوارئ الحادة.
- إجراء تقييم عالي جديد للفريق العامل المشترك بين الوكالات لإجراء تقييم شامل لحالة حقوق الصحة الجنسية والإنجابية في الأوضاع الإنسانية.
- وضع توصيات حول كيفية دمج مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى في فرص تطوير الأعمال، مع رسائل وجداول أعمال مستهدفة لمختلف الجهات المانحة (التنموية والإنسانية).
- توثيق وتبادل الدروس المستفادة والموارد التقنية لنماذج البرامج الواعدة، مثل البرامج القائمة على الأدلة نماذج الرعاية المقدمة المجتمعية والذاتية المتوافقة مع مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى
- تعزيز أدوات الصحة الإنجابية الجديدة مع الإرشادات التشغيلية للتأثيرات على تقديم مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى.
- دعم الجهود الجارية وتوثيقها وتتبعها لتعزيز قدرة مقدمي الخدمات والمنفذين في الخطوط الأمامية.

مجموعة الصحة القطرية ومجموعة عمل الصحة الجنسية والإنجابية:

إضفاء الطابع المؤسسي على عمليات مجموعات عمل الصحة الجنسية والإنجابية تحت إشراف المجموعة الصحية لتقديم دعم أفضل للشركاء المنفذين لمواجهة التحديات الرئيسية لمجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى.

ينبغي لكل مجموعة عمل للصحة الجنسية والإنجابية أن:

- **تعيين منسقين مدربين بدوام كامل في مجال الصحة الجنسية والإنجابية في كل منطقة متأثرة بالأزمة، ويتمتعون بسلطة اتخاذ القرار والدعم اللوجستي، لتعزيز المساءلة والقيادة الفنية من أجل التنفيذ الفعال لمجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى في جميع المراحل الإنسانية.**
- **يجب أن يكون لديها اختصاصات واضحة (ToRs)، وجدول اجتماعات منتظم، وتسلسلات إدارية إلزامية لمجموعة الصحة.**
- تعميم مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى بين الشركاء وأصحاب المصلحة الرئيسيين، مع التركيز على قدرتها على التكيف. التأكيد على أن مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى تحدد ما يجب القيام به (محتواها الفني ذو صلة عالميًا)، في حين يجب تكييف استراتيجية التنفيذ (الكيفية) لتلبية الاحتياجات المحلية العاجلة والخاصة بالسياق.
- تنظيم دورات تدريبية سريرية مشتركة بين الوكالات لمقدمي الخدمات في الخطوط الأمامية لبناء القدرات السريرية والحفاظ عليها. يمكن استخدام التدريبات التنشيطية للتوعية السريرية للصحة الجنسية والإنجابية (S-CORTs) لمعالجة فجوات الكفاءة بسرعة أثناء حالات الطوارئ.

- تنسيق التجهيز المسبق للسلع، بما في ذلك المجموعات المشتركة بين الوكالات المعنية بالصحة الإنجابية، قبل حالات الطوارئ المتوقعة أو المحتملة.
- التواصل مع الشركاء المنفذين لضمان وصول الإمدادات إلى الوجهة النهائية. إذا كان ذلك ممكنًا، دعم تجميع الشحنات مع الوكالات ذات الموارد اللوجستية الثقيلة (برنامج الأغذية العالمي، واللجنة الدولية للصليب الأحمر، وشركات التوصيل الخاصة) ودمج إمدادات الصحة الجنسية والإنجابية في القوافل القائمة.
- عقد منتديات مجتمعية دائمة لمناقشة خدمات الصحة الجنسية والإنجابية ومسارات الإحالة (أي الحوارات خلال حفلات احتساء القهوة في مخيمات النازحين داخليًا في إثيوبيا) والحفاظ على تمويل ثابت لها.
- توضيح السياسات ذات الصلة المتعلقة بحقوق الصحة الجنسية والإنجابية ونشرها، وخاصة فيما يتعلق برعاية الإجهاض الآمن.

الشركاء المنفذون:

زيادة مخصصات الميزانية البرنامجية والمساعدة الفنية لخدمات مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى وعملياتها والتي تعاني من فجوات مستمرة، بما في ذلك كجزء من الرعاية الصحية الأولية أو البرامج المتعددة القطاعات.

ينبغي للشركاء الذين يدعمون تنفيذ مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى ما يلي:

- **التحقق مجددًا من أن جميع مكونات مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى يتم تمويلها بشكل كافٍ كجزء من الرعاية الصحية الأولية الأكبر والتمويل متعدد القطاعات.**
- **تعزيز خطوط الميزانية «الخدمات اللوجستية للوجهة النهائية» للصحة الجنسية والإنجابية (الوقود، والنقل من أطراف ثالثة، والمنح الصغيرة للمتاجر على مستوى المخيم) في جميع المقترحات/الميزانيات.**
- **المشاركة بنشاط في تنسيق خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والجاهزية لمجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى وجهود الاستجابة.**
- الاستثمار في التدريب والإشراف عالي الجودة على الكفاءات السريرية.
- توظيف مقدمي خدمات الصحة الجنسية والإنجابية المؤهلين/المدربين والإشراف عليهم.
- تعزيز مسارات الإحالة للرعاية الطبية الطارئة للتوليد وحديثي الولادة، وضمان وجود سياسات وإجراءات الإحالة مع تغطية التكاليف لكل مرفق من مرافق الرعاية الأساسية الطارئة للأم والوليد؛ دعم وسائل النقل منخفضة التكلفة وقليلة التقنية (عربات تجرها الحمير في تشاد، وسيارات إسعاف الدراجات النارية في المناطق الريفية في إثيوبيا) حيثما كان ذلك مناسبًا؛ دعم نقل المرضى ومقدمي الرعاية بقسائم الوقود، أو النقد مقابل النقل، أو مجمعات وقود سيارات الإسعاف، إن أمكن.
- تأكد من دمج تدريب رعاية ما بعد الإجهاض والإمدادات كجزء من تقديم خدمات الرعاية الطبية الطارئة للتوليد وحديثي الولادة.
- التحقق من سياسة الإجهاض والتأكد من أن البرنامج لديه نهج واضح لرعاية الإجهاض الآمن، أي توفيره في جميع الظروف أو بعضها، والإحالة إلى مقدمي خدمات الإجهاض الآمن الآخرين، وما إلى ذلك.
- تضمين استراتيجيات الرعاية المجتمعية/المقدمة ذاتيًا في تصميمات البرامج للوصول إلى الوجهة النهائية.
- دعم مجموعات العمل الفنية الوطنية، عند الاقتضاء، لتطبيق نتائج تقييمات جاهزية مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى (MRAs)، عندما تكون متاحة، من خلال قيادة تطوير وتتبع خطة عمل مخصصة لجاهزية مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى. ويضمن هذا معالجة فجوات القدرات ونقاط الضعف في التنسيق التي تم تحديدها قبل وقت كاف من حدوث الأزمة.
- وضع ميزانية لآليات استجابة العملاء للصحة الجنسية والإنجابية ووقت الموظفين وتنفيذها لمراجعة الشكاوى المقدمة من خلال آليات التظلم والتصرف بناءً عليها.
- دمج خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والعنف القائم على النوع الاجتماعي، مع إيلاء اهتمام خاص للاحتياجات المعلنة للنساء والفتيات.

الجهات المانحة الإنسانية:

الاستثمار في الاستراتيجيات التي تسد الثغرات الحرجة وتضمن الوصول العادل إلى مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى ومحاسبة الشركاء المنفذين عليها.

ينبغي على الجهات المانحة الإنسانية:

- **طلب ميزانية كافية لتنفيذ مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى وضمان ذلك كجزء من الرعاية الصحية الأولية، والاستجابات متعددة القطاعات لحالات الطوارئ.**
- **تحميل الشركاء المنفذين المسؤولية عن جميع أهداف مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى.**
- **تمويل أنشطة التنسيق لمجموعة عمل الصحة الجنسية والإنجابية، ولا سيما منصب منسق الصحة الجنسية والإنجابية بدوام كامل. الاعتراف بالقيمة المضافة للأمانة التي يمكنها أن تقود جهود الدعوة وإدارة المعرفة والتوعية المجتمعية والشراكات.**
- تضمين عوامل تغيير الأزمات (أو تقديم المنح المضمنة التي تسمح للبرامج بإعادة توجيه التمويل بشكل مرن وسريع للاستجابة لحالات الطوارئ غير المتوقعة) لمجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى في البرامج الإنسانية متعددة السنوات.

الجهات المانحة للتنمية:

الاستثمار في الشركاء المنفذين ومحاسبتهم على مدى جاهزية مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى والتعاون الهادف مع الجهات الفاعلة والأنظمة الإنسانية

ينبغي على الجهات المانحة للتنمية:

- **التأكد من أن منح تعزيز الأنظمة المستقبلية تعكس مدى جاهزية مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى حسب الاقتضاء (مناهج التدريب قبل الخدمة وفي أثناء الخدمة، ودعم سلسلة التوريد، وبناء قدرات مقدمي الخدمات/الكوادر، ودعم إنشاء وتدريب قوائم أو مجموعات النشر).**
- **عندما تكون البيئة التمكينية لحقوق الصحة الجنسية والإنجابية ضعيفة، ادعم جهود الدعوة والسياسات وفقًا لذلك، بما في ذلك تحسين الأطر القانونية وأطر الحماية. السعي إلى ضمان دمج جميع المبادئ الإنسانية في سياسات حقوق الصحة الجنسية والإنجابية، والعكس صحيح.**
- دمج مؤشرات مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى الرئيسية في نظام المعلومات الصحية بالمنطقة/نظام إدارة المعلومات الصحية.
- تمويل وتقييم دورة جاهزية مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى: 1. تمويل خطة العمل: إعطاء الأولوية للتمويل اللازم لتنفيذ خطط عمل تقييمات جاهزية مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى، وضمان معالجة فجوات القدرات ونقاط الضعف في التنسيق التي تم تحديدها قبل وقت كاف من حدوث الأزمة. 2. تمويل التعليم: الاستثمار بشكل استراتيجي في التقييم الدقيق لنتائج خطة عمل تقييمات جاهزية مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى لتحديد استراتيجيات الجاهزية الأكثر فعالية في تمكين الاستجابات القوية التي تقودها المجتمعات المحلية.

الحكومات:

إضفاء الطابع المؤسسي على مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى ضمن أطر الاستعداد لحالات الطوارئ، وتمكين الجهات الفاعلة المحلية، وضمان جاهزية النظام الصحي لاستجابة مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى، وتعزيز مساءلة مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى من خلال المشاركة المجتمعية

ينبغي للحكومات:

