

حوادث العنف التي تؤثر
في تقديم الرعاية الصحية

الرعاية الصحية في خطر

الفترة من يناير/ كانون الثاني 2012 إلى ديسمبر/ كانون الأول 2013



ICRC

حماية
الرعاية الصحية
أنها
مسألة
حياة
أو موت

اللجنة الدولية للصليب الأحمر
The International Committee of the Red Cross
19, Avenue de la Paix
1202 Geneva, Switzerland
T +41 22 734 60 01 F +41 22 733 20 57
www.icrc.org



© حقوق الطبع محفوظة للجنة الدولية للصليب الأحمر، أبريل/ نيسان 2014

ICRC

حوادث العنف التي تؤثر
في تقديم الرعاية الصحية

الرعاية الصحية في خطر

الفترة من يناير/ كانون الثاني 2012 إلى ديسمبر/ كانون الأول 2013

* هذا التقرير المرحلي الثاني، في إطار مشروع «الرعاية الصحية في خطر»،
من إعداد كارولين مولينز.

ملخص

درست اللجنة الدولية آثار العنف على الرعاية الصحية أثناء النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى في 23 بلداً في الفترة من يناير/ كانون الثاني 2012 إلى ديسمبر/ كانون الأول 2013. وقد جُمعت المعلومات من خلال مصادر متنوعة بشأن 1809 حوادث عنف جرى خلالها استخدام العنف أو التهديد باستخدامه ضد العاملين في مجال الرعاية الصحية والجرحى والمرضى ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية.

ويحلّل هذا التقرير المرحلي الثاني الأنماط الرئيسة للعنف:

- يتحمل العاملون المحليون في مجال الرعاية الصحية وطأة العنف بصورة أكبر بكثير من العاملين الدوليين، كما كان الحال في 2012.
- القوات المسلحة الحكومية وقوات الأمن الحكومية والأطراف الفاعلة المسلحة من غير الدول هم الجناة الرئيسيون، ويتحمل كل منهم المسؤولية عن نحو ثلث جميع أعمال العنف المسجلة ضد تقديم الرعاية الصحية.
- يُظهر التقرير الخاص بمرافق الرعاية الصحية تضررها بشكل رئيس من أعمال السلب والنهب والهجمات المباشرة والدخول المسلح الذي يوقع الفوضى والاضطراب.

وستواصل اللجنة الدولية جمع المعلومات عن مثل هذه الحوادث، وستنشر في 2015 تحليلاً شاملاً من شأنه أن يُكمل التقرير النهائي للمشروع.

مقدمة

يهدف هذا التقرير إلى تحليل البيانات التي جمعتها 23 بعثة من بعثات اللجنة الدولية للصليب الأحمر (اللجنة الدولية) في الفترة من يناير/ كانون الثاني 2012 إلى ديسمبر/ كانون الأول 2013.

هذا هو التقرير الثاني في سلسلة تقارير اللجنة الدولية. وقد عرض التقرير الأول الصادر في مايو/ أيار 2013 بعنوان «حوادث العنف ضد الرعاية الصحية»¹ وحلّل البيانات التي جمعتها بعثات اللجنة الدولية خلال 2012 بشأن حوادث العنف التي تؤثر في تقديم الرعاية الصحية في 22 سياقاً.²

وجرى استخدام نفس المنهجية التي اتبعت في 2012. فقد جرى جمع البيانات من خلال مجموعة واسعة من المصادر: من أشخاص متضررين بصورة مباشرة من الحادث أو مشاركين فيه (ضحايا، شهود، مدراء مستشفيات، وهلمّ جراً)، وجمعيات وطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، ووسائل إعلام (محلية ودولية)، ومنظمات إنسانية أخرى، ومجموعات رعاية صحية محلية.

مشروع «الرعاية الصحية في خطر»

مشروع «الرعاية الصحية في خطر» هو مشروع تيسره اللجنة الدولية ويجري العمل به منذ عام 2011 ويتواصل حتى 2015. وقد ركزت اللجنة الدولية خلال العامين الأولين على تعزيز فهمها للمشكلات التي يواجهها مقدمو الرعاية الصحية وزيادة الوعي بهذه المسائل. كما سعت اللجنة الدولية من خلال سلسلة من المشاورات التي جرت مع خبراء بشأن مسائل متنوعة مثل أمن البنية التحتية وإدارة خدمات الإسعاف إلى تحديد الممارسات الجيدة وصياغة توصيات لضمان سلامة مقدمي الرعاية الصحية.

ودخل المشروع مرحلة جديدة في عام 2014، بحيث يجري خلال هذا العام تشجيع جميع الجهات المعنية على تطبيق التوصيات المنبثقة عن مختلف اجتماعات الخبراء في السياقات الخاصة بهم. وينبغي أن يؤدي ذلك إلى مزيد من الالتزام ضمن المجتمع الدولي.

واستخدمت في 2013-2014 البيانات التي جرى جمعها في إعداد وثائق المعلومات الأساسية التي وزعت خلال اجتماعات الخبراء،³ من قبيل ورشة عمل سيدني (ديسمبر/ كانون الأول 2013) التي نظمت بعنوان «الممارسة العسكرية: من التدريب إلى الأوامر العملياتية»، والتي ركزت على العقبات الخاصة بتيسير عمل مقدمي الرعاية الصحية التي قد تواجهها القوات المسلحة عند تخطيط أو تنفيذ عملياتها.⁴ كما ساهمت البيانات في توجيه وتطوير الاستجابة العملياتية لبعثات اللجنة الدولية بالنسبة لمسائل «الرعاية الصحية في خطر» في معظم السياقات التي جرت دراستها، وفي سياقات غير مدرجة في عملية جمع البيانات.

قد يختلف كثيراً حجم الحوادث الموثقة من سياق إلى آخر: ففي عامي 2012 و2013، جرى توثيق حوادث في 21 بلداً من أصل 23 بلداً يشملها المشروع، ولم تعد التقارير عن أيّ حادث في بلدين اثنين، وسُجّل في ستة بلدان وقوع أكثر من 100 حادثة في كل منها، بينما سُجّل في سبعة بلدان أخرى وقوع أقل من 30 حادثة في كل منها. وقد تكون هذه الفوارق نتيجة ديناميات مختلفة للعنف في سياقات مختلفة، غير أنها قد تعكس أيضاً انحيازاً في جمع البيانات، وبخاصة عندما يكون الوصول إلى الضحايا أمراً يسبب إشكاليات وتكون المعلومات نادرة ويصعب التحقق منها. بيد أن المعلومات المجمعة ضرورية لتحديد الأنماط الرئيسة لأعمال العنف التي تؤثر في تقديم الرعاية الصحية.

وجرت إضافة سياق واحد لعملية جمع البيانات في عام 2013 ليرتفع عدد البلدان محلّ الدراسة إلى 23 بلداً. وبتيجة جمع البيانات المسجلة في عامي 2012 و2013 في هذه البلدان البالغ عددها 23 بلداً، نجد أن عدد الحوادث الموثقة يبلغ 1809 حوادث.⁵ ويهدف هذا التقرير المرحلي إلى عرض اتجاهات أعمال العنف ضد تقديم الرعاية الصحية في عامي 2012 و2013 والمقارنة بينها.

1 انظر

<http://www.icrc.org/ara/resources/documents/news-release/201315--05/health-care-in-danger-incident-report.htm>

2 بدأ جمع البيانات في 23 بلداً في عام 2013، بعد إضافة بلد واحد إلى عملية جمع البيانات.

3 للاطلاع على قائمة بورش عمل الخبراء الخاصة بالرعاية الصحية في خطر، انظر الرابط الإلكتروني التالي:

<http://www.icrc.org/eng/what-we-do/safeguarding-health-care/solution/201326--04-hcid-expert-consultations.htm>

4 بالإضافة إلى المشاورات مع خبراء عسكريين، ناقشت بعثات اللجنة الدولية أيضاً تقديماتها الخاصة بالرعاية الصحية مع الأطراف الفاعلة المسلحة من غير الدول في إطار الحوارات الثنائية التي تجريها.

5 قدم التقرير المنشور في عام 2013 تحليلاً لـ 921 حادثة جرى جمعها في العام السابق.

يبحث القسم الأول من التقرير الاتجاهات العامة للعنف ضد مقدمي الرعاية الصحية. ويركّز القسم الثاني على تأثيرات العنف على سيارات الإسعاف. أما القسم الأخير فيتناول مسألة العنف ضد مرافق الرعاية الصحية، وهي مسألة تشكّل مصدر قلق خاص نظراً لأنّ ما يزيد على 40% من حوادث العنف الموثقة قد تضررت منها مرافق الرعاية الصحية (708 حوادث).⁶

⁶ سيسهم هذا التحليل في الاجتماع الأخير للخبراء بشأن أمن وسلامة مرافق الرعاية الصحية الذي سوف يُعقد في برينوريا في أبريل/ نيسان 2014 (اجتماع متابعة للاجتماع السابق الذي عُقد في أوتوا).

أولاً: البيانات المجمعة

تعكس البيانات التي جرى جمعها في الفترة من يناير/ كانون الثاني 2012 إلى يناير/ كانون الثاني 2013 الاتجاهات التي تتفق عموماً مع تلك التي حددها تقرير العام 2013 الذي استند إلى البيانات التي جُمعت في 2012.

أ. مصادر المعلومات

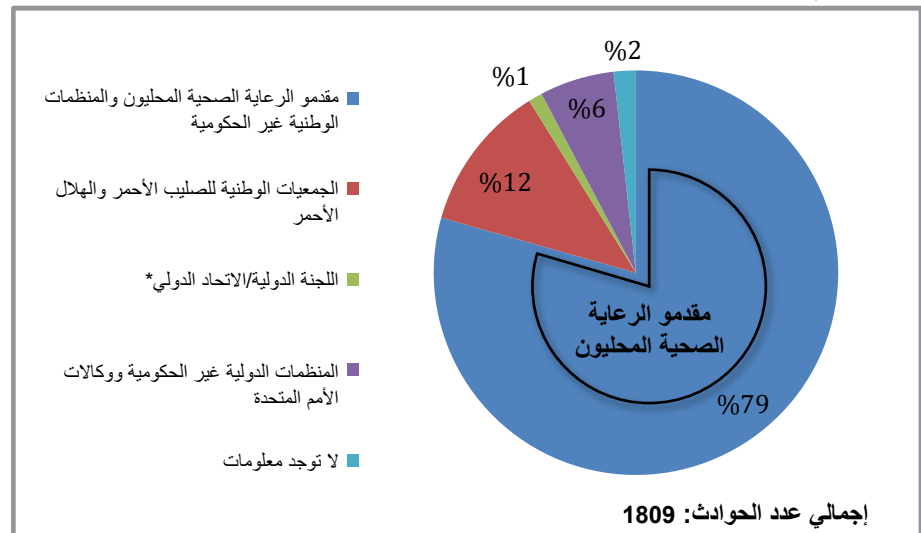
يستند هذا التقرير أساساً إلى المعلومات التي جُمعت في الميدان. ويُظهر الجدول رقم 1 توزيع الحوادث من مصادر المعلومات.

الجدول رقم 1: مصادر المعلومات	
881	اللجنة الدولية – عن طريق الحوار مع الضحايا والعاملين في مجال الرعاية الصحية والموظفين الإداريين وفريق الدعم
199	الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر
349	وسائل الإعلام (محلية ودولية)
178	جهات فاعلة إنسانية موثوقة أخرى
202	مجموعات رعاية صحية محلية (بما في ذلك وزارة الصحة)
1809	العدد الإجمالي

ب. فئات مقدمي الرعاية الصحية المتضررة

تظهر البيانات التي جرى جمعها أنّ مقدمي الرعاية الصحية المحليين، بمن فيهم العاملون في الجمعية الوطنية، كانوا الفئة الأكثر تضرراً من حوادث العنف، وتصل نسبتهم إلى 91% من الحوادث الموثقة. ويمكن أن يُعتبر هذا الأمر إثباتاً لصحة الهدف الأساسي لمشروع «الرعاية الصحية في خطر»، ألا وهو تعزيز الاحترام لجميع مقدمي الرعاية الصحية، بمن فيهم أولئك العاملون ضمن مجتمعاتهم المحلية، وليس مجرد لفت الانتباه إلى الحوادث التي تؤثر على المنظمات الإنسانية الدولية، بما فيها اللجنة الدولية.

الشكل رقم 1: مقدمو الرعاية الصحية المتضررون، بحسب الفئة



* الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر

ج. أنماط العنف التي تؤثر على الناس

من بين إجمالي الـ 1809 حوادث، جمعت بعثات اللجنة الدولية معلومات عن 1092 حادثة أثرت على 2456 ضحية (طواقم طبية، مرضى، متفرجين، وما إلى ذلك) في 2624 حادث عنف أو تهديد باستخدام العنف.⁷

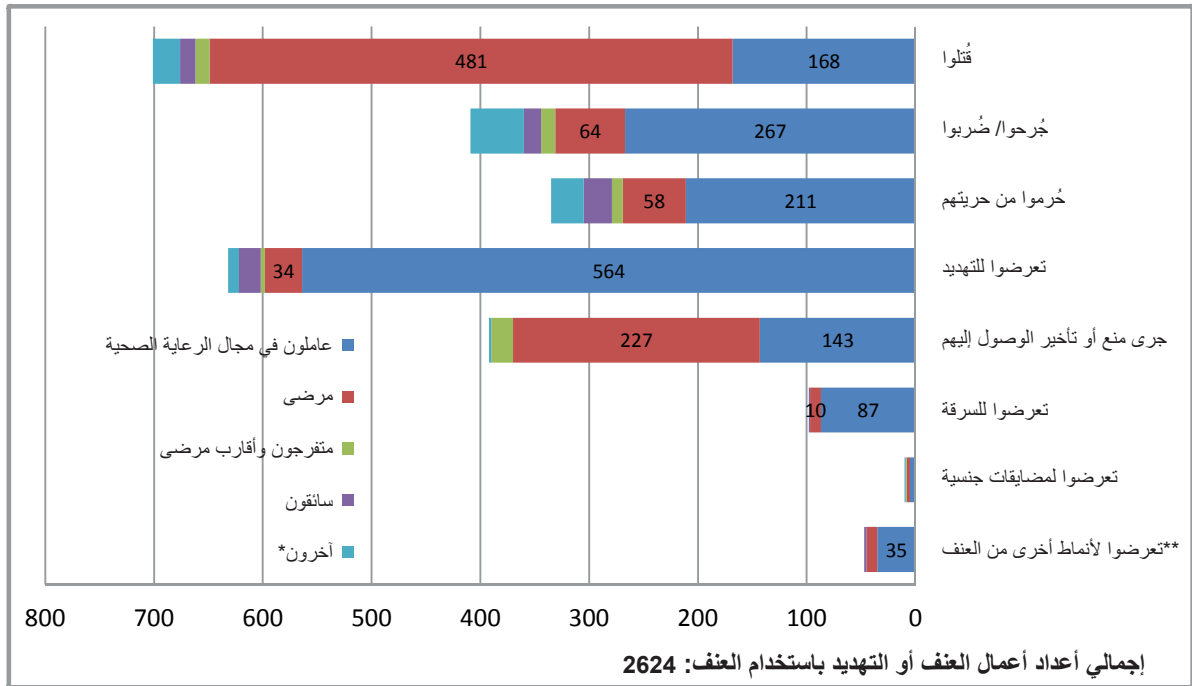
يمثل الرسم البياني التالي أنماط العنف الموجه ضد العاملين في مجال الرعاية الصحية والمرضى وغيرهم. وتظهر البيانات أن عدداً كبيراً من العاملين في مجال الرعاية الصحية تلقوا تهديدات (564). وينبغي أن تؤخذ التهديدات على محمل الجد، إذ يكون لها في أغلب الأحيان عواقب ضارة على تقديم الرعاية الصحية: فقد تتسبب هذه الحوادث عندما تتكرر في مغادرة العاملين في مجال الرعاية الصحية وإغلاق مرافق الرعاية الصحية وترك المئات وحتى الآلاف من الأشخاص المحتاجين دون حصولهم على الرعاية الصحية في مناطق جرى هجرها بالفعل من العاملين في مجال الرعاية الصحية.

تدابير التخفيف من الأثر

من بين التوصيات المنبثقة عن اجتماعات الخبراء، تناول عدد قليل على وجه التحديد مسألة مساعدة العاملين في مجال الرعاية الصحية في التغلب على الإجهاد الذي تسببه التهديدات أو أعمال العنف أثناء العمل. وقد يكون هذا أحد الحلول الكثيرة لتحسين التعامل مع الحوادث الأمنية.

كما يلفت الرسم البياني الانتباه للأعداد المخيفة للمرضى الذين قتلوا (481) أو الذين مُنع الوصول إليهم (227): وهذه هي أنماط العنف التي لها تأثيرات خطيرة على سلامة الأشخاص الذين يتلقون العلاج أو يسعون للحصول عليه.

الشكل رقم 2: أعمال العنف التي أثرت على شخص واحد على الأقل



**آخرون*: عاملون في مجال الإغاثة، أقارب لعاملين في مجال الرعاية الصحية.
 ***تعرضوا لأنماط أخرى من العنف*: تعذيب، نزوح قسري للمرضى، إخلاء قسري لمرافق الرعاية الصحية، اختفاء قسري، هجمات مُنيت بالفشل.

جرى تحديد أنواع محددة من التهديد مثل تلك المستخدمة لإجبار العاملين في مجال الرعاية الصحية على انتهاك آداب مهنة الطب. وهذه مسألة تثير القلق الشديد، ففي عامي 2012 و 2013 سجلت اللجنة الدولية 59 حالة لأطباء أُجبروا على إعطاء الأولوية لبعض المرضى دون السماح لهم بمعالجة الحالات الأشد إلحاحاً أولاً.

⁷ يمكن أن يكون لحادثة واحدة فئات متعددة من الضحايا المتأثرين بأنماط مختلفة من العنف. وقد يتأثر أشخاص في بعض الحالات بأكثر من شكل واحد بنفس الحادثة: على سبيل المثال، شخص يهدد بالقتل إذا استمر في تقديم الرعاية الطبية لمجتمعات محلية معيّنة، ويتعرض للسرقة في الوقت نفسه.

❖ العنف الجنسي و«الرعاية الصحية في خطر»

لم يتم الإبلاغ عن حدوث عنف جنسي بشكلٍ واسعٍ في السياقات التي شملتها عملية اللجنة الدولية لجمع البيانات. ومع ذلك، فقد كان بالإمكان تحديد أنماطٍ أظهرت رابطاً قوياً بين العنف الجنسي⁸ ومسائل «الرعاية الصحية في خطر»، ومن ثمّ التأكيد على أنّ العنف الجنسي لا يحدث عادة بصورة منعزلة في حالات النزاع المسلح.

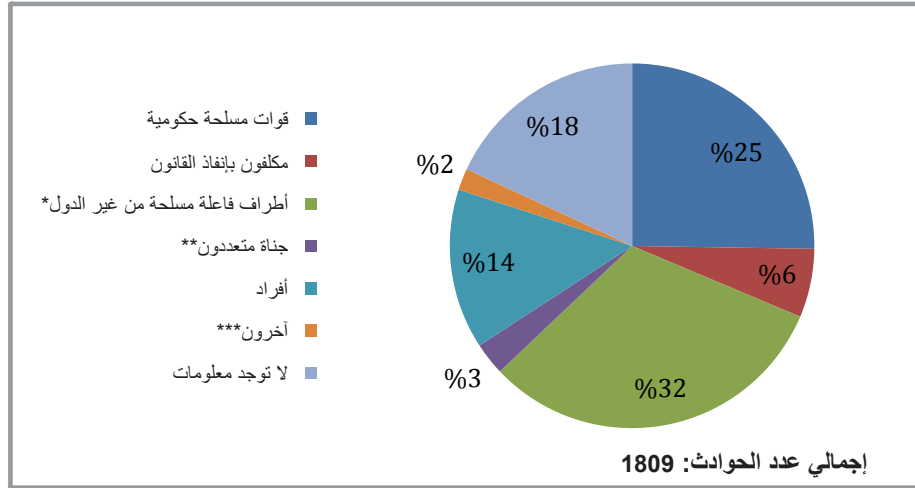
وقد وثقت اللجنة الدولية عشر حالات من العنف الجنسي ضد عاملين في مجال الرعاية الصحية ومرضى في مرافق طبية. كما سُجّلت حالات تهديد بالعنف الجنسي ضد عاملين في مجال الرعاية الصحية ومرضى في بعض الـ 632 حالة تهديد. وقد دعمت البيانات التي جرى جمعها الرأي القائل بأنّ الهجمات التي تستهدف مرافق الرعاية الصحية يمكن أن تجعل من الصعب على ضحايا جميع أنواع العنف، بما في ذلك العنف الجنسي، الحصول على الرعاية الصحية الضرورية والدعم اللازم، ويمكن أن تمنع الطواقم الطبية من تقديم المعالجة الفعالة للضحايا.⁹

وتكمل هذه النتائج ما توصلت إليه اللجنة الدولية من استنتاجات في سياقات أخرى غير الـ 23 سياقاً التي شملها هذا التقرير حول الصعوبات التي قد تواجه ضحايا العنف الجنسي أثناء محاولة الحصول على الرعاية الصحية. وفي حين قد لا يكون الحصول على الخدمات الطبية متاحاً بسهولة لضحايا جميع أنواع العنف أثناء النزاع المسلح، على سبيل المثال، فإنّ «الطابع الخفي» للجراح التي يسببها العنف الجنسي يشكّل حاجزاً إضافياً وقاسياً لضحايا الذين يسعون للحصول على رعاية طبية. وعلاوة على ذلك، فإنّ صمت الضحايا - بسبب مشاعر العار والخوف من وصمهم بالعار ونبذ عائلاتهم ومجتمعاتهم المحلية لهم، ومن ثمّ عزلهم - يمكن أن يمنعهم من الحديث عن تجاربهم وأن يُعقد الجهود الرامية لمساعدتهم في الحصول على الخدمات الصحية. كما يعيق صمتهم جمع بيانات دقيقة، وهو ما قد يجعل من الصعب وضع برامج فعالة ومحددة الهدف لمنع العنف الجنسي والتصدي له.

د. الجناة

توزيع الجناة بقي تقريباً على حاله في 2012 و2013. فكما في 2012، كانت القوات المسلحة وقوات الأمن الحكومية (الجيش والشرطة) والأطراف الفاعلة المسلحة من غير الدول مذنبية بنفس القدر، وتتحمل كل منها المسؤولية عن نحو 30% من إجمالي عدد الحوادث (انظر الرسم البياني التالي).

الشكل رقم 3: الجناة بحسب الفئات



*أطراف فاعلة مسلحة من غير الدول: ميليشيات وأمن خاص وتمرردون وحركات حرب عصابات ممن ليسوا جزءاً من أجهزة مكلفة بإنفاذ القانون أو جيش أو جهاز أمن لدولة ما.

**جناة متعددون: أكثر من طرف واحد مشترك في ارتكاب العنف/ مسؤولية مشتركة.

***آخرون: تدابير إدارية، قوات مسلحة أو قوات شرطة دولية، قوات حفظ سلام.

⁸ «العنف الجنسي في النزاع المسلح: أسئلة وأجوبة»، اللجنة الدولية، 2013.

<http://www.icrc.org/eng/resources/documents/faq/sexual-violence-questions-and-answers.htm>

⁹ الوصول دون عائق إلى مرافق الرعاية الصحية يتسم بأهمية خاصة لضحايا العنف الجنسي، إذ إنهم يحتاجون إلى رعاية طبية عاجلة (يفضل أن تكون خلال 72 ساعة) للحد من مخاطر الأمراض المنقولة جنسياً وحالات الحمل غير المرغوب فيه.

لفت تقرير الـ 2013 الانتباه إلى مسألة اعتداءات أقارب المرضى على العاملين في مجال الرعاية الصحية بسبب عدم رضاهم عن التأخير وطبيعة المعالجة ونتائجها، وما إلى ذلك. ولم يتغير الاتجاه في هذا الشأن، فقد وقع 18 اعتداء من هذا القبيل في عام 2012 و 20 اعتداء في 2013.¹⁰

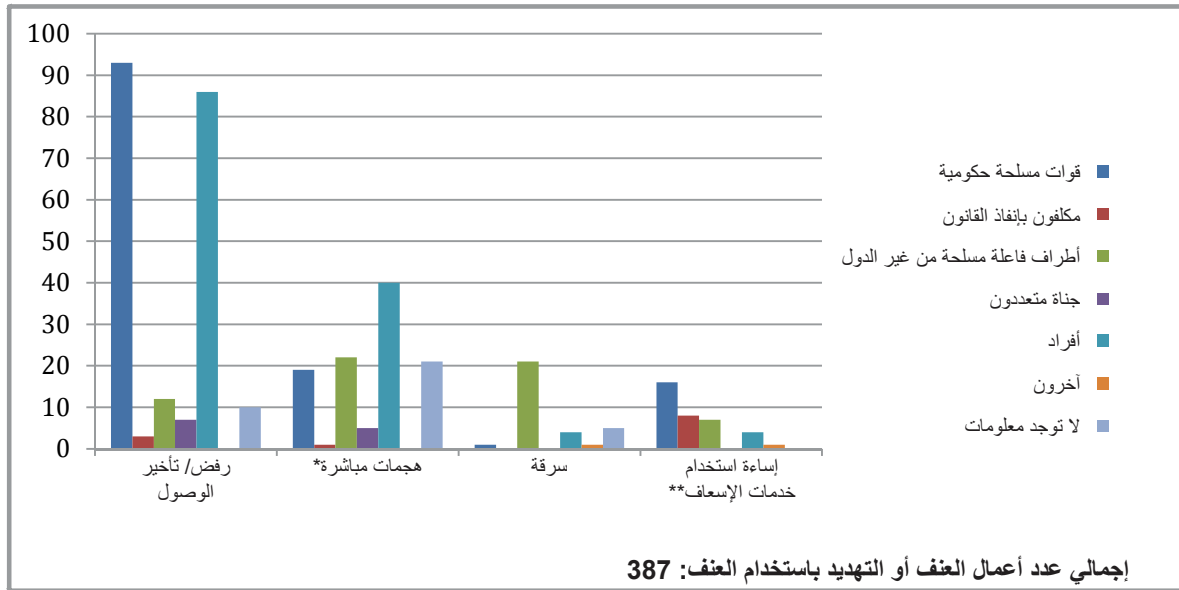
¹⁰ يعدّ هذا الرقم منخفضاً نسبياً في ما يتعلق بإجمالي عدد الحوادث الموثقة. ومع ذلك، فقد اقتصرَت هذه الحوادث على سياقات قليلة فقط، حيث أثرت بشكل خطير على أمن العاملين في مجال الرعاية الصحية وحصول السكان على الرعاية الصحية.

ثانياً: سيارات الإسعاف

تشير معظم الحالات الموثقة إلى العنف الموجّه ضد وسائل النقل الرسمية، أي سيارات الإسعاف. ومع ذلك، يجري نقل الجرحى والمرضى في الكثير من السياقات بواسطة مركبات خاصة أو وسائل نقل أخرى غير رسمية وأحياناً عشوائية. ولا تسجّل في العادة جميع أعمال العنف الموجّهة ضد وسائل النقل هذه. وقد حددت اللجنة الدولية ما مجموعه 391 حادثاً تأثرت به وسائل نقل طبية: تأثرت سيارات إسعاف في 302 من الحوادث (كان إجمالي الحوادث 387 عملاً من أعمال العنف أو تهديداً باستخدام العنف)، ووسائل نقل رسمية غير قائمة على الأرض (سفن وطائرات) في تسعة حوادث، ومركبات بديلة (سيارات خاصة ومركبات تابعة لمنظمات غير حكومية) في 80 حادثاً. ولن يتناول التحليل التالي سوى سيارات الإسعاف.

يستعرض الرسم البياني التالي أنواع العنف التي تؤثر على سيارات الإسعاف على وجه الحصر وتوزيعها بحسب الجناة. وقد كان تأخير/ رفض الوصول والهجمات المباشرة أكثر أشكال العنف الموجّه ضد سيارات الإسعاف شيوعاً في 2012 و2013. وعند توزيع أعمال العنف بحسب الجناة، نرى أنّ الأفراد¹¹ قد لعبوا دوراً هاماً في تأخير سيارات الإسعاف والهجمات عليها. وهذه فئة تتكون أساساً من متظاهرين أو رجال قبائل يعرقلون تقديم الرعاية الصحية.

الشكل رقم 4: أنواع العنف التي تؤثر على سيارات الإسعاف بحسب فئة الجناة



* هجمات مباشرة: جرى إطلاق نار أو قصف أو إلقاء حجارة، وما إلى ذلك، على سيارات الإسعاف.
** إساءة استخدام خدمات الإسعاف: استيلاء على سيارة الإسعاف، تخزين أو نقل أسلحة فيها، شن هجوم منها، استخدامها لأغراض غير طبية.

العواقب

يمكن أن يأخذ الحادث الذي تتأثر به سيارة إسعاف أشكالاً متنوعة: رفض مرور إلى مرضى، اعتداء بالضرب على عاملين في المجال الطبي أو إلقاء القبض عليهم، أضرار مادية تلحق بسيارة الإسعاف، وما إلى ذلك.

رفض المرور أو تأخيره

جرى في معظم الحالات رفض المرور أو تأخيره سواء من قبل أفراد أو من قبل قوات مسلحة حكومية. ومن بين الـ 75 حادثاً التي جرى فيها تأخير وصول سيارات الإسعاف، وقع 62% من تلك الحوادث بالقرب من نقطة تفتيش عسكرية. وجرى احتجاز سيارة الإسعاف لأقل من ساعة في أكثر من 74% من تلك الحوادث. ولكن حتى هذا التأخير القصير نسبياً يمكن أن يكون قاتلاً.

¹¹ لا تعني كلمة أفراد وفق هذا التعريف أفراد قوات مسلحة أو قوات أمن تابعة لدولة أو أفراداً من أطراف فاعلة مسلحة من غير الدول.

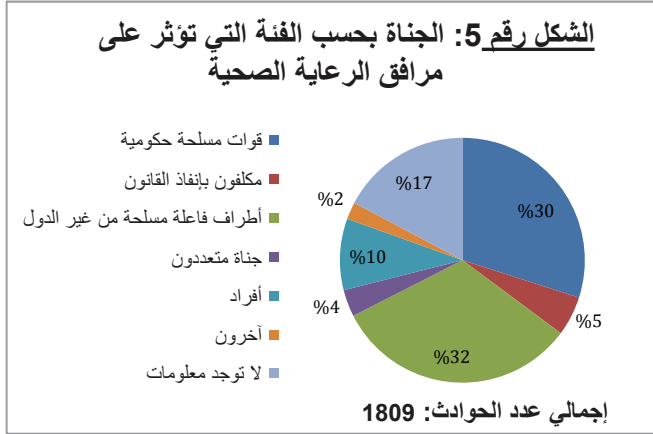
تدابير ترمي لجعل خدمات الإسعاف أكثر أماناً من أجل تقديم الرعاية الصحية

أصدرت ورشة العمل التي عقدت في المكسيك توصيات من أجل تحسين إدارة خدمات الإسعاف في حالات الطوارئ. وقد استتبعت هذه التوصيات: قبول متزايد لخدمات الطوارئ في أوساط المجتمعات المحلية وتعزيز تلك الخدمات، وبخاصة من خلال أنشطة بناء الثقة وعبر تحديد وتنسيق العمل بين مختلف مقدمي الخدمة.

وقد تناولت ورشة العمل المخصصة للقوات المسلحة التي نظمت في سيدني في ديسمبر/ كانون الأول 2013 المسألة الحيوية الخاصة بمنع حالات التأخير أو رفض المرور لوسائل النقل الطبية أو التقليل من تلك الحالات، لا سيما عند نقاط التفتيش، لما لذلك من عواقب خطيرة بالنسبة للمرضى والجرحى الذين يجري إخلأؤهم. وكان هناك اتفاق عام بين المشاركين بأنه ينبغي إعطاء الأولوية لعمليات الإخلاء الطبية والسماح لسيارات الإسعاف بالمرور عبر نقاط التفتيش بأسرع ما يمكن. وأقرّ المشاركون منذ البداية بأنّ تفتيش المركبات الأرضية ينطوي حتماً على التسبب في بعض التأخير. ولذلك، فقد ركّز النقاش على السبل التي تضمن أن يتم الحدّ من هذا التأخير، والإبلاغ عن طرق بديلة في حالة رفض المرور لضرورات عسكرية قهرية.

ثالثاً: مرافق الرعاية الصحية¹²

من بين الـ 1809 حادثة موثقة، كانت هناك 708 هجمات (أكثر من 40%) ضد مرافق الرعاية الصحية أو داخلها. وبالتالي، من المهم أن نلقي نظرة عن قرب على العنف الذي يؤثر على مرافق الرعاية الصحية والحلول الممكنة لتقليل مخاطر الهجمات وتحسين تقديم الرعاية الصحية والحصول عليها.

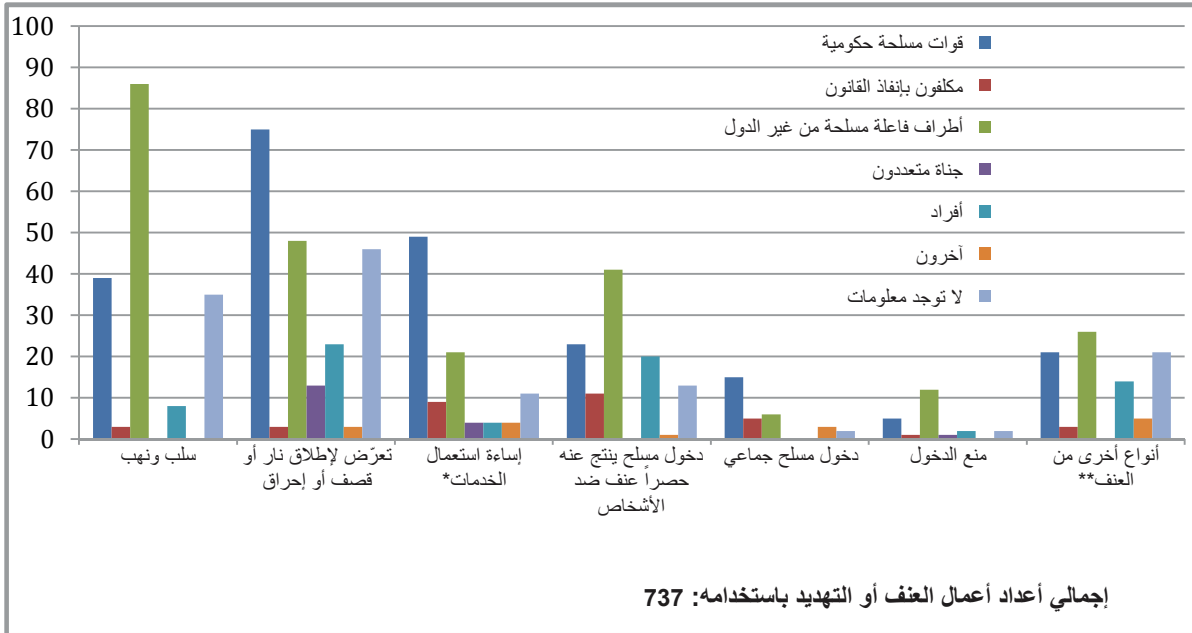


وكان الجناة الرئيسيون في هذه الحوادث البالغ عددها 708 حوادث، والتي تتألف من 737 عملاً من أعمال العنف المختلفة أو التهديد باستخدامه، من القوات المسلحة الحكومية وقوات الأمن التابعة للدول (35%)، بما في ذلك الأجهزة المكلفة بإنفاذ القانون) والأطراف الفاعلة المسلحة من غير الدول (32%). وتتطابق هذه النتائج تقريباً مع توزيع المسؤولية الذي أظهرته البيانات المجمعة بشأن جميع أنواع العنف (انظر الشكل رقم 3).

يُظهر الرسم البياني التالي أنواع العنف التي تؤثر على مرافق الرعاية الصحية بحسب فئة الجناة: والفئات الرئيسة المبلغ عنها هي هجمات مباشرة في

صورة قصف أو إطلاق نار (211 من أصل 737) وعمليات سلب ونهب (171 من أصل 737). وقد أزلنا من الرسم البياني التالي حالات الدخول المسلح الذي يوقع الفوضى والاضطراب، إذ إن معظمها شمل وقوع أنواع أخرى من أعمال العنف (سرقة، إساءة استخدام الخدمات، اعتداءات، وما إلى ذلك). وسوف يجري تفحص تلك الحالات لاحقاً في التقرير من أجل التوصل إلى فهم أفضل لمسألة الدخول المسلح في حد ذاتها، وبصورة منفصلة عن أنواع العنف الأخرى.

الشكل رقم 6: أنواع العنف التي تؤثر على مرافق الرعاية الصحية بحسب فئة الجناة



* إساءة استعمال الخدمات: استيلاء، تخزين أسلحة، شن هجوم من المرفق، استخدام لأغراض غير طبية.
** أنواع أخرى من العنف: إقبال قسري للمرفق، تهديد بالهجوم، اقتحام، قرار إداري.

¹² لأغراض التقرير، سوف تحلل الفقرة التالية مرافق الرعاية الصحية الثابتة فقط، وليس المرافق المتنقلة.

❖ الإضرار بمرافق الرعاية الصحية

شهدت 244 حالة من بين أعمال العنف أو التهديدات باستخدامه، البالغ عددها 737 حالة، إلحاق ضرر مادي بمرافق رعاية صحية. وشهدت 88% من هذه الحالات تضرر أحد المرافق مادياً بسبب اعتداء عليه. كما تعرضت مرافق رعاية صحية في 12% من الحالات لأضرار عرضية.

❖ السلب والنهب

بلغت حالات السلب والنهب 171 حالة من أصل الـ 737 عملاً من أعمال العنف أو التهديد باستخدامه التي أثرت على مرافق رعاية صحية. وتشكل مرافق الرعاية الصحية التي تخزن فيها معدات وإمدادات طبية فضلاً عن النقود هدفاً مغرياً للعنف غير المشروع. ويمكن أن يكون للسلب والنهب عواقب وخيمة على تقديم الرعاية الطبية. فغالباً ما تُترك مرافق الرعاية الصحية دون المعدات أو الإمدادات اللازمة لمعالجة المرضى. كما يمكن أن ينتج عن هذه الحوادث مغادرة العاملين في مجال الرعاية الصحية للمنطقة خوفاً على سلامتهم. ولا يمكن دائماً معرفة ما إذا كانت المعدات والإمدادات الطبية قد سُرقَت بهدف الحد من قدرة المرفق على تقديم الرعاية أو لاستخدامها في تقديم الرعاية الصحية من قبل الجناة أنفسهم.

