



خدمات الإسعاف والرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى في حالات الخطر



ICRC



CRUZ ROJA
MEXICANA



Norwegian Red Cross

حماية وسائل
الرعاية الصحية
إنها
مساوية
حياة
أو موت

اللجنة الدولية للصليب الأحمر

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. نوفمبر/تشرين الثاني 2013



ICRC

Front cover: Ursula Meissner/ ICRC

خدمات الإسعاف والرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى في حالات الخطر

نُظِّمَت حلقة عمل الخبراء المتخصصين في مجال خدمات الإسعاف والرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى في حالات الخطر من خلال جهد مشترك بين اللجنة الدولية للصليب الأحمر والصليب الأحمر المكسيكي وعُقدت في «تولوكا» بولاية مكسيكو في الفترة من 20 إلى 24 أيار/مايو 2013. وقام الصليب الأحمر النرويجي بإعداد هذه المطبوعة التي تتضمن العروض والمناقشات التي دارت في حلقة العمل ولا يُقصد منها أن تكون وثيقة مرجعية، فيجوز ألا تكون ذات صلة بجميع السياقات.

المبادئ السبعة الأساسية للحركة الدولية

أُعلن رسميًا في فيينا عام 1965 عن المبادئ الأساسية السبعة التي تربط بين الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر واللجنة الدولية للصليب الأحمر والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر. وهي تُعد ضماناً لاستمرارية العمل الإنساني للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر. وهذه المبادئ هي:

الإنسانية

الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر حركة ذات طابع دولي ووطني نبعت من الرغبة في تقديم العون إلى الجرحى في ميادين القتال دون تمييز، وهي تسعى جاهدة سواء على الصعيد الدولي أو الوطني إلى الحيلولة دون المعاناة البشرية حثماً وُجدت والتخفيف من وطأتها. وهدفها هو حماية الحياة والصحة وكفالة الاحترام للإنسان. وهي تسعى إلى تعزيز التفاهم المتبادل والصداقة والتعاون والسلام الدائم بين جميع الشعوب.

عدم التحيز

لا تميز الحركة بين الأشخاص على أساس جنسيتهم أو عرقهم أو معتقداتهم الدينية أو انتماءاتهم الطبقية أو آرائهم السياسية. فهي تسعى إلى التخفيف من معاناة الأفراد مسترشدة بمعيار واحد هو مدى حاجتهم للعون، وتمنح الأولوية لحالات المحن الأكثر إلحاحاً.

الحياد

سعيًا إلى الاحتفاظ بثقة الجميع، تمتنع الحركة الدولية عن اتخاذ موقف مع طرف ضد الآخر أثناء العمليات العدائية، كما تحجم في جميع الأوقات عن المشاركة في المجادلات ذات الطابع السياسي أو العنصري أو الديني أو الأيديولوجي.

الاستقلال

الحركة مستقلة. ورغم أن الجمعيات الوطنية تعد أجهزة مساعدة لحكومات بلدانها في تقديم الخدمات الإنسانية وتخضع للقوانين السارية في هذه البلدان، يجب عليها أن تحافظ دائماً على استقلالها بما يجعلها قادرة على العمل وفقاً لمبادئ الحركة في جميع الأوقات.

الخدمة التطوعية

الحركة الدولية هي حركة إغاثة تقوم على الخدمة التطوعية ولا تسعى للربح بأي صورة من الصور.

الوحدة

لا يجوز أن توجد في بلد من البلدان سوى جمعية واحدة للصليب الأحمر أو الهلال الأحمر. ويجب أن تكون أبوابها مفتوحة أمام الجميع، وأن تمارس أنشطتها الإنسانية في كامل أراضي هذا البلد.

العالمية

الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر حركة عالمية، تتمتع فيها الجمعيات الوطنية كافة بوضع متساوٍ كما تلتزم بواجبات ومسؤوليات متساوية في مؤازرة بعضها البعض.

قائمة المحتويات

5	1. توطئة
5	1.1. السيد «فرناندو سوينغا كارديناس»، رئيس الصليب الأحمر المكسيكي
6	2.1. السيد «إيف داکور»، مدير عام اللجنة الدولية للصليب الأحمر
9	2. موجز لأهم المعلومات
11	3. مشروع الرعاية الصحية في خطر
	4. التحديات التي تواجه خدمات الإسعاف والرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى
15	في حالات الخطر
15	1.4. تحدي ضمان استمرار الخدمات
16	2.4. تحدي إساءة استخدام سيارات الإسعاف
16	3.4. تحدي الهجمات الموجهة إلى سيارات الإسعاف والعاملين في مجال الرعاية الصحية
17	4.4. تحدي إعاقة سيارات الإسعاف
19	5. التوصيات/المناقشات
19	1.5. المبادرات القانونية
28	2.5. التنسيق مع الجهات المعنية، بما فيها القوات المسلحة
31	3.5. أفضل الممارسات في تقديم خدمات الرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى
51	6. ملاحظات ختامية



1. توطئة

1.1 السيد «فرناندو سويناجا كارديناس»، رئيس الصليب الأحمر المكسيكي

إنه لمن دواعي الشرف للصليب الأحمر المكسيكي - جنبًا إلى جنب مع البعثة الإقليمية للجنة الدولية للصليب الأحمر في المكسيك وأمريكا الوسطى وكوبا- استضافة حلقة عمل الخبراء المتخصصين في مجال خدمات الإسعاف والرعاية الصحية ما قبل الوصول إلى المستشفى في حالات الخطر في مقر المركز الوطني للتدريب والتنمية في «تولوكا» في ولاية مكسيكو.