- **تخصيص تمويل الصحة المحلية والتأهب لحالات الطوارئ وزيادته لتنفيذ مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى.**
- **دمج مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى في استراتيجيات تمويل الصحة الإنسانية المقبلة مثل الصناديق القطرية المجمعة وصناديق الاستجابة لحالات الطوارئ القطرية.**
- **دمج مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى في مناهج التدريب قبل الخدمة وفي أثنائها للقوى العاملة الصحية؛ وسلسلة التوريد وأنظمة الرصد والتقييم؛ وجهود بناء القدرات لمقدمي الرعاية الصحية؛ وإنشاء وتدريب مجموعات قابلة للنشر من منفذي مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى في الخطوط الأمامية.**
- إدراج مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى في الأطر الوطنية ودون الوطنية للحد من مخاطر الكوارث والاستجابة لحالات الطوارئ الصحية، وسياسات الصحة الإنجابية/الصحة الجنسية والإنجابية/صحة الأمهات والمواليد.
- العمل بنشاط على دمج خطط التأهب الشاملة للصحة الجنسية والإنجابية والبروتوكولات ومجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى في التأهب لحالات الطوارئ الصحية الوطنية ودون الوطنية الحالية والأطر واستراتيجيات الحد من مخاطر الكوارث وخطط الطوارئ. ويشمل ذلك الدعوة إلى بيئة تشريعية تدعم توفير مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى في أثناء أي حالة طوارئ، واعتماد نهج يشمل جميع المخاطر.
- الدعوة إلى دمج اعتبارات إدارة الكوارث والاستجابة لحالات الطوارئ في سياسات تنمية الصحة الجنسية والإنجابية، وعلى العكس من ذلك، ضمان أن تكون رؤى التنمية مفيدة في الاستعداد لبناء المرونة المجتمعية والمؤسسية. ويضمن هذا النهج أن يكون الاستعداد عنصرًا أساسيًا في أعمال التنمية، مع تخصيص التمويل والتركيز.
- توفير التمويل والدعم للمنظمات المحلية التي تنفذ مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى وإدراجها في منصات التنسيق وصنع القرار.
- تخزين سلع الصحة الجنسية والإنجابية مسبقًا وتعزيز أنظمة تقديم الرعاية الصحية حتى الوجهة النهائية.
- إدراج مؤشرات الصحة الجنسية والإنجابية في أنظمة ردود الفعل على المشاركة المجتمعية وضمان مشاركة النساء والفتيات المتأثرات بالأزمات في التخطيط للتأهب وحلقات ردود الفعل المستمرة في حالات الطوارئ.

المراجع

1 Chynoweth, S.K. Advancing reproductive health on the humanitarian agenda: the 2012-2014 global review. Confl Health 9 (Suppl 1), I1 (2015). https://doi.org/10.1186/1752-1505-9-S1-I1

2 IAWG & Women's Refugee Commission. Minimum Initial Service Package (MISP) Process Evaluation Tools (تمت المراجعة 2022). متاح على: https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-misp-process-evaluation-tools-revised-2022

3 WHO. HeRAMS Tigray Baseline Report 2023 - Operational status of the health system: A comprehensive mapping of the operational status of HSDUs 2023. متاح على: https://www.who.int/publications/m/item/herams-tigray-baseline-report-2023-operational-status-of-the-health-system

4 UNFPA. Amid displacement and despair in Gaza, glimmers of hope for a better tomorrow. 17 أكتوبر 2025. متاح على: https://www.unfpa.org/news/amid-displacement-and-despair-gaza-glimmers-hope-better-tomorrow

5 Chynoweth, S.K. Advancing reproductive health on the humanitarian agenda: the 2012-2014 global review. Confl Health 9 (Suppl 1), I1 (2015). https://doi.org/10.1186/1752-1505-9-S1-I1

6 OCHA. The humanitarian reset (10 مارس 2025). متاح على: https://www.unocha.org/news/humanitarian-reset-10-march-2025

7 OCHA، 1 أكتوبر 2025 الساعة 15:00. متاح على: https://reliefweb.int/node/4179759

8 OCHA، (13 أغسطس 2025). متاح على: https://www.ochaopt.org/content/reported-impact-snapshot-gaza-strip-13-august-2025

9 OCHA Reported impact snapshot | Gaza Strip، 1 أكتوبر 2025 الساعة 15:00. متاح على: https://reliefweb.int/node/4179759

10 UNHCR Chad. CORE Sudan Emergency Situation. 2025. متاح على: https://data.unhcr.org/en/documents/details/118998.

11 OCHA. Ethiopia: Internal Displacement Overview (اعتبارًا من يونيو 2024). متاح على: https://www.unocha.org/publications/report/ethiopia/ethiopia-internal-displacement-overview-june-2024.

12 OCHA. Ethiopia - Situation Report، 10 يونيو 2024. متاح على: https://www.unocha.org/publications/report/ethiopia/ethiopia-situation-report-10-june-2024.

13 OCHA. Mozambique: Cabo Delgado, Nampula & Niassa Humanitarian Snapshot، اعتبارًا من أغسطس 2025. متاح على: https://www.unocha.org/publications/report/mozambique/mozambique-cabo-delgado-nampula-niassa-humanitarian-snapshot-august-2025

HEALTH
CLUSTER