تجاهل الخطوط الحمراء

العنف ضد الرعاية الصحية أثناء النزاع

2024



Insecurity Insight
بيانات عن الأشخاص المعرضين للخطر

SAFEGUARDING HEALTH IN CONFLICT

الملخص التنفيذي

الحوادث المبلغ عنها وأكثر المخاوف انتشاراً				
				
الحوادث المبلغ عنها	**الحوادث المبلغ عنها عدد الحوادث التي سببت أضراراً أو تدميراً في مرافق صحية**	**عدد العاملين الصحيين القتلى**	**عدد العاملين الصحيين القتلى**	**عدد العاملين الصحيين المختطفين**
3,623	**1,111**	**927**	**473**	**140**

المصدر: بيانات الحوادث الصادرة عن تحالف حماية الصحة في النزاعات لعام 2024

لمحة عامة

لم يسبق لتحالف حماية الصحة في حالات النزاع أن سجل هذا العدد الكبير من حوادث العنف ضد الرعاية الصحية أو إعاقة الرعاية الصحية في حالات النزاع كما حدث في عام 2024. فقد حدد التحالف 3,623 حادثة في عام 2024، وهو ما يمثل زيادة بنسبة 15% عن عام 2023 وزيادة بنسبة 62% عن عام 2022. وكانت هذه الزيادة مدفوعة بالعنف الشديد والمستمر ضد الرعاية الصحية في لبنان وميانمار والأرض الفلسطينية المحتلة والسودان وأوكرانيا، بالإضافة إلى ارتفاع عدد البلدان التي أبلغت عن وقوع حوادث، حيث وصل العدد إلى 36 دولة في عام 2024، بزيادة ثلاث دول عن عام 2023. في المتوسط، تعرضت الرعاية الصحية للهجوم عشر مرات في اليوم في المناطق المتأثرة بالنزاع، حيث تعاني الأنظمة الصحية من ضغط هائل نتيجة تزايد الاحتياجات، وتفاقم معاناة المرضى، وارتفاع عدد الوفيات المرتبطة بالنزاع، وتوارث الصدمات النفسية بين الأجيال.

ويتضمن هذا التقرير لمحات مفصلة عن 23 بلداً وإقليماً وقعت فيها العديد من أعمال العنف ضد الرعاية الصحية.

- وتشمل أفريقيا (بوركينا فاسو، والكاميرون، وجمهورية أفريقيا الوسطى، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وإثيوبيا،
- ومالي، ومالي، وموزمبيق، والنيجر، ونيجيريا، وجنوب السودان والسودان)؛
- وآسيا (أفغانستان، وولاية مانيبور الهندية، وميانمار، وباكستان)؛ والشرق الأوسط وأوروبا (لبنان، والأراضي الفلسطينية المحتلة، وسوريا، وأوكرانيا، واليمن)؛
- والأمريكتين (كولومبيا، وهايتي، والمكسيك).

وكما هو الحال في التقارير السابقة، من المرجح أن تكون هذه الأرقام أقل من الواقع لأن جمع البيانات عن العنف يعوقه انعدام الأمن وانقطاع الاتصالات وإحجام بعض الكيانات عن تبادل البيانات عن العنف. في العديد من البلدان، يعد نهب مرافق الرعاية الصحية وتهديد العاملين الصحيين وعرقلة الوصول إلى الرعاية الصحية من الأمور الشائعة لدرجة أنه لا يتم الإبلاغ عنها في كثير من الأحيان على أساس كل حالة على حدة، خاصة في غرب ووسط أفريقيا.

الملخص التنفيذي

العنف الذي يؤثر على المرافق الصحية في عام 2024

حوادث العنف المبلغ عنها ضد الرعاية الصحية أو إعاقة الرعاية الصحية في عام 2024	
أفريقيا	
االسودان	276
جمهورية الكونغو الديمقراطية	84
إثيوبيا	48
الكاميرون	59
مالي	36
نيجيريا	32
بوركينا فاسو	22
سيارة	16
النيجر	15
موزمبيق	12
جنوب السودان	8
آسيا	
ميانمار	308
باكستان	39
أفغانستان	27
ولاية مانيبور الهندية	8
الشرق الأوسط وأوروبا والشرق الأوسط وأوروبا	
الأراضي الفلسطينية المحتلة	1,361
لبنان	485
أوكرانيا	544
سوريا	62
اليمن	52
الأمريكيتان	
هايتي	39
المكسيك	28
كولومبيا	18
بلدان أخرى	47

وقع أكثر من 1,100 حادثة عنف طالت المرافق الصحية وتسببت بأضرار أو دمار في عام 2024، أي ما يقرب من ضعف الحوادث المسجلة في عام 2023. وكانت هذه الزيادة مدفوعة بأعداد كبيرة من الحوادث التي وقعت في لبنان وميانمار والأراضي الفلسطينية المحتلة والسودان وسوريا وأوكرانيا، ويعزى معظمها إلى استخدام الأسلحة المتفجرة. وشملت المرافق التي تضررت أو دُمرت مستشفيات الأطفال وعيادات طب الأسنان والمستشفيات الميدانية والعيادات الصحية والمستشفيات ومرافق التخزين الطبي والصيدليات ومراكز صحة المرأة.

وفي لبنان والأراضي الفلسطينية المحتلة، تعرضت عدة مستشفيات عدة مرات لغارات جوية وصواريخ وقصف صاروخي من قبل الجيش الإسرائيلي. وفي سوريا، وقبيل سقوط نظام الأسد في أوائل ديسمبر/كانون الأول، ألحقت الغارات الجوية للقوات المسلحة الروسية في المناطق التي تسيطر عليها المعارضة في محافظتي حلب وإدلب أضراراً بالعديد من المرافق الصحية. وفي ميانمار، أصيبت مرافق الرعاية الصحية وتضررت مرافق الرعاية الصحية بسبب العديد من الأسلحة المتفجرة التي أطلقتها أطراف النزاع من الجو. وفي السودان، خلال حصار قوات الدعم السريع للفاشر (أبريل/نيسان - أغسطس/آب)، تعرضت المرافق الصحية لأضرار متكررة بسبب قصف قوات الدعم السريع والغارات الجوية التي شنتها القوات المسلحة السودانية.

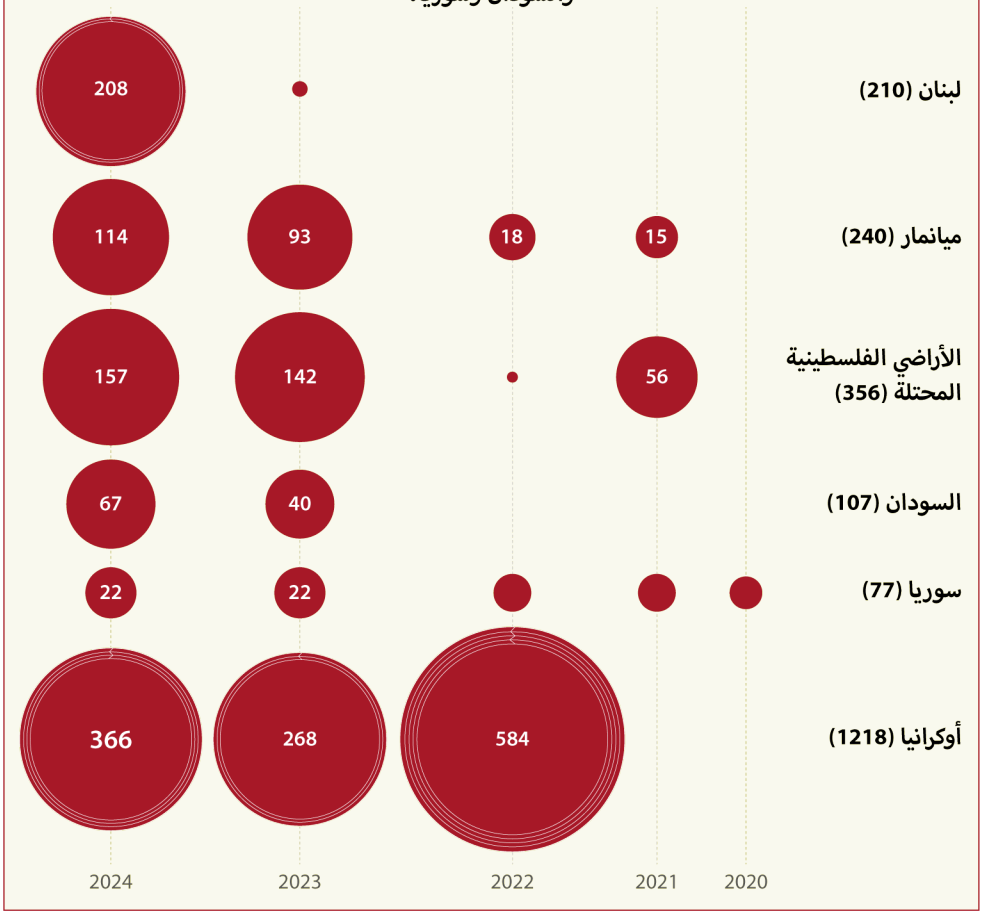
تم الاستيلاء على المرافق الصحية واستخدامها لأغراض غير طبية في مناسبات متعددة في 12 بلداً وإقليماً في عام 2024. وسُجلت أكثر من 65% من الحالات في ميانمار، حيث احتلت القوات المسلحة الميانمارية المستشفيات، والتي غالبًا ما تعرضت لاحقًا للهجوم والاستيلاء عليها من قبل أطراف النزاع الأخرى.