لقد وجدنا أن المساهمة على هذا النحو في التنفيذ التدريجي للقرار رقم 5 الصادر عن المؤتمر الدولي الحادي والثلاثين للصليب الأحمر والهلال الأحمر هي أمر مثمر. وقد اغتنمنا الفرصة أيضًا كي نسهل تبادل الخبرات والتجارب بين الخبراء في مجال الرعاية الصحية ما قبل الوصول إلى المستشفى وخدمات الإسعاف، الذين قدموا من مجموعة من المنظمات تضم أكثر من 20 جمعية وطنية من مختلف القارات، ومنظمات طبية، وهيئات حكومية ومنظمات إنسانية أخرى تعمل في هذا المجال.

تضم الوثيقة الحالية العروض التي قُدمت والمناقشات التي دارت أثناء حلقة العمل. ولم يكن من الممكن تنظيم حلقة العمل هذه إلا بفضل التفاني الذي أبداه عدد كبير من الناس ولولا ساعات العمل الطويلة التي أمضوها في الإعداد لها. ولهذا السبب، أود أن أعرب عن خالص امتناني لجميع المتطوعين والعاملين في الصليب الأحمر المكسيكي وموظفي البعثة الإقليمية للجنة الدولية الذين عملوا معًا لإنجاح هذا الحدث.

ونأمل أن تسهم التوصيات المنبثقة عن حلقة العمل على نحو كبير في إنجاز المهمة الإنسانية للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر. وأخيرًا، نؤكد مجددًا على التزام الصليب الأحمر المكسيكي بدعم أي جهد يُبدل من أجل كسب الاحترام الواجب لعمل الحركة والاعتراف به وقبوله في جميع أنحاء العالم.

2.1. السيد «إيف داكور»، مدير عام اللجنة الدولية للصليب الأحمر

يُعد العنف الفعلي الموجه ضد العاملين في مجال الرعاية الصحية والمرافق الصحية والمستفيدين من الخدمات الصحية أو التهديد به على حدٍ سواء أحد القضايا الإنسانية الأشد خطورة في الوقت الراهن، على الرغم من أنها لا تزال مهملة نسبيًا. ويُحرّم بسبب هذا العنف أناس مستضعفون لا عد لهم ولا حصر من الوصول الآمن إلى خدمات الرعاية الصحية التي يحتاجونها. ويأخذ هذا العنف أشكالًا عديدة – وتتضرر منه مجموعات مختلفة من الأشخاص، إما في صلة بالشأن السياسي أو عرضًا عن غير قصد – ولكن خدمات الإسعاف والرعاية الصحية ما قبل الوصول إلى المستشفى تتعرض للخطر بشكل خاص.

وباتت سيارات الإسعاف عرضة للهجوم في جميع أنحاء العالم في السنوات الأخيرة: في أفغانستان وكولومبيا ولبنان والأراضي الفلسطينية المحتلة وليبيا واليمن وسورية. واستهدفت في بعض الحالات لأنها كانت تحمل على متنها مقاتلين ينتمون للطرف المعاد، وفي حالات أخرى بسبب انعدام الثقة الذي أوجدته الإساءة المتعمدة لاستعمال خدمات الإسعاف من أجل خداع الخصم. وفي بعض الحالات، توجد سيارات الإسعاف ببساطة في مرمى إطلاق النار – والمكسيك مثال بارز على ذلك. ويمكن للصليب الأحمر المكسيكي، لكونه المشغل الرئيسي لسيارات الإسعاف المستخدمة في حالات الطوارئ في البلاد، أن يعرض شهادات واقعية على الخسائر الفادحة التي مُني بها بسبب العنف المتصل بالمخدرات.

لقد بات من الواضح بشكل عام أن العاملين في مجال الرعاية الصحية على المستوى المحلي هم الذين يتحملون العبء الأكبر من أعمال العنف الموجهة ضد موظفي الرعاية الصحية ومرافقها وضد المركبات الطبية. وقد أظهرت دراسة أجرتها اللجنة الدولية مؤخرًا أن هذا هو الحال في أكثر من 90 في المائة من الحوادث التي يربو عددها على 900 حادثة مسجلة في 22 بلدًا. وقد تعرض ما يقرب من 25 في المائة من الأشخاص الذين تكتنف بهم تلك الحوادث للإصابة أو القتل. واستهدفت في بعض الحالات أولئك الذين كانوا يحاولون تقديم المساعدة المنقذة للأرواح لضحايا أحد الانفجارات بتفجير مماثل في وقت لاحق – وهي ممارسة مؤسفة بصفة خاصة تتسبب في مزيد من الأذى والموت وتعيق تقديم الرعاية لمن هم بحاجة إليها على وجه السرعة.

ولا يُعد العنف الموجه ضد مرافق الرعاية الصحية والعاملين فيها – أيًا كان نوعه – مستهجنًا من الناحية الأخلاقية فحسب، بل هو انتهاك أيضًا للقانون الدولي. فالمشكلة الجوهرية تكمن في غض الطرف الذي تبديه أطراف النزاع والجهات الفاعلة المسلحة في حