

I ŚWIATOWA KONFERENCJA ZDROWIA RODZINY

9-10.06.2021 r.

Konferencja rozpoczęła się 09.06.2009 r. roku o godz. 14:00 w Sanktuarium św. Józefa w Kaliszu nabożeństwem międzyreligijnym oraz koncertem muzyków Filharmonii Kaliskiej i recitalem prof. Ewy Łżykowskiej. Podczas tego nabożeństwa przedstawiciele wyznań: rzymskokatolickiego, grekokatolickiego, judaistycznego, ewangelicko-augsburskiego i prawosławnego podpisali **ekumeniczne poparcie dla deklaracji ze Światowej Konferencji Zdrowia Rodziny Calisia 2019**. Nabożeństwu przewodniczył kardynał Kazimierz Nycz.

Uroczysta inauguracja konferencji odbyła się o godz. 17:00 w Teatrze im. Wojciecha Bogusławskiego.

Wykłady inauguracyjne przedstawili:

Profesor Jonathan Samet, Colorado School of Public Health, USA
Profesor Witold Zatoński, Europejskie Obserwatorium Nierówności Zdrowotnych PWSZ
Profesor Peter Boyle, profesor PWSZ Andrzej Wojtyła, International Prevention Research Institute (iPRI) Lyon, Francja, Collaborating Center in Kalisz, Polska

Z recitalem fortepianowym wystąpił profesor Zbigniew Raubo.

W poniedziałek, 10 czerwca, w Centrum Dydaktycznym PWSZ w Kaliszu przy ul. Poznańskiej odbyły się cztery sesje, przez cały dzień trwała także towarzysząca Konferencji sesja posterowa.

9:00 - 11:00 Sesja I

Palenie a zdrowie: przygotowanie do ostatniej fazy walki z tytoniem?

Prelegenci:

Profesor Allan Brandt, Harvard University, USA

Dr Rob Branston, University of Bath, UK

Profesor Cliff Douglas, American Cancer Society, USA

Lilia Olefir, "Life" Advocacy Center, Ukraina

Dr Mark Parascandola, National Cancer Institute, USA

Dr Mateusz Zatoński, Fundacja "Promocja Zdrowia", Polska

11:30 - 13:30 Sesja II

Dopełnienie rewolucji kardiowaskularnej: alkohol, dieta, smog

Prelegenci:

Profesor Christina Ciecierski, Northeastern Illinois University, Chicago, USA

Profesor Zbigniew Gaciong, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Polska

Profesor Carlo La Vecchia, University of Milan "La Statale", Włochy

Dr Jacek Moskalewicz, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Polska

Professor Eva Negri, University of Milan "La Statale", Włochy

Profesor Marcin Wojnar, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Polska

Profesor Tomasz Zdrojewski, Polska Akademia Nauk, Polska

14:30 - 16:00 Sesja III

Budowanie zdrowszej społeczności: Kalisz miastem zdrowych rodzin

16:30 - 18:00 Sesja IV

Profesor Leif Aarø, Norwegian Institute of Public Health, Norwegia
Profesor Michał Kleiber, Polska Akademia Nauk, Polska

Po wystąpieniach naukowych, o godz. 18:30 w kaliskim Ratuszu podpisano **Kaliską Deklarację Zdrowia Rodziny**.

Druga część Konferencji odbyła się **11 czerwca w ambasadzie Stanów Zjednoczonych w Warszawie**.

W Konferencji uczestniczyli wybitni naukowcy ze Stanów Zjednoczonych, Szkocji, Norwegii, Wielkiej Brytanii, Włoch, Ukrainy i Polski poprzedzona była nabożeństwem międzyreligijnym z udziałem pięciu wyznań: greko-katolickiego, judaistycznego, katolickiego, ewangeliczno-augsburskiego i prawosławnego w Narodowym Sanktuarium św. Józefa w Kaliszu.

10.06.2009 roku została podpisana przez uczestników Konferencji Kaliska Deklaracja Zdrowia Publicznego.

Światowa Konferencja Zdrowia Rodziny organizowana była przez Europejskie Obserwatorium Nierówności Zdrowotnych ówczesnej Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu, World Prevention Alliance in Lyon, France, Fundację „Promocja Zdrowia” oraz Miasto Kalisz.

W czasie Konferencji podpisano także deklarację utworzenia w strukturach Uczelni Światowego Instytutu Zdrowia Rodziny. Ideą przewodnią utworzenia Instytutu było przekonanie, że **„jedynie działania z zakresu zdrowia publicznego skierowane do rodziny mogą wpłynąć na poprawę zdrowia populacji poszczególnych krajów, kontynentów, regionów i całego świata”**.

Podstawą naszych wysiłków w podejściu do zdrowia jest konieczność **rozpatrywania zdrowia i dobrostanu we wszystkich jego aspektach: fizycznym, psychicznym i społecznym zgodnie z oficjalną definicją zdrowia WHO**.¹²³ Definicja ta jest od wielu lat krytykowana a nawet kwestionowana, jako nie w pełni wyrażająca sens pojęcia zdrowia. Powszechnie obecnie rozszerza się definicje zdrowia o aspekty dobrostanu emocjonalnego i duchowego posługując się terminem „wellness”, **definiowanym jako optymalny stan zdrowia jednostek w wymiarze fizycznym, psychicznym, społecznym, emocjonalnym, intelektualnym i duchowym umożliwiający wypełnianie przez nią obowiązków (roli) w: rodzinie, społeczności, w której żyje, miejscu pracy, miejscu kultu oraz innych obszarach**.⁴⁵⁶

Cele funkcjonowania Światowego Instytutu Zdrowia Rodziny **odnoszą się do przyjętych w 2014 roku i podpisanych przez wszystkie kraje świata ONZ – owskich Celów Zrównoważonego Rozwoju (The Sustainable Development Goals -SDGs)**⁷.

Jest to zestaw zdefiniowanych globalnie wskaźników postępu społecznego ustalonych w 17 wymiarach i 169 celach, które mają być osiągnięte do 2030 roku. Podobnie jak **Milenijne Cele Rozwoju (Millennium Development Goals - MDGs)**⁸⁹¹⁰ nakreślone do 2015 roku, kładą

nacisk na takie tradycyjne rozwiązania jak: zwalczanie ubóstwa oraz promowanie zdrowia i edukacji. Osiągnięcie tych celów wymaga działań na poziomie lokalnym, krajowym, międzynarodowym i globalnym. Wymaga to podjęcia szeregu działań związanych ze środowiskiem, zrównoważonym rozwojem społecznym i ekonomicznym dokonywanych w sposób pokojowy. Cele te dotyczą wszystkich krajów świata, zarówno bogatych, jak i biednych.

Istnieje wiele powodów nakazujących skoncentrowanie się na polityce rodzinnej i roli rodziny w osiągnięciu tych celów do 2030 roku.

Trzeba podkreślić, że rodzina jest naturalną i elementarną jednostką społeczną wszystkich nowoczesnych społeczeństw na świecie. Dlatego też działania, mające na celu osiągnięcie zakreślonego rozwoju społeczeństw w SDG muszą skupić się na rodzinie.

Sekretarz Generalny ONZ Ban Ki-Moon w swoim Raporcie z 2010 roku¹¹ wyraźnie to podkreślił, stwierdzając „**At the international level, the family is appreciated but not prioritized in development efforts. The very contribution of families to the achievement of development goals continues to be overlooked, while there seems to be a consensus on the fact that, so far, the stability and cohesiveness of communities and societies largely rest on the strength of the family. In effect, the very achievement of development goals depends on how well families are empowered to contribute to the achievement of those goals. Thus, policies focusing on improving the well-being of families are certain to benefit development.**” *(Na poziomie międzynarodowym rodzina jest doceniana, ale nie traktowana priorytetowo w wysiłkach rozwojowych. W dalszym ciągu nie docenia się samego wkładu rodzin w osiąganie celów rozwojowych, wydaje się jednak, że panuje zgoda co do tego, że dotychczas stabilność i spójność wspólnot i społeczeństw w dużej mierze opiera się na sile rodziny. W efekcie samo osiągnięcie celów rozwojowych zależy od tego, jak dobrze rodziny są wzmocnione, aby przyczynić się do osiągnięcia tych celów. Zatem polityki skupiające się na poprawie dobrostanu rodzin z pewnością przyniosą korzyści rozwojowi”)*

Na kilka lat przed terminem podsumowania efektów działań zawartych w Milenijnych Celach Rozwoju **Sekretarz Generalny dostrzegął**, że w praktyce **działania operacyjne skierowane do rodzin są niewystarczające**, choć winny być traktowane priorytetowo.

W Raporcie z 2014 roku z okazji 20 rocznicy Międzynarodowego Roku Rodziny Sekretarz Generalny ONZ wprost oskarża decydentów wszystkich krajów świata i organizacje międzynarodowe pisząc „**Governments, in partnership with relevant stakeholders, should support data collection and research on family issues and the impact of public policy on families and invest in family-oriented policy and programme design, implementation and evaluation**” („Rządy, we współpracy z właściwymi stronami zainteresowanymi, powinny wspierać gromadzenie danych i badania nad kwestiami rodzinnymi oraz wpływem polityki publicznej na rodziny, a także inwestować w projektowanie, wdrażanie i ocenę polityki i programów zorientowanych na rodzinę”).¹²

Mimo, że wiele celów milenijnych zostało zrealizowanych to takie cele jak zmniejszenie nierówności ekonomicznych, ograniczenie nierówności społecznych i zdrowotnych między krajami świata i grupami społecznymi w niedostatecznym stopniu zostały osiągnięte i nadal na naszym globie te nierówności występują.

W niektórych przypadkach się nawet pogłębiły. Dlatego też wiele celów milenijnych zostało powielonych w Celach Zrównoważonego Rozwoju. Przyczyną niezrealizowania większości

celów, jest to, że do ich operacyjnej realizacji nie zostały włączone rodziny. To potwierdza Raport UNICEF (THE UNICEF OFFICE OF RESEARCH – INNOCENTI) z 2018 roku.¹³

W Raporcie tym podkreśla się, że jeśli w większym stopniu nie zaangażuje się w działania operacyjne podstawowej jednostki społecznej jaką jest rodzina, to istnieje zagrożenie niezrealizowania Celów Zrównoważonego Rozwoju.

Zagrożenia braku realizacji celów zrównoważonego rozwoju dotyczą aspektów zdrowotnych społeczeństw świata, w tym głównie dzieci, co wyraża się różnicowaniem ekonomicznym rodzin (kraje rozwinięte vs kraje rozwijające się-biedne), ograniczeniem dostępu do zdrowia w wielu regionach i krajach świata, brakiem postępu w zwalczaniu chorób cywilizacyjnych, w zwalczaniu przemocy, w tym rodzinnej, używaniu substancji psychoaktywnych czy zwalczaniu chorób przenoszonych drogą płciową.

W wielu krajach świata także rozwiniętych, na przykład w USA, ale także w Polsce te czynniki skutkują skracaniem się długości życia mieszkańców.^{14 15}

Na te wyzwania zdrowotne ogromny wpływ ma rodzina. W USA podjęto próby ponownego zdefiniowania działań mających na celu utrzymanie zdrowia i jego promocji co jest zawarte w amerykańskiej Strategii Public Health 3.0.^{16 17}

W strategii tej kładzie się nacisk na to, aby liderzy zdrowia publicznego jako główni stratedzy działali wspólnie z interesariuszami społecznymi, liderami systemów edukacji i innymi podmiotami, byli zaangażowani w proces kształtowania polityki zdrowia publicznego w naturalnych ekosystemach bytowania jednostek.

Biorąc pod uwagę centralną pozycję rodzin zarówno pod względem kształtowania zdrowia jak i spójności społeczeństw rodzina winna być najważniejszym aktorem i współtwórcą w produkcji zdrowia w XXI wieku. Podkreśla się w tym dokumencie również, że rodzina jest ciągle niedoceniana i niewykorzystywana w procesie kształtowania i poprawy zdrowia.¹⁸

W czasach współczesnych rodzinę definiuje się powszechnie jako „two or more persons related by blood, adoption, marriage or choice and whose relationship is characterized by at least one of the following: social and/or legal rights and obligations; affective and emotional ties; and endurance or intended endurance of relationship” („dwie lub więcej osoby powiązane więzami krwi, adopcji, małżeństwa lub wyboru, których związek charakteryzuje się co najmniej jednym z poniższych: prawa i obowiązki społeczne i/lub prawne; więzi uczuciowe i emocjonalne; oraz trwałość lub zamierzoną trwałość związku”).¹⁹