وانتشرت عمليات نهب العيادات والمستشفيات ومركبات النقل الصحي في الكاميرون وجمهورية أفريقيا الوسطى وجمهورية الكونغو الديمقراطية وهايتي وموزمبيق والنيجر ونيجيريا. في هذه الحوادث، استولى الجناة على الأدوية والإمدادات الغذائية من المراكز الصحية والمستشفيات والصيدليات، وأحيانًا كجزء من اعتداءات أوسع نطاقًا على البلدات والقرى. وفي بعض الحوادث التي تم فيها الاستيلاء على الإمدادات الطبية، تعرض العاملون في المجال الصحي للهجوم أيضًا.

الملخص التنفيذي

الحوادث المبلغ عنها التي ألحقت فيها الأسلحة المتفجرة أضرارًا بالمرافق الصحية أو دمرتها، 2020-2024[1]

تضاعفت الأضرار التي لحقت بالمرافق الصحية جراء استخدام الأسلحة المتفجرة في عام 2024، مدفوعةً بارتفاع عدد الحوادث في لبنان وأوكرانيا، والهجمات المستمرة في الأرض الفلسطينية المحتلة وميانمار والسودان وسوريا.



المصدر: تحالف حماية الصحة في النزاعات

مقتل عاملين صحيين في عام 2024

قُتل أكثر من 900 من العاملين الصحيين في 27 بلداً وإقليماً في عام 2024، بزيادة قدرها 21% عن عام 2023.[2] كان معظم القتلى من المجتمعات المتأثرة بالنزاع، وكان 34 منهم يعملون كموظفين محليين في النظام الإنساني المدعوم دولياً، لكن الغالبية العظمى منهم كانوا يقدمون الرعاية في إطار وزارة الصحة الوطنية أو السلطات الفعلية. وكان ثمانية من القتلى قد قدموا من بلد أجنبي لدعم الرعاية الصحية في المناطق المتضررة من النزاع.

قُتل عاملون في المجال الصحي من مختلف المهن، بما في ذلك سائقو سيارات الإسعاف والأطباء، وأطباء الأسنان، وأطباء أمراض النساء والتوليد، والعاملون في المستشفيات، وفنيو المختبرات، وطلاب الطب، والممرضون والممرضات، وأخصائيو البصريات و المسعفون، والصيادلة، والجراحون، والمطعّمون، والمتطوعون من منظمات الإغاثة الإنسانية المحلية في عام 2024. قُتلوا أثناء علاجهم للمرضى في المستشفيات، أو أثناء سفرهم إلى مناطق نائية لتقديم الرعاية الطبية الحيوية، أو أثناء العنف الطائفي، أو في منازلهم، أو أثناء رعايتهم للمرضى والمصابين. وقُتل العاملون الصحيون في غارات الطائرات والطائرات بدون طيار والقصف وأثناء مداهمات المستشفيات وفي عمليات إطلاق النار. وقُتل آخرون أثناء جهود الإنعاش والإنقاذ أو في ضربات «مزدوجة»، بينما تعرض بعضهم للتعذيب والقتل أثناء الاحتجاز أو قُتلوا بعد اختطافهم.

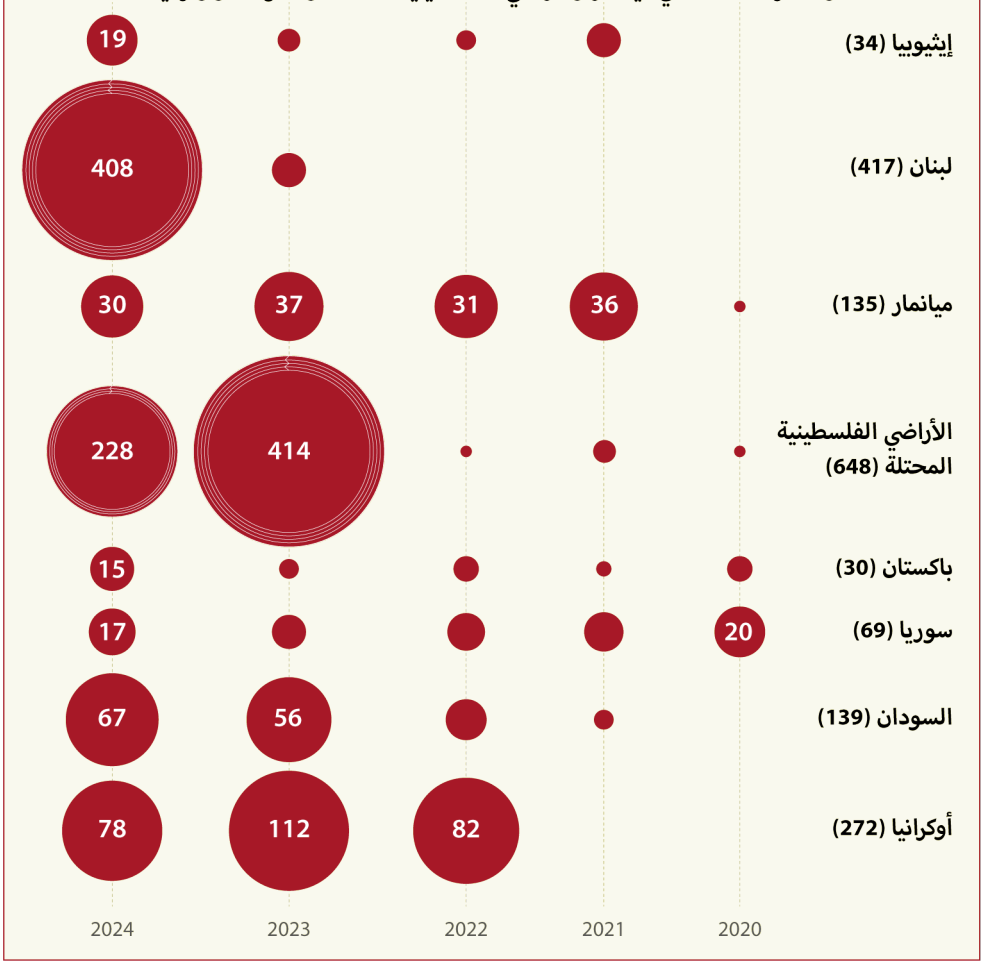
الملخص التنفيذي

تم الإبلاغ عن أكبر عدد من العاملين الصحيين الذين قُتلوا من لبنان - ما لا يقل عن 408، وهو ما يمثل حوالي 50٪ من إجمالي حالات قتل العاملين الصحيين المبلغ عنها في عام 2024. وكان معظمهم من المسعفين الطبيين الذين قُتلوا أثناء مشاركتهم في جهود الإنعاش والإنقاذ في خضم عملية «السهم الشمالي» التي شنها الجيش الإسرائيلي والتي استمرت من أواخر سبتمبر/أيلول حتى وقف إطلاق النار في 27 نوفمبر/تشرين الثاني. في الأرض الفلسطينية المحتلة، وثّق مركز تنسيق الشؤون الإنسانية 642 حالة قتل للعاملين في المجال الصحي منذ 7 تشرين الأول/أكتوبر 2023، حيث تم الإبلاغ عن تاريخ ومكان القتل. وسجلت منظمات الإبلاغ الأخرى التي تستخدم طرقًا أخرى ما يصل إلى 1,200 حالة قتل للعاملين الصحيين.[3] ولا تزال عمليات قتل العاملين الصحيين في الأرض الفلسطينية المحتلة تُنسب إلى جيش الدفاع الإسرائيلي. وقد قُتل معظمهم في منازلهم، بينما قُتل العديد منهم أثناء تأدية عملهم داخل المنشآت الصحية التي استهدفها القناصة الإسرائيليون، أو خلال مداهمات المستشفيات، أو في غارات الطائرات والطائرات بدون طيار أو قصف الدبابات.

وازدادت حوادث قتل العاملين الصحيين في إثيوبيا في عام 2024، وغالباً ما كان العاملون الصحيون يتعرضون للقتل على أيدي مسلحين أثناء نقل المرضى في منطقة أمهرة. في باكستان، ازدادت عمليات قتل العاملين الصحيين خمسة أضعاف في عام 2024 مقارنة بعام 2023، حيث قُتل العاملون في مجال التطعيم ضد شلل الأطفال وغيرهم من العاملين في المجال الصحي في عمليات إطلاق نار مستهدفة. وفي سوريا، تضاعف تقريباً عدد القتلى من العاملين الصحيين في عام 2024 مقارنة بعام 2023، حيث قُتل ستة من العاملين الصحيين قبل سقوط نظام الأسد مباشرة.

حالات قتل العاملين الصحيين المبلغ عنها، 2020-2024[4]

ارتفعت حالات قتل العاملين في مجال الصحة في إثيوبيا ولبنان وباكستان وسوريا في عام 2024.
واستمرت الحالات في ميانمار والأراضي الفلسطينية المحتلة والسودان وأوكرانيا.



المصدر: تحالف حماية الصحة في النزاعات

الملخص التنفيذي

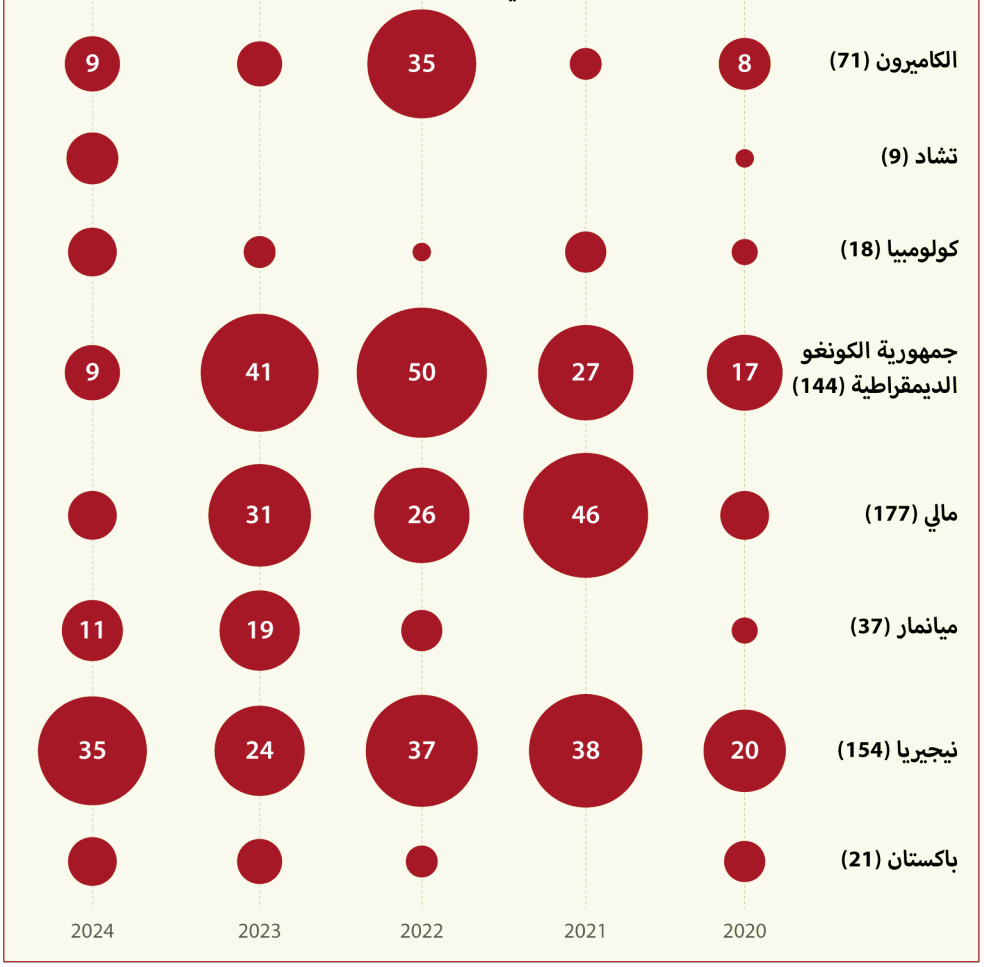
واستمرت عمليات قتل العاملين الصحيين المنسوبة إلى القوات الروسية في العديد من الأقاليم على خطوط المواجهة في أوكرانيا، وكذلك في المراكز الحضرية. وفي ميانمار، استمر مقتل العاملين الصحيين في عمليات قصف القوات المسلحة الروسية وخلال الاشتباكات المسلحة بين القوات المسلحة الروسية وأطراف النزاع. وفي السودان، تعرض العاملون الصحيون لإطلاق النار وقتلوا في منازلهم، أو خلال هجمات أوسع نطاقاً على المدنيين أو في قصف أطراف النزاع للمستشفيات.

اختطاف عاملين صحيين في 2024

تم اختطاف ما لا يقل عن 140 عاملاً صحياً في 20 بلداً في عام 2024، حيث استحوذت نيجيريا على 25% من الحوادث المبلغ عنها عالمياً، تليها الكاميرون. من المرجح أن يكون العدد الفعلي للحوادث وخطورة المشكلة أكبر بكثير. فقد اختُطف الأطباء والممرضون والممرضات والقابلات والصيادلة والمطعّمون من المرافق الصحية، أثناء سفرهم من وإلى العمل أو إلى مناطق نائية لتقديم خدمات الرعاية الصحية، ومن منازلهم. وقُتل ما مجموعه عشرة من العاملين الصحيين المختطفين على يد خاطفيهم في بوركينا فاسو والكاميرون وتشاد وجمهورية الكونغو الديمقراطية والمكسيك وميانمار ونيجيريا. وفي كولومبيا والكاميرون وجمهورية الكونغو الديمقراطية، اختطفت جماعات مسلحة عاملين في المجال الصحي لإجبارهم أحياناً على علاج أفرادها. وفي باكستان، كانت عمليات اختطاف العاملين الصحيين تتم في المقام الأول كشكل من أشكال الإكراه ضد جهود التطعيم.

حالات اختطاف العاملين الصحيين المبلغ عنها، 2020-2024

حالات اختطاف العاملين في مجال الرعاية الصحية زادت في الكاميرون وتشاد وكولومبيا وموزمبيق في عام 2024. استمرت الحالات في ميانمار وباكستان ونيجيريا.



المصدر: تحالف حماية الصحة في النزاعات

الملخص التنفيذي

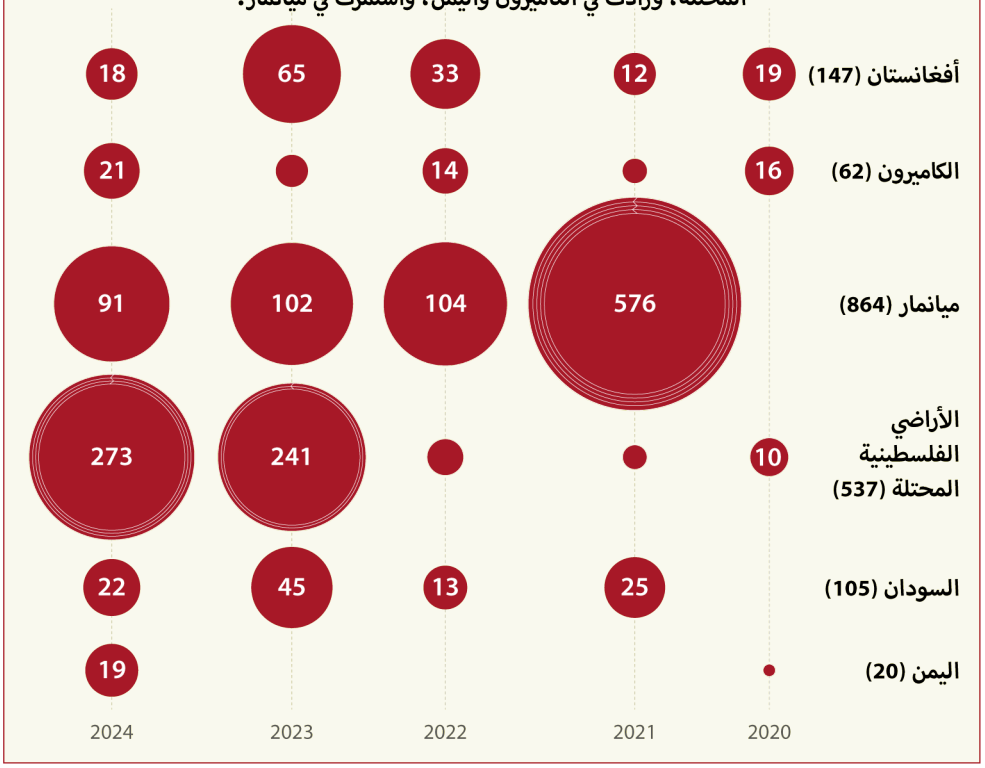
العاملون الصحيون المعتقلين في 2024

تم الإبلاغ عن اعتقال أو احتجاز أكثر من 470 عاملاً صحياً في 15 بلداً وإقليماً في عام 2024. اعتُقل العاملون الصحيون خلال عمليات اقتحام المستشفيات، وفي منازلهم، وأثناء سفرهم على طرق آمنة محددة وخلال حملات اعتقال المدنيين الجماعية. أكثر من 55% من اعتقالات العاملين في المجال الصحي في عام 2024 قام بها الجيش الإسرائيلي في الأرض الفلسطينية المحتلة. وفي غزة، احتجز الجيش الإسرائيلي العاملين الصحيين في غزة أثناء مداهمة المستشفيات، وأثناء تسليم الإمدادات، وعند نقاط التفتيش الإسرائيلية وبعد صدور أوامر الإخلاء. وتعرض بعض الموظفين المحتجزين للضرب وأجبروا على خلع ملابسهم أثناء احتجازهم. وقُتل أربعة أطباء في السجون الإسرائيلية، كما تم الإبلاغ عن تعرضهم للاعتداء الجسدي والجنسي داخل مراكز الاحتجاز. وفي الضفة الغربية والقدس الشرقية، اعتُقل العاملون في المجال الصحي أثناء تأدية عملهم في المرافق الصحية، وفي الطريق إلى المرضى، وفي منازلهم، وفي مخيمات اللاجئين، وعند نقاط التفتيش الإسرائيلية.

في بعض البلدان، من بينها الكاميرون وميانمار والسودان، اعتُقل عاملون في المجال الصحي بزعم مساعدتهم لقوى المعارضة، مثل تقديم الأدوية أو الرعاية للأطراف المعارضة في النزاع أو الانضمام إلى الحركات المؤيدة للديمقراطية. وفي بلدان أخرى، بما فيها اليمن، اعتُقل العاملين الصحيين بسبب منشورات على وسائل التواصل الاجتماعي اعتبرتها السلطات «غير مقبولة سياسياً"، بينما في أفغانستان، وقعت اعتقالات بسبب انتهاك قواعد اللباس الصارمة.

اعتقالات العاملين الصحيين المبلغ عنها، 2020-2024

وفي عام 2024، ظلت معدلات اعتقال العاملين في مجال الصحة مرتفعة في الأراضي الفلسطينية المحتلة، وزادت في الكاميرون واليمن، واستمرت في ميانمار.



المصدر: تحالف حماية الصحة في النزاعات

الملخص التنفيذي

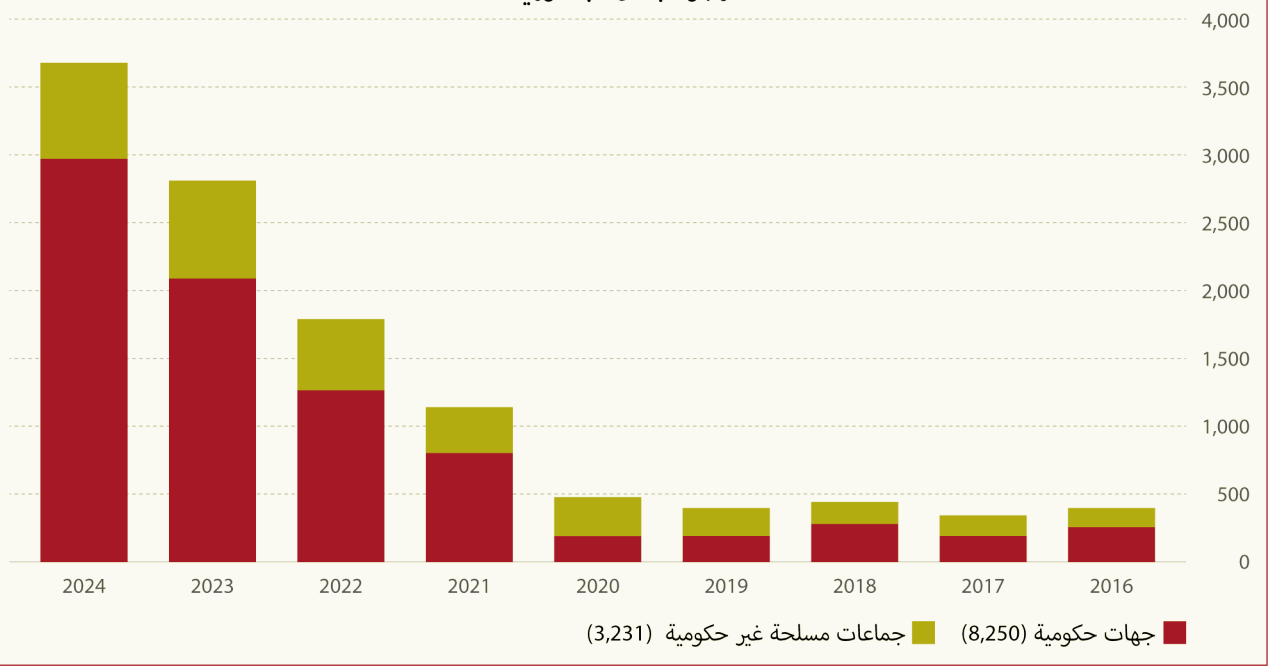
تم تجميع البيانات الواردة في هذا التقرير من مصادر مفتوحة ومساهمات الوكالات الشريكة للمعلومات عن حوادث العنف ضد الرعاية الصحية وعرقلة الرعاية الصحية في عام 2024، استناداً إلى تعريف منظمة الصحة العالمية للاعتداءات على الرعاية الصحية. ويختلف الوصول إلى المصادر بين البلدان، ولكل مصدر نقاط القوة والضعف الخاصة به. يمكنك تنزيل بيانات التقرير على موقع تبادل البيانات الإنسانية (HDX)، حيث تتوفر مجموعات البيانات العالمية والقطرية. للاطلاع على الوصف الكامل للمنهجية المستخدمة والتحقق من الحوادث، يرجى الاطلاع على القسم الخاص بمنهجية.

الجناة

نُسب حوالي 81% من حوادث العنف ضد الرعاية الصحية في عام 2024 إلى جهات فاعلة تابعة للدولة، وهي نسبة ارتفعت بمرور الوقت مع زيادة انتشار استخدام أنظمة الأسلحة المتفجرة في المناطق الحضرية.

الحوادث المُبلّغ عنها للعنف ضد قطاع الصحة أو عرقلته، في عامي 2016 و2024.

منذ عام 2022، نُسب عدد متزايد من الحوادث إلى الجهات الحكومية، بالتزامن مع تصاعد النزاعات التي تتعرض فيها الرعاية الصحية للهجوم بشكل شبه فوري.



المصدر: تحالف حماية الصحة في النزاعات

منذ عام 2016، ارتكبت الجهات الفاعلة الحكومية أعمال عنف ضد الرعاية الصحية أكثر من الجماعات المسلحة غير الحكومية، باستثناء عامي 2019 و2020، عندما تورطت الجماعات المسلحة غير الحكومية في المزيد من الهجمات على الرعاية الصحية بعد أن تم تقليص الضربات الجوية الحكومية السورية والروسية في سوريا بعد وقف إطلاق النار في مارس/آذار 2020.

منذ الانقلاب العسكري في ميانمار عام 2021، ازداد عدد هجمات المُبلّغ عنها على الرعاية الصحية والتي نُسبت إلى جهات فاعلة تابعة للدولة، حيث تضاعف هذا العدد في عام 2022 أثناء الغزو الروسي لأوكرانيا. وتصاعد هذا النمط أكثر ليصل إلى 65% في عام 2023 و42% في عام 2024 أثناء العمليات العسكرية الإسرائيلية في غزة ولبنان والنزاع بين قوات الدعم السريع والقوات المسلحة السودانية في السودان.

الملخص التنفيذي

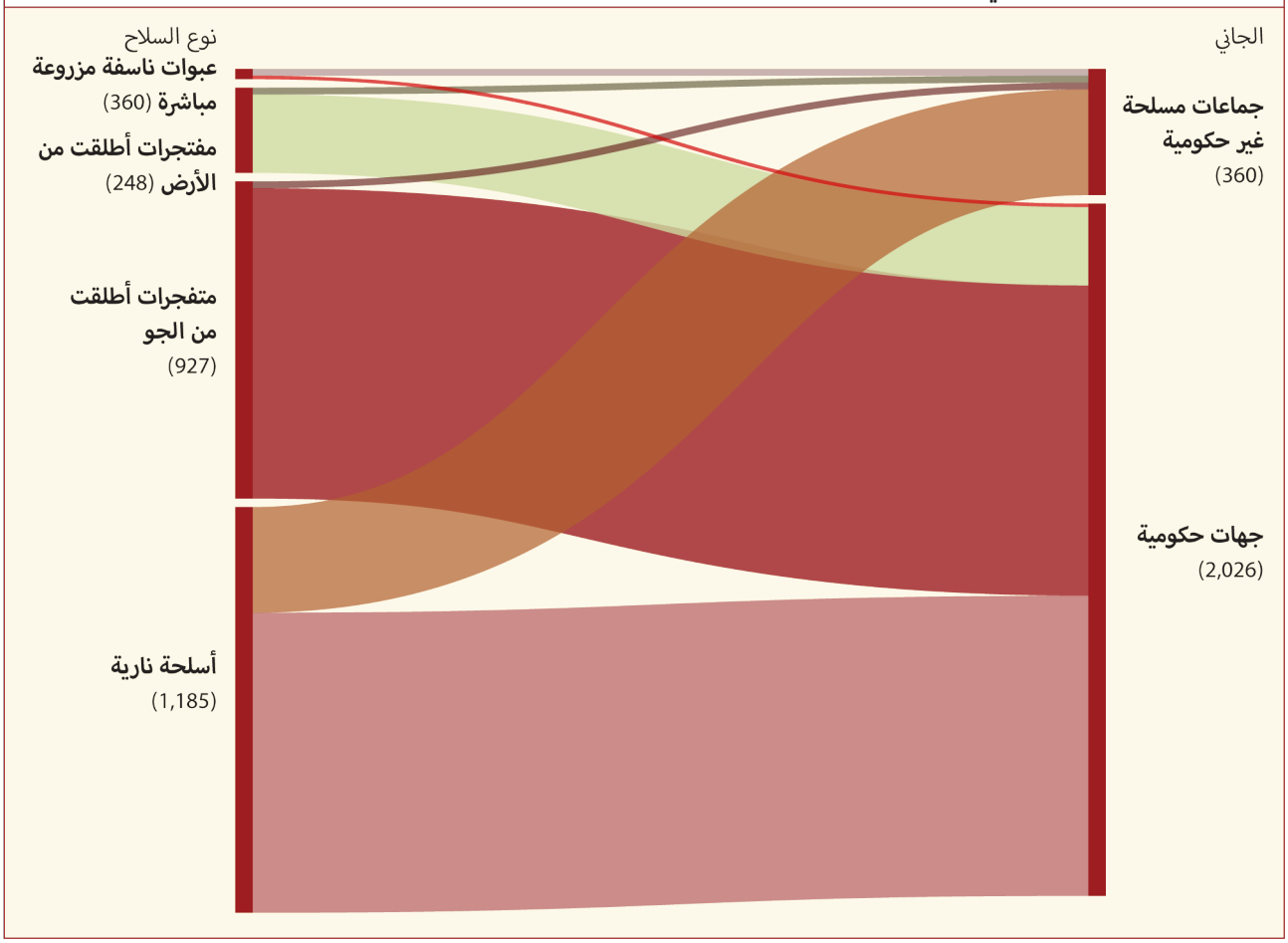
تم الإبلاغ عن أعمال العنف التي ارتكبتها جهات فاعلة تابعة للدولة في 24 بلداً وإقليماً في عام 2024، أي بزيادة ثلاثة بلدان وأقاليم عن عام 2023. ونُسبت أكثر من 80% من الحوادث التي تورطت فيها جهات فاعلة تابعة للدولة إلى مهاجمة جهات رعاية صحية في بلدان أو أقاليم أخرى. ونُسبت الغالبية العظمى من هذه الحوادث إلى القوات الروسية في الشيشان وسوريا وأوكرانيا، وإلى قوات الدفاع الإسرائيلية في الأرض الفلسطينية المحتلة ولبنان وسوريا. أما الجهات الحكومية الأخرى المرتبطة بحوادث العنف ضد الرعاية الصحية في مناطق أخرى فتشمل الحرس الثوري الإسلامي الإيراني (في سوريا)، وقوات الدفاع الشعبي لجنوب السودان (في السودان)، والقوات المسلحة التركية (في سوريا) والقوات المسلحة الأوكرانية (في روسيا).

في ميانمار والسودان، ارتكبت أطراف النزاع العديد من الاعتداءات على الرعاية الصحية في بلادهم.

في أعقاب الهجمات واسعة النطاق التي شنتها القوات الحكومية على الرعاية الصحية، ارتفع أيضًا استخدام العنف من قبل الجهات المسلحة غير الحكومية ضد الرعاية الصحية منذ عام 2019. في عام 2024، كان من المرجح أن تستخدم الجماعات المسلحة غير الحكومية الأسلحة النارية في حوادث العنف ضد الرعاية الصحية.

الحوادث المُبلّغ عنها لأعمال عنف نُفّذت من قِبل جهات حكومية معروفة أو جماعات مسلحة غير حكومية ونوع السلاح المستخدم في عام 2024

كانت الجهات الحكومية أكثر ميلاً لاستخدام الأسلحة المتفجرة المُطلقة جوًا أو الأسلحة النارية في حوادث العنف ضد الرعاية الصحية، في حين كانت الجماعات المسلحة غير الحكومية أكثر ميلاً لاستخدام الأسلحة النارية.



المصدر: تحالف حماية الصحة في النزاعات

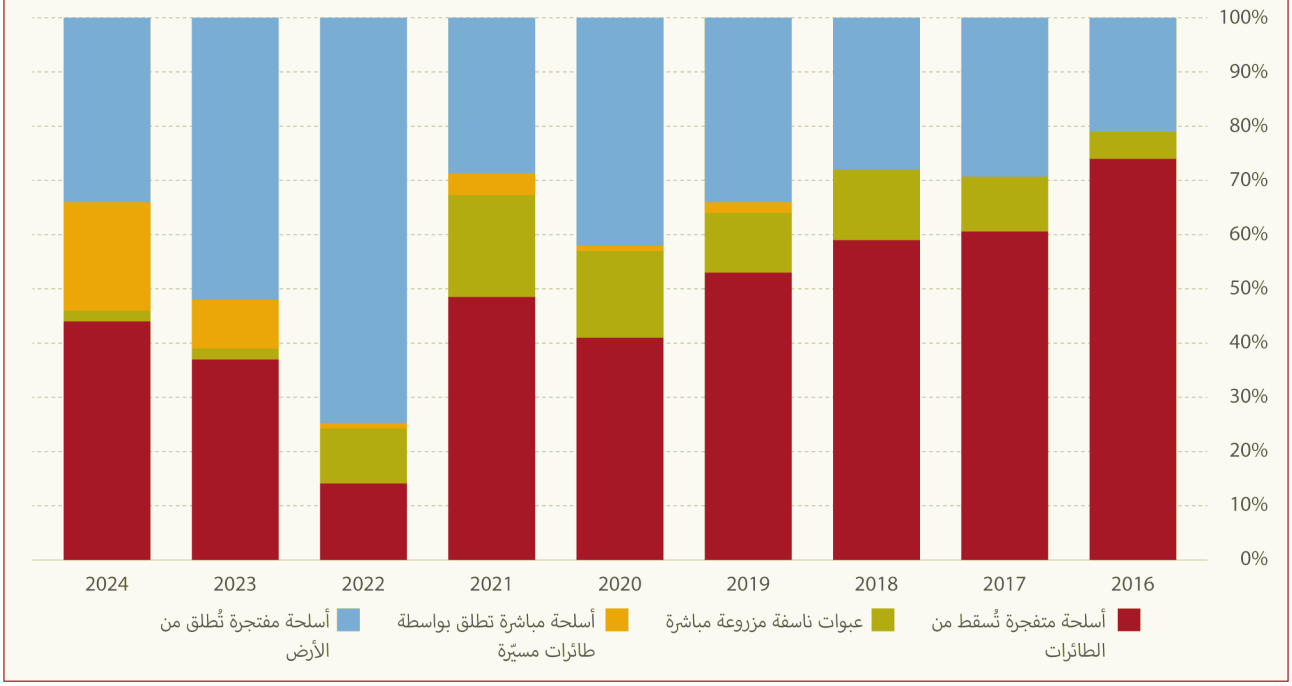
الملخص التنفيذي

الاستخدام المتزايد للأسلحة المتفجرة، بما في ذلك الطائرات بدون طيار المزودة بمتفجرات، في المناطق المأهولة بالسكان

منذ عام 2022، ازداد استخدام الأسلحة المتفجرة التي تؤثر على الرعاية الصحية. في عام 2023، تضمنت 36% من جميع الحوادث التي أثرت على الخدمات الصحية استخدام الأسلحة المتفجرة، وارتفعت النسبة إلى 48% في عام 2024. تضاعف عدد الحوادث التي استخدمت فيها الطائرات أسلحة متفجرة أثرت على الرعاية الصحية في عام 2024. وباستثناء لبنان، سُجلت هذه الحوادث في البلدان والأقاليم التي سبق أن أبلغت عن حوادث مماثلة. تضاعف استخدام المتفجرات الملقاة من الطائرات بدون طيار التي أثرت على خدمات الرعاية الصحية أربع مرات تقريبًا في عام 2024، ووقعت في بعض البلدان التي لم يتم الإبلاغ عن ضربات جوية فيها، بما في ذلك كولومبيا والنيجر وروسيا.

النسبة المئوية للحوادث المبلغ عنها لاستخدام الأسلحة المتفجرة التي أثّرت على الخدمات الصحية، وطريقة إيصالها، 2016–2024

منذ عام 2022، تسببت الأسلحة المتفجرة في تدمير كبير للنظام الصحي في حالات الصراع، حيث شكلت 48% من الحوادث في عام 2024. ومنذ عام 2023، تضاعف استخدام الطائرات المسلحة بدون طيار التي تؤثر على الرعاية الصحية من 9% إلى 20% من جميع الحوادث المبلغ عنها.



المصدر: تحالف حماية الصحة في النزاعات

من بين جميع أنظمة الأسلحة المتفجرة، يتزايد استخدام المتفجرات التي تُطلقها الطائرات بدون طيار. فمنذ الإبلاغ عن أول استخدام للطائرات بدون طيار المسلحة التي أثرت على الرعاية الصحية أثناء النزاع في سوريا في عام 2016، زادت نسبة المتفجرات التي تُلقى من الطائرات بدون طيار من بين جميع الحوادث التي تنطوي على استخدام الأسلحة المتفجرة بأكثر من الضعف من 9% في عام 2023 إلى 20% في عام 2024. وازداد استخدام الطائرات بدون طيار في أوكرانيا والأراضي الفلسطينية المحتلة ولبنان وميانمار والسودان، حيث تم الإبلاغ عن حالات لأول مرة في عام 2023 في بوركينا فاسو والسودان ولبنان. في عام 2024، تم الإبلاغ عن أكثر من 300 حالة من حوادث الطائرات المسيرة التي تؤثر على الرعاية الصحية في المزيد من البلدان والأقاليم، بما في ذلك حالات جديدة في كولومبيا ومالي والنيجر وروسيا.

الملخص التنفيذي

في عام 2024، ألحقت تسع جهات مسلحة تابعة للدولة واثنتان من غير الدول أضرارًا بـ 148 مرفقًا صحيًا وقتلت ما لا يقل عن 59 عاملًا صحيًا بمتفجرات ألقتها طائرات بدون طيار. وقعت بعض الهجمات بالطائرات المسيرة في خضم هجمات أوسع نطاقًا على المدن، مما ألحق الضرر بالبنية التحتية الحيوية وقتل وجرح مدنيين. وفي حالات أخرى، قُتل وجُرح عاملون في المجال الصحي في غارات الطائرات بدون طيار أثناء قيامهم بعمليات الإنقاذ والإنعاش.

يبدو أن التقدم التكنولوجي السريع، وانخفاض التكاليف، وسلامة الطيارين الذين يديرون عمليات الطائرات بدون طيار عن بُعد، هي العوامل التي تدفع نحو استخدام الطائرات بدون طيار.

تثير التطورات التكنولوجية التي تدعم دقة الاستهداف أسئلة مهمة فيما يتعلق بالتحسينات في دعم الاستهداف. فمع تحسن الاستهداف وزيادة دقته، من المرجح أن يستمر استخدام الطائرات بدون طيار في النزاعات في الزيادة أكثر فأكثر.

تدابير لمقدمي الرعاية الصحية للتخفيف من المخاطر التي يشكلها استخدام الطائرات بدون طيار

ويواجه العاملون في مجال الرعاية الصحية في ميانمار تهديداً ملحاً ومتزايدا يتمثل في الطائرات المسلحة بدون طيار التي تستهدف المستشفيات والعيادات المتنقلة وعمليات الإغاثة. تعرض هذه الهجمات الأرواح للخطر وتهدد إمكانية الحصول على الرعاية الصحية الضرورية. يوفر هذا الدليل الإرشادي حول انعدام الأمن تدابير عملية لمساعدة مقدمي الرعاية الصحية على التخفيف من هذه المخاطر. من أنظمة الإنذار المبكر إلى الاستراتيجيات الوقائية للموظفين والبنية التحتية والفرق المتنقلة، هذا الدليل ضروري لأي شخص يعمل على حماية الخدمات الطبية في ميانمار.

تشمل التوجيهات الرئيسية للموظفين عندما يكونون داخل المباني أو خارجها ولمديري المرافق الصحية إرشادات حول كيفية تنظيم تقديم الرعاية الصحية عندما تكون هجمات الطائرات بدون طيار خطرًا وكيفية التعامل مع الحطام الناتج عن تحطم طائرة مسلحة بدون طيار.

تأثير الهجمات على الرعاية الصحية

تعاني نظم الرعاية الصحية في المناطق المتأثرة بالنزاعات من الإرهاق بسبب العنف وتدمير البنية التحتية ونقص العاملين الصحيين والنزوح على نطاق واسع. فبعض النظم الصحية التي كانت مرنة في السابق أصبحت منهكة أو معطلة عن العمل، كما أن الأشخاص الأكثر ضعفاً - الأطفال والنساء والمسنين والمصابين بأمراض مزمنة - يتأثرون بشكل غير متناسب.

تدمير البنية التحتية للرعاية الصحية

كثيرًا ما تتضرر البنية التحتية للرعاية الصحية أو تُدمر أثناء النزاع. توقف عن العمل أكثر من نصف مستشفيات غزة - 20 من أصل 36 مستشفى - بسبب الهجمات المباشرة أو الأضرار أو نقص الإمدادات في عام 2024. أما المستشفيات المتبقية فكانت تعمل بقدرة استيعابية جزئية، وغالبًا ما كانت تعمل في ظل ظروف الحصار. وفي السودان، ظل أقل من ربع المرافق في الولايات المتأثرة بالنزاع يعمل. وقد حرمت عمليات الإغلاق الواسعة النطاق هذه المرضى من الرعاية المنقذة للحياة وأجبرت آخرين على التماس الرعاية في مستشفيات مكتظة أو بعيدة غير مجهزة لتلبية الاحتياجات المتزايدة.

أدت الهجمات الواسعة النطاق على المستشفيات إلى إجراء عمليات جراحية في ظروف مرتجلة باستخدام الأدوات المنزلية بدلاً من الأدوات الطبية. وفي أوكرانيا، وعلى الرغم من مرونة النظام الصحي، إلا أن الضربات الروسية على أنظمة الطاقة

الملخص التنفيذي

أجبرت المستشفيات في بعض الأحيان إلى الاعتماد على المولدات الكهربائية والمصابيح الكهربائية لإجراء العمليات الجراحية. وفي لبنان، أُغلق 100 مركز من أصل 207 مراكز رعاية صحية في مناطق النزاع في عام 2024، وتوقف 15 مستشفى عن العمل أو خُفّض عدد المستشفيات التي تعمل بسبب الأضرار أو انعدام الأمن. وفي مقاطعة كابو ديلغادو في موزمبيق، لا يزال مركز صحي واحد فقط من أصل سبعة مراكز صحية كانت تعمل قبل النزاع.

تعطل وصول المرضى إلى الرعاية الصحية

أدى العنف المستمر وانعدام الأمن إلى إعادة تشكيل كيفية وصول السكان على الرعاية الصحية. ففي سوريا ونيجيريا، على سبيل المثال، غالباً ما يتأخر بعض المرضى في الحصول على الرعاية الصحية أو يتجنبون طلبها خوفاً من التعرض للعنف، مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى تدهور حالتهم الصحية. وتتأثر المجتمعات النازحة، مثل تلك الموجودة في ولاية مانيبور الهندية وموزمبيق والسودان، بشكل خاص، حيث تعيش في مخيمات حيث الخدمات الصحية ضئيلة أو تعتمد على المساعدات المتفرقة.

وحتى في الأماكن التي لا تزال المرافق الصحية تعمل فيها، لا يستطيع المرضى في كثير من الأحيان الوصول إليها بسبب انعدام الأمن أو القيود المفروضة على الحركة أو البنية التحتية المتضررة. ففي الضفة الغربية، أدى حظر التجول والاقتحامات العسكرية إلى تقييد الوصول إلى الرعاية السابقة للولادة والرعاية المزمنة والرعاية الطارئة، في حين أدى تدمير الطرقات واختلاط محتويات شبكات الصرف الصحي وإمدادات المياه إلى مخاطر صحية إضافية. وفي مالي، أجبرت التهديدات الأمنية وحواجز الطرق المرضى على السفر لمسافات طويلة للحصول على الرعاية.

التأثير غير المتناسب على الفئات السكانية الضعيفة التي تحتاج إلى رعاية صحية

في العديد من النزاعات، تتأثر الخدمات الصحية للأمهات والأطفال عندما تواجه النساء والأطفال والمجتمعات المهمشة عوائق كبيرة عند محاولة الحصول على الرعاية الصحية. في غزة، تفتقر حوالي 700,000 امرأة وفتاة إلى إمكانية الحصول على منتجات النظافة الصحية أثناء الدورة الشهرية، وتفتقر حوالي 50,000 امرأة حامل إلى مرافق الولادة الآمنة. وفي لبنان، أدى الانهيار الاقتصادي في البلاد والاعتماد على الرعاية الصحية الخاصة إلى حرمان من الحصول على الخدمات الأساسية للاجئين السوريين والمجتمعات الفقيرة. وفي اليمن، يؤدي النقص في عدد العاملات في مجال الصحة النسائية إلى تقييد الوصول إلى خدمات صحة الأمومة والصحة الإنجابية بسبب الأعراف الثقافية. وفي ميانمار، تحد القيود المنهجية المفروضة على السكان الروهينغا بشدة من إمكانية حصولهم على الخدمات الصحية، بما في ذلك رعاية الأمهات والتطعيمات.

تحديات وصول المساعدات الإنسانية

يعيق النزاع قدرة الجهات الإنسانية على الوصول إلى المحتاجين. ففي النيجر ومالي، أدى العنف والحصار إلى جعل الوصول إلى بعض مناطق النزاع متاحاً عن طريق الجو فقط، في حين أدى طرد المنظمات غير الحكومية إلى تقليص الفجوات في الخدمات. أما في ولاية راخين في ميانمار، فقد توقفت بعض العمليات الإنسانية بالكامل، تاركةً السكان من دون رعاية صحية رسمية. وفي غزة، فرضت السلطات الإسرائيلية قيوداً شديدة على وصول المساعدات الإنسانية ومنعت معظم عمليات إجلاء المصابين بجروح خطيرة الذين لا يمكن علاجهم بشكل كافٍ هناك، حيث لم يُسمح سوى لـ 121 حالة من أصل أكثر من 11,000 حالة طبية عاجلة بالمغادرة. كما تم تقييد دخول الطواقم الطبية والإمدادات الصحية.

نقص العاملين الصحيين والخسائر النفسية

يلقي النزاع عبئاً نفسيا ثقيلاً على العاملين في المجال الصحي. ففي الكاميرون وإثيوبيا وجمهورية الكونغو الديمقراطية، ساهم الخوف من العنف ونقص الموظفين في الإنهاك والاستنزاف. وفي غزة، يعمل العديد من العاملين الصحيين بينما يعيشون في الخيام أو يحتمون في المستشفيات نفسها. هؤلاء المهنيون المنهكون ، الذين يعانون من صدمات نفسية ويواجهون نقصاً حادا في الموارد، يواصلون أداء مهامهم في ظل ظروف قاسية دون توفر إمدادات ضرورية مثل أدوية التخدير والمضادات الحيوية والكهرباء. لا تؤثر هذه التجارب على الأفراد فحسب، بل تقلل أيضاً من مرونة النظام على المدى الطويل.

الملخص التنفيذي

أضرار طويلة الأمد وتعافٍ بطيء

حتى بعد انحسار العنف، يمكن أن يستمر الضرر الذي يلحق بأنظمة الرعاية الصحية لسنوات. وتكافح البلدان التي تعاني من ضعف أنظمة الرعاية الصحية بالفعل، مثل جمهورية أفريقيا الوسطى وجمهورية الكونغو الديمقراطية وسوريا وجنوب السودان، من أجل التعافي بسبب نقص الاستثمار ونقص القوى العاملة وغياب التنسيق. في المقابل، أظهرت أوكرانيا مرونة كبيرة من خلال إصلاح البنية التحتية في الوقت المناسب وتأهب النظام الصحي.



تأثير الهجمات على الرعاية الصحية في النزاعات: نتائج مشروع البحث في تأثير الهجمات على الرعاية الصحية (RIAH)

على مدى السنوات الخمس الماضية، أجرى باحثون من مشروع RIAH دراسات نوعية لاستكشاف تأثير الهجمات على الرعاية الصحية في ستة بلدان. وترد استنتاجاتهم أدناه.

التأثير مرتبط بالسياق

يعد الفهم العميق للسياق أمرًا ضروريًا لفهم كيفية تطور تأثير الهجمات العنيفة. فأنواع الهجمات والطبيعة الدقيقة لنظام الرعاية الصحية المعني تعدان من العوامل المهمة بشكل خاص. يمكن أن تكون الهجمات جزءًا من هجمات أوسع نطاقًا على المجتمعات، أو قد تكون مستهدفة سياسيًا أو نتيجة لاستراتيجية عسكرية. ويرتبط التأثير أيضًا ارتباطًا وثيقًا بنظام الرعاية الصحية: فحيثما يكون توفير الرعاية الصحية الأساسية قليلًا، من المرجح أن يكون تأثير تعطله أكبر. في المقابل، يمكن تخفيف الأثر بشكل أفضل عندما تقوم السلطات - سواء الرسمية أو الأمر الواقع - بدعم نظام الرعاية الصحية.

تحدث التأثيرات على مستويات متعددة

وتؤثر الهجمات على الرعاية الصحية على الصحة النفسية والرفاه النفسي للعاملين الصحيين، مع تداعيات محتملة على رغبتهم في البقاء ضمن هذا النظام. وقد يكون التأثير معقداً في حال كانت هناك عوامل تمييز قائمة على الهوية، بما في ذلك العنف القائم على النوع الاجتماعي أو التهميش المجتمعي، ويمكن أن تمتد التهديدات والعنف إلى أفراد الأسرة. في المقابل، يختبر بعض العاملون في مجال الصحة مستويات قوية من التضامن، مما يساعد على التخفيف من بعض الآثار السلبية من خلال منحهم إحساساً بالهدف والمعنى. الهجمات على الرعاية الصحية تؤثر أيضاً على نظام الرعاية الصحية من خلال تعطيل تقديم الخدمات. كما يختلف التأثير أيضاً على مستوى السكان؛ على سبيل المثال، يمكن أن تؤثر الهجمات على حضور النساء إلى خدمات صحة الأم أو الحد من وصول الأطفال إلى برامج التطعيم.

التأثير يؤدي إلى التكيف

تفرض الهجمات على الرعاية الصحية إجراء تعديلات في هيكل الرعاية الصحية وتقديمها وفي سلوكيات طلب الرعاية الصحية. وتجدر الإشارة إلى أنه بسبب تناقص عدد الموظفين، يعمل العاملون في مجال الرعاية الصحية خارج مجال تدريبهم و ينخرطون في تغيير المهام، وغالباً ما يكون ذلك بموارد محدودة أو غير كافية (خاصة المعدات والأدوية). غالبًا ما يتم تغيير عمليات ومواقع خدمات الرعاية الصحية للتكيف مع التهديدات والمخاطر والموارد المتغيرة. قد يتم تقديم الرعاية الصحية في "الأدغال" أو في هياكل سرية. بعد وقوع الهجمات، تحدث تغييرات في كيفية التماس الناس للرعاية الصحية. في بعض السياقات، يتأخر التماس الرعاية، مع ما يترتب على ذلك من آثار سلبية قد تكون طويلة الأمد. قد يتم استبدال خدمات الأمومة الطبية بالمعالجين التقليديين و القابلات التقليديات. كما يرفض بعض المرضى المبيت في المرافق الصحية بسبب الخوف من الهجمات.

الملخص التنفيذي

فهم تأثير الهجمات

يعد البحث متعدد الأساليب أمرًا بالغ الأهمية لفهم الهجمات على الرعاية الصحية وتأثيرها. تكشف البيانات النوعية عن تأثيرات محددة، في حين أن البيانات الكمية تلتقط الاتجاهات الأوسع نطاقاً بشكل أفضل. تضمن المصادر المتنوعة وعالية الجودة إجراء تحليل شامل. ومع ذلك، في العديد من السياقات، لا يزال التحليل التفصيلي للأثر متناثرًا في العديد من السياقات.

يمكن الاطلاع على مزيد من المعلومات حول هذه التأثيرات عبر الموقع الإلكتروني لـ https://riah.manchester.ac.uk/articles/reports/

الحاجة إلى العدالة والمساءلة

لطالما كانت حماية الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة محور قانون الحرب لأكثر من قرن ونصف. ومع ذلك، وكما يبين هذ التقرير، يتم انتهاك هذه القواعد بشكل شبه روتيني وقاسٍ ومنتظم. كما أنها تُرتكب مع إفلات شبه كامل من العقاب.

وعلى نفس القدر من الإشكالية، لم يتم الوفاء بالتزامات الحكومات باتخاذ خطوات استباقية لمنع العنف ضد الرعاية الصحية. في عام 2016، تبنى مجلس الأمن الدولي بالإجماع أول قرار له على الإطلاق يدعو الدول إلى تدريب قواتها على قانون الحرب وإلزام قواتها وقادتها بالامتثال له، وإصلاح العقيدة العسكرية لإعطاء الأولوية لحماية الرعاية الصحية في العمليات القتالية العسكرية، ومحاسبة جنودها وقادتها على الانتهاكات. كما دعت الدول إلى استخدام الوسائل الدبلوماسية والسياسية والقضائية لفرض عواقب على الدول والقوات العسكرية التي لا تمتثل بالتزاماتها. وفي السنوات التي تلت ذلك، كررت العديد من القرارات تلك المتطلبات. بالإضافة إلى ذلك، في نوفمبر 2022، أيدت 87 دولة الإعلان السياسي بشأن الأسلحة المتفجرة في المناطق المأهولة بالسكان.

ولكن، وكما يبين هذا التقرير، لم يتم تبني هذه الالتزامات في المجالات الأكثر أهمية - في الممارسة العسكرية والسعي لمحاسبة الجناة. فقد أُجريت تحقيقات محلية من حين لآخر، ولكن لم يتم إجراء أي ملاحقات قضائية دولية.

ونتيجة لذلك، تُركت حماية الرعاية الصحية في النزاعات لمن يقدمون هذه الرعاية. تقدم الموارد الجديدة، بما في ذلك كتيب لإدارة المخاطر الأمنية في القطاع الصحي، خطوات عملية للحفاظ على سلامة العاملين الصحيين وعلى إتاحة الرعاية الصحية للمرضى. وبينما نأمل أن تسهم هذه الإرشادات في دعم مديري الصحة للحفاظ على سلامة خدماتهم وموظفيهم ومرضاهم أثناء النزاعات المسلحة، فإن مهمة الوقاية والحماية لا ينبغي أن تكون مسؤولية الضحايا المحتملين. وتوفر التوصيات الواردة في هذا التقرير دليلاً للإجراءات التي يجب على الحكومات والجيوش ووكالات الأمم المتحدة اتخاذها لتعزيز أمن الرعاية الصحية أثناء النزاعات.

وقد تم تجميع التقرير الثاني عشر لتحالف حماية الصحة في النزاعات للفت الانتباه إلى القلق المتزايد بشأن العوامل العديدة التي تؤدي إلى الكثير من المعاناة الإضافية في النزاعات، على الرغم من أن قوانين الحرب تنص بوضوح على ضرورة حماية الرعاية الصحية أثناء النزاعات المسلحة. وعلى الرغم من عدم مناقشة التقرير بالتفصيل، إلا أنه يقر أيضاً بأن الأنظمة القائمة لم تتمكن من توفير الحماية الكافية. وقد تم وضع دليل إدارة المخاطر الأمنية للقطاع الصحي لتقديم إرشادات حول الخطوات العملية للحفاظ على سلامة العاملين في القطاع الصحي وعلى إمكانية وصول المرضى إلى الرعاية الصحية. وبينما نأمل أن تساهم هذه الإرشادات في دعم مديري الصحة في المناطق المتأثرة بالنزاعات في مهمتهم الصعبة المتمثلة في الحفاظ على الخدمات الصحية، فإننا نحث المجتمع الدولي على إيجاد استجابات فعالة تحمي أنظمة الرعاية الصحية المحلية أثناء النزاعات.

الملخص التنفيذي

1 البلدان التي تم الإبلاغ فيها عن وقوع أعداد كبيرة من الحوادث التي ألحقت فيها الأسلحة المتفجرة أضراراً بالمرافق الصحية أو دمرتها خلال الفترة المشمولة بالتقرير.

2 تقوم مؤسسة Insecurity Insight بإجراء عمليات إعادة تحديد وتسجيل حوادث العنف ضد الرعاية الصحية التي تم تحديدها حديثاً. بالنسبة لعام 2023، تم تحديد 770 حادثة استناداً إلى هذه الحوادث التي تم تحديدها بأثر رجعي والحوادث الجديدة التي يشاركها الشركاء.

3 يقوم موقع Insecurity Insight بالتدقيق المتبادل للأحداث والأسماء الفردية ولا يعيد الإبلاغ عن الأرقام الإجمالية. ويجري العمل على تجميع قائمة كاملة بالعاملين الصحيين الذين قُتلوا بناءً على المعلومات المقدمة بصيغ مختلفة من قبل منظمات مختلفة. وتتسم عملية التدقيق المتبادل هذه بالتعقيد وتهدف إلى تجنب العد المزدوج لنفس الأفراد في الحالات التي تبلغ فيها المصادر عن معلومات مختلفة عن نفس الشخص. ويؤدي عدم وجود معيار ثابت في كتابة الأسماء العربية إلى اللغات التي تعتمد على الحروف اللاتينية إلى تعقيد عملية المطابقة. يُعتقد أن العدد الإجمالي للعاملين الصحيين الذين قُتلوا أعلى من العدد الحالي الذي تم التحقق منه، ونواصل تحديث المعلومات بأثر رجعي. على سبيل المثال، في حين سجل تقرير لجنة تنسيق الشؤون الإنسانية لعام 2023 مقتل 143 عاملًا صحيًا في الأرض الفلسطينية المحتلة، إلا أن التدقيق في مصادر أخرى رفع هذا العدد إلى 414 عاملًا منذ ذلك الحين. ويتواصل تحديث حالات قتل العاملين الصحيين المبلغ عنها لعام 2024.

4 البلدان أو الأقاليم التي أفادت التقارير بمقتل أعداد كبيرة من العاملين الصحيين فيها خلال الفترة المشمولة بالتقرير.

SAFEGUARDING HEALTH IN CONFLICT

تحالف حماية الصحة في النزاعات هي مجموعة من أكثر من 40 منظمة تعمل على حماية العاملين في المجال الصحي والخدمات المهددة بسبب الحرب أو الاضطرابات الأهلية. لقد قمنا برفع مستوى الوعي بالهجمات العالمية على الصحة وبالضغط على وكالات الأمم المتحدة من أجل اتخاذ إجراءات دولية أكبر لحماية أمن الرعاية الصحية. نحن نقوم برصد الهجمات، ونقوم بتعزيز المعايير العالمية لاحترام الحق في الصحة، ونطالب بمحاسبة الجناة.
https://safeguarding-health.com

يرجى ملاحظة أن هذا التقرير لا يمثل وجهات النظر الرسمية لجميع أعضاء التحالف ولا ينبغي أن يؤخذ الإدراج في قائمة الأعضاء على أنه يعكس تأييد المنظمات لمحتوى التقارير.

تحالف حماية الصحة في النزاعات
رقم 615 شارع وولف، ي7143، بالتيمور، م د 21205
جيني جون، safeguardinghcc@gmail.com