وقد جرت أعمال السلب والنهب من قبل أطراف فاعلة مسلحة من غير الدول في 52% من الحالات، بينما لم يُحدّد الجناة في 20% من الحالات.

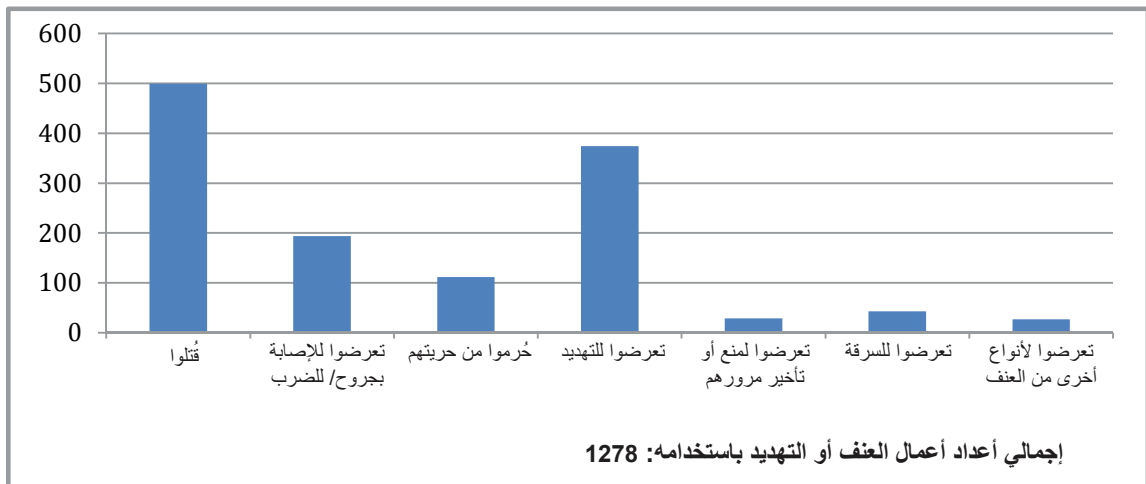
لقد جرى سلب ونهب ما مجموعه 171 مرفقاً من مرافق الرعاية الصحية. وتجدر الإشارة إلى أنّ 44% من هذه الحوادث أسفرت عن فقدان معدات، و46% عن سرقة إمدادات طبية (أدوية بصورة رئيسة) في مرافق رعاية صحية. وانطوت حالات قليلة للغاية على سرقة نقود أو وثائق من المحفوظات، أو قطع المياه أو الكهرباء.

❖ الدخول المسلح الذي يوقع الفوضى والاضطراب¹³

يُعرّف الدخول المسلح الذي يوقع الفوضى والاضطراب بأنه أيّ غزوة يقوم بها أحد الأطراف الفاعلة المسلحة لمرفق رعاية صحية بما يؤدي إلى إعاقة عمل المرفق و/أو منع تقديم الرعاية الصحية أو الحصول عليها. وغالباً ما تكون تلك الأفعال مصحوبة بتهديدات للعاملين في مجال الرعاية الصحية وعمليات سلب ونهب وإلحاق أضرار بالمرافق وقتل مرضى. وتبث تلك الأفعال الرعب في نفوس المرضى والعاملين في مجال الرعاية الصحية.

وتتقاسم الأطراف الفاعلة المسلحة المسؤولية مرة أخرى عن إعاقة عمل مرافق الرعاية الصحية، وذلك بإدخال الأسلحة إليها. ويُظهر الشكل رقم 7 عواقب العنف الذي يحدث في مرفق رعاية صحية بالنسبة للأشخاص.

الشكل رقم 7: عواقب العنف الذي يحدث داخل مرافق الرعاية الصحية بالنسبة للأشخاص



¹³ السلب والنهب: الاستحواذ القسري على ممتلكات خاصة أو عامة من أجل المنفعة الخاصة للبحثة أو الاستخدام الشخصي. ويشمل ذلك السرقة أو السطو أو اقتحام مرفق رعاية صحية.

تدابير ترمي لجعل مرافق الرعاية الصحية أكثر أماناً

يكاد يكون من المستحيل منع الرجال والنساء والأطفال المسلحين غير المرخص لهم بالدخول إلى مرفق رعاية صحية من الدخول إلى المرفق. بيد أن هناك تدابير يمكن أن تزيد من صعوبة الدخول المسلح الذي يوقع الفوضى والاضطراب. وأبسط هذه التدابير يتمثل في إقامة جدار أو سياج فاصل به نقاط دخول ثابتة يشرف عليها موظفون. وهذا من شأنه أن يمنع الأشخاص من التجول كيفما اتفق داخل مرفق الرعاية الصحية. كما يمكن اتخاذ تدابير أخرى: إقامة حواجز متعرجة على طول الطريق إلى المرفق، إقامة منطقة عازلة عند المدخل لتفتيش الأشخاص الذين يدخلون إلى المرفق، وضع إشارات بارزة تحمل عبارة «ممنوع إدخال الأسلحة»، وما إلى ذلك. ويعدّ اعتماد تدابير السلامة هذه أمراً مهماً، غير أن الحفاظ على الاتصال المنتظم بالقوات المسلحة وقوات الشرطة المحلية وفتح قنوات اتصال معهما يكتسيان نفس القدر من الأهمية.

• عمليات البحث

يمكن أن يأخذ الدخول المسلح الذي يوقع الفوضى والاضطراب أيضاً شكل عمليات بحث: وهذا يعتمد كلياً على الطريقة التي تنفذ بها هذه العمليات. وقد أولت ورشة العمل بشأن الممارسة العسكرية، التي نظمت في سيدني، اهتماماً خاصاً بهذا النوع من الدخول المسلح. وسجلت اللجنة الدولية 35 حادثاً ينطوي على دخول مسلح يوقع الفوضى والاضطراب من قبل قوات مسلحة حكومية وقوات أمن، حيث كانت تلك القوات تقوم بعمليات بحث من أجل إلقاء القبض على مرضى أو إخراجهم من المستشفيات، أو أثناء مطاردة متمردين كان يُظن بأنهم مختبئين في جوار المرفق. كما جمعت اللجنة الدولية 30 حالة إلقاء قبض على مرضى جرت داخل مرافق رعاية صحية خلافاً لرغبة الأطباء ومنع مرضى من تلقي العلاج.

واعتبر المشاركون في ورشة العمل بسيدني بشكل عام أن عمليات البحث العسكرية في المستشفيات وغيرها من مرافق الرعاية الصحية ينبغي أن تكون إجراءً استثنائياً، وأنه من المهم إقامة توازن بين الميزة العسكرية التي يمكن الحصول عليها من هذه الإجراءات وبين أثرها من الناحية الإنسانية. وقد صدر عن ورشة العمل عدة توصيات ترمي إلى الحد من الآثار السلبية لعمليات البحث هذه: منها، على سبيل المثال، أن هذه العمليات ينبغي أن تنسّق مع العاملين في مجال الرعاية الصحية.

ومن المهم، في ضوء البيانات التي جرى جمعها بشأن الحوادث التي تشمل مرافق رعاية صحية، لفت الانتباه أكثر من أي وقت مضى إلى ضرورة تعزيز سلامة مرافق الرعاية الصحية. ويجب الاعتراف بتعقيدات هذه المسألة، ووضع منهج شامل لمعالجتها.

الخاتمة

تمثل الغرض من عملية جمع البيانات التي قامت بها بعثات اللجنة الدولية لمدة عامين في توفير أداة لأنشطة الدعوة الخاصة بالمسائل المتعلقة بمشروع «الرعاية الصحية في خطر» ولزيادة الوعي بهذه المسائل. كما ينبغي أن تكون هذه العملية ذات فائدة في التأثير على صنّاع القرار ولفت الانتباه إلى الحاجة الملحة للعمل وتيسير الحوار مع الجناة المحتملين وتخفيف المخاطر.

وسوف يُنشر تقرير نهائي في 2015 في سياق مشروع «الرعاية الصحية في خطر» ويُعرض على المؤتمر الدولي الثاني والثلاثين للصليب الأحمر والهلال الأحمر في العام نفسه.

❖ مسائل بارزة

أبرز التقرير الصادر في 2013 العدد المتزايد بخصوص «الهجمات التكميلية» والهجمات على العاملين في مجال الرعاية الصحية المشاركين في حملات التلقيح. ولم تكن هذه المسائل في البداية أموراً ذات أولوية بالنسبة لمشروع «الرعاية الصحية في خطر». بيد أن العدد المتزايد لهذه الحوادث وما لها من عواقب إنسانية قد غير ذلك.

• الهجمات التكميلية

تعرف «الهجمات التكميلية»، لغرض المشروع، بأنها التفجيرات التي يُقصد منها التسبب بوقوع أكبر قدر ممكن من الإصابات والوفيات بين الأشخاص، ومن بينهم أولئك الذين يقومون بتقديم المساعدة لضحايا تفجير مُسبق. وعادة ما تستهدف مباشرة أول المستجيبين¹⁴ الذين يقتربون من مسرح هجوم مُسبق لتقديم المساعدة أو لتأمين المنطقة. وقد سجلت اللجنة الدولية 26 هجوماً تكميلياً في عامي 2012 و2013. وكان الجناة أساساً من أطراف فاعلة مسلحة من غير الدول (34%) وقوات مسلحة حكومية (31%). وينبغي أن يؤخذ في الاعتبار أن أي طرف لم يعلن مسؤوليته عن 23% من الهجمات.

• التلقيح

لقد شكّلت الهجمات ضد العاملين في مجال الرعاية الصحية من المشاركين في حملات التلقيح مصدر قلق متزايد في 2013. فقد جرى تسجيل ما مجموعه 64 هجوماً من هذا النوع في ثمانية سياقات. وتوّعت الحوادث ما بين هجمات أو تهديدات بالهجوم على أشخاص يقومون بعمليات التلقيح، وصولاً إلى سرقة إمدادات طبية. ونظراً للعواقب بعيدة المدى لهذه الحوادث، فقد بات من الضروري تجديد قبول حملات التلقيح في أوساط الأطراف الفاعلة المسلحة في جميع أنحاء العالم.

¹⁴ يشير مصطلح «أول المستجيبين» إلى الطواقم الطبية والمسعفين، وفي بعض الحالات إلى الأفراد من غير الجسم الطبي الذين يصلون إلى موقع الحادث أولاً ويقدمون الرعاية الطارئة.

مشروع «الرعاية الصحية في خطر» ورصد اتجاهات

أعمال العنف التي تؤثر على الرعاية الصحية

أطلقت اللجنة الدولية للصليب الأحمر (اللجنة الدولية) مشروع «الرعاية الصحية في خطر» في أغسطس/ آب 2011 استناداً إلى القرار رقم 5 للمؤتمر الحادي والثلاثين للصليب الأحمر والهلال الأحمر الذي عقد في 2011. وقد دعا القرار اللجنة الدولية إلى «تعميق مشاوراتها مع خبراء الرعاية الصحية من الدول ومن قطاع الرعاية الصحية من أجل صياغة توصيات ترمي إلى جعل تقديم الرعاية الصحية يجري بشكل أكثر أماناً في أثناء النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى».

ويتخذ المشروع من الدراسة «الرعاية الصحية في خطر: دراسة شملت 16 بلداً» التي اضطلعت بها اللجنة الدولية ونشرت عام 2011 أساساً للبناء عليها. وقد وفرت هذه الدراسة، استناداً إلى تحليل 655 حادث عنف في 16 بلداً، دليلاً إضافياً على الآثار الضارة لأعمال العنف بالنسبة للحصول على الرعاية الصحية وتقديمها. كما لفتت الدراسة الانتباه إلى اتساع نطاق الحوادث التي تؤثر على تقديم الرعاية الصحية الفعالة وغير المتحيزة بصورة آمنة أثناء النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى: حرمان الجرحى والمرضى من الحصول على الرعاية الصحية، الهجمات على العاملين في مرافق الرعاية الطبية، قصف المستشفيات، وما إلى ذلك.

وتشكّل متابعة الاتجاهات التي حددتها الدراسة التي شملت 16 بلداً الأساس لمشروع «الرعاية الصحية في خطر». وقد طلب من الفرق الميدانية في 22 بلداً تنشيط فيها عمليات اللجنة الدولية القيام بجمع المعلومات التي كان يجري بعدنّذ تجميعها مركزياً على أساس شهري.

المهمة

اللجنة الدولية للصليب الأحمر (اللجنة الدولية) منظمة غير متحيزة ومحايدة ومستقلة، تتمثل مهمتها الإنسانية البحتة في حماية أرواح ضحايا النزاع المسلح وحالات العنف الأخرى وصون كرامتهم وتقديم المساعدة لهم. وتسعى اللجنة الدولية أيضاً إلى تفادي المعاناة بنشر أحكام القانون الإنساني والمبادئ الإنسانية العالمية وتعزيزها. أنشئت اللجنة الدولية عام 1863، وقد انبثقت عنها اتفاقيات جنيف والحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر. وتتولى توجيه وتنسيق الأنشطة الدولية التي تنفذها الحركة أثناء النزاعات المسلحة وحالات العنف الأخرى.