Ta definicja może obejmować różne typy rodzin, zarówno rodzin wielopokoleniowych, jak i osób mieszkających samotnie, ale pozostających pod wpływem rodziny. Ekologiczne interwencje społeczne pokazują, że rodziny są podstawowym kontekstem społecznym w rozwoju, utrzymaniu i przywracaniu zdrowia przez całe życie ludzkie: rozpoczynając od okresu koncepcji i wczesnych okresów po urodzeniu po okresy młodości i całe dorosłe życie.²⁰

Rodzina jest ważną instytucją dla zdrowia jednostki ze względu na co najmniej cztery powiązane wzajemnie ze sobą przyczyny:

1. Kształtuje rozwój i utrzymanie indywidualnego zdrowia i zachowań zdrowotnych,
2. Sprawuje opiekę zdrowotną nad swoimi członkami,
3. Zapewnia ciągłość życia swoich członków (w tym wielopokoleniową),
4. Zapewnia członkom rodziny relacje i kontakty z większymi grupami społecznymi (np. lokalnymi, religijnymi, narodowymi).

- pełniąc funkcje kanałów informacji, powiązań, możliwości i wykorzystania zasobów.²¹²²

W przeciągu ostatnich 50 lat w zdrowiu publicznym na świecie nie było szeroko pojętego konsensusu w sprawie miejsca promowania zdrowia a rodziny często były pomijane nawet w

dokumentach organizacji międzynarodowych z tego zakresu. Wyjątkiem były programy skierowane do rodzin zagrożonych ubóstwem, przemocą i innymi patologiami. Brak koncentracji na zdrowiu rodziny wynikał także z powszechnego przekonania, że rodziny mają charakter prywatny i nie należy w ich funkcjonowanie ingerować.²³²⁴²⁵

Również instytucje narodowe zajmujące się zdrowiem publicznym np. CDC w USA skupiały się na aspektach dotyczących rodzin patologicznych pomijając rolę rodziny funkcjonującej normalnie na zdrowie jednostki.²⁶²⁷

Nadzór (Surveillance) jest podstawą zdrowia publicznego zapewniając identyfikację problemów zdrowotnych, ocenę trendów i ocenę skuteczności podejmowanych działań. Większość aspektów wynikających z życia rodzinnego dotyczącego zdrowia na tym poziomie nie jest monitorowane nie tylko w USA, ale także w większości krajów świata.²⁸²⁹

A są to np. poziom więzi rodzinnych, jakość relacji międzyludzkich i skuteczność rozwiązywania problemów oraz monitoring działań prozdrowotnych np. sposób przygotowywania i jakość posiłków czy aktywność fizyczna członków rodzin. W efekcie niemożliwe jest monitorowanie i wyznaczanie celów zdrowotnych mających być realizowanych przez rodziny.

Aby osiągnąć cele Zrównoważonego Rozwoju w krajach o dobrze rozwiniętym zdrowiu publicznym np. w USA zmienia się podejście do sposobów realizacji tych celów **kładąc nacisk na rodzinę** jako realizatora i głównego aktora przedsięwzięć w zakresie zdrowia publicznego, co zawarte jest w Strategii „**Public Health 3.0**”.³⁰

Jak się podkreśla w tym dokumencie tylko takie podejście może powstrzymać zjawisko pogarszania się zdrowia populacji, co jest wyrażane w powszechnie analizowanych wskaźnikach zdrowotnych. Na takie podejście miały wpływ aktualne czynniki społeczne i sytuacja polityczna na świecie i w USA.³¹³²³³

Takimi czynnikami są także konflikty zbrojne i kryzysy humanitarne, które w sposób oczywisty utrudniają działania mające na celu ułatwienie dostępu do zdrowia i poprawę wskaźników zdrowotnych.^{34 35} Nakładają się na to kryzysy migracyjne, co obserwujemy naocznie obecnie.³⁶³⁷³⁸ Te czynniki również w sposób oczywisty zaburzają funkcje rodziny, w której kształtowane są nawyki zdrowotne. Mają zaś one wpływ nie tylko na obecne pokolenia, ale będą negatywnie wpływały na wiele pokoleń do przodu.

Taka jest idea utworzenia i funkcjonowania Światowego Instytutu Zdrowia Rodziny w Uczelni Kaliskiej.

Andrzej Wojtyła, prof. Uniwersytetu Kaliskiego
Dyrektor Światowego Instytutu Zdrowia Rodziny

¹ Constitution of the World Health Organization. In: World Health Organization: Basic documents. 45th ed. Geneva: World Health Organization; 2005.

² Callahan, D. The WHO Definition of “Health.” The Hastings Center Studies, 1(3), 77–87 ;1973.
<https://doi.org/10.2307/3527467>

³ Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946.

⁴ Corbin CB, Welk GJ, Corbin WR, Welk KA. Fundamental concepts of fitness and wellness. MacGraw-Hill, NY 2006.

-
- ⁵ Boyle P, Wojtyła A. Health, wellbeing, and family. *Journal of Health Inequalities*. 2019;5(1):20-20. doi:10.5114/jhi.2019.87817.
- ⁶ Wojtyła A, Wojtyła-Buciora P, Wojtyła C, Marcinkowski JT. Zdrowie optymalne („wellness”) w opinii młodzieży gimnazjalnej i jej rodziców Wellness in the opinions of junior high school students and their parents. *Hygeia Public Health* 2012, 47(4): 490-497. <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2012/hyg-2012-4-490.pdf>
- ⁷ Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981> Accessed:20.03.2022.
- ⁸ Kumar S, Kumar N, Vivekadhish S. Millennium Development Goals (MDGs) to Sustainable Development Goals (SDGs): Addressing Unfinished Agenda and Strengthening Sustainable Development and Partnership. *Indian J Community Med*. 2016;41(1):1-4. doi:10.4103/0970-0218.170955. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4746946/>. Accessed 19.03.2022.
- ⁹ Lomazzi, M., Borisch, B., & Laaser, U.. The Millennium Development Goals: experiences, achievements and what's next. *Global health action*, 2014;7(1), 23695. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/gha.v7.23695>. Accessed 20.03.2022.
- ¹⁰ Pogge T. The First United Nations Millennium Development Goal: A cause for celebration? *Journal of Human Development*, 2004, 5:3, 377-397, DOI: 10.1080/1464988042000277251. <https://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1080%2F1464988042000277251>. Accessed 20.03.2022.
- ¹¹ Report of the UN Secretary General, 2010, <https://www.un.org/securitycouncil/content/secretary-generals-reports-submitted-security-council-2010>. Accessed 20.03.2022.
- ¹² Report of the UN Secretary General 2014, A/70/61–E/2015/3. <https://cerf.un.org/news/annual-report/report-secretary-general-2014>. Accessed:20.03.2022.
- ¹³ (2019). 2018 Results Report, Innocenti Publications. <https://www.unicef-irc.org/publications/1038-2018-results-report.html> Accessed 20.03.2022.
- ¹⁴ National Center for Health Statistics. Health, United States, 2019: Table ##. Hyattsville, MD. 2021. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/hus/contents2019.htm>.
- ¹⁵ World Bank, Life Expectancy at Birth, Total for the United States [SPDYNLE00INUSA], retrieved from FRED, Federal Reserve Bank of St. Louis; <https://fred.stlouisfed.org/series/SPDYNLE00INUSA> , March 20, 2022.
- ¹⁶ Public Health 3.0. A Call to Action to Create a 21st Century Public Health Infrastructure. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.healthypeople.gov/sites/default/files/Public-Health-3.0-White-Paper.pdf> accessed 20.03.2022.
- ¹⁷ DeSalvo KB, Wang YC, Harris A, Auerbach J, Koo D, O’Carroll P. Public Health 3.0: A Call to Action for Public Health to Meet the Challenges of the 21st Century. *Prev Chronic Dis* 2017; 14:170017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd14.170017>external icon
- ¹⁸ U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Health. (2016). Public Health 3.0: A call to action to create a 21st century public health infrastructure. Retrieved from <https://www.healthypeople.gov/sites/default/files/Public-Health-3.0-White-Paper.pdf>
- ¹⁹ Barnard, A. John (2021, May 6). family. *Encyclopedia Britannica*. <https://www.britannica.com/topic/family-kinship>
- ²⁰ Hawley, D.R. and DeHaan, L. (1996), Toward a Definition of Family Resilience: Integrating Life-Span and Family Perspectives. *Family Process*, 35: 283-298. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1996.00283.x> Accessed 18.06.2021.
- ²¹ Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses, Revision 1, United Nations, New York, 1998, para. 2.82. <https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=402> Accessed 20.02.2022.
- ²² South J, Connolly AM, Stansfield JA, Johnstone P, Henderson G, Fenton KA. Putting the public (back) into public health: leadership, evidence, and action. *Am J Public Health*. 2018;41(1):10-17.
- ²³ WALSH, F. (1996), The Concept of Family Resilience: Crisis and Challenge. *Family Process*, 35: 261-281. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1996.00261.x>
- ²⁴ Barnes MD, Hanson CL, Novilla LB, Magnusson BM, Crandall AC, Bradford G. Family-Centered Health Promotion: Perspectives for Engaging Families and Achieving Better Health Outcomes. *Inquiry*. 2020 Jan-Dec;57:46958020923537. doi: 10.1177/0046958020923537. PMID: 32500768; PMCID: PMC7278332. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32500768/>
- ²⁵ Ferrer, R. L., Palmer, R., Burge, S. (2005). The family contribution to health status: a population-level estimate. *Annals of Family Medicine*, 3(2), 102-108.

-
- ²⁶Hanson, C. L., Crandall, A., Barnes, M. D., Magnusson, B., Novilla, M. L. B., King, J. (2019). Family-focused public health: supporting homes and families in policy and practice. *Front Public Health*, 7, 59. doi: 10.3389/fpubh.2019.00059.
- ²⁷Hanson CL, Crandall A, Barnes MD, Magnusson B, Novilla M, Lelinneth B, King J. Family-Focused Public Health: Supporting Homes and Families in Policy and Practice, 2019, *Front. Public Health*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00059> 9 Crossref DOI link: <https://doi.org/10.3389/FPUBH.2019.00059>
- ²⁸ Feinberg L. Moving Toward Person- and Family-Centered Care. (2012) Available online at: https://www.aarp.org/content/dam/aarp/research/public_policy_institute/ltc/2012/moving-toward-person-and-family-centered-care-insight-AARP-ppi-ltc.pdf (Accessed January 25, 2019)
- ²⁹
- ³⁰ DeSalvo KB, Wang YC, Harris A, Auerbach J, Koo D, O'Carroll P. Public Health 3.0: A Call to Action for Public Health to Meet the Challenges of the 21st Century. *Prev Chronic Dis*. (2017) 14: E78. doi: 10.5888/pcd14.170017
- ³¹ Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*. (2015) 10:227–37. doi: 10.1177/1745691614568352
- ³² Hanson CL, Crandall A, Barnes MD, Magnusson B, Lelinneth M, King J. Family-focused public health: supporting homes and families in policy and practice. *Front Public Heal*. (2019) 7:59. doi: 10.3389/fpubh.2019.00059
- ³³ Weiss-Laxer NS, Crandall A, Okano L, Riley AW. Building a foundation for family health measurement in routine surveys: a modified Delphi expert process. *Matern Child Health J*. (2020) 24:259–66. doi: 10.1007/s10995-019-02870-w
- ³⁴ Banatvala N, Zwi AB. Conflict and health. Public health and humanitarian interventions: developing the evidence base. *BMJ*. 2000;321(7253):101-105. doi:10.1136/bmj.321.7253.101
- ³⁵ International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. *World disasters report, 1998*. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies; 1999.
- ³⁶ United Nations High Commission for Refugees. *Sexual violence against refugees*. Geneva: UNHCR; 1995.
- ³⁷ CRED. *The human cost of natural disasters 2015: A global perspective*. Brussels: Centre for Research on the Epidemiology of Disasters, 2015.
- ³⁸ Blanchet K, Roberts B, Ramesh A, Frison S, Sistenich V, et al. An evidence review of research on health interventions in humanitarian crises. London: ELHRA, 2014. <https://www.elrha.org/wp-content/uploads/2015/01/Evidence-Review-22.10.15.pdf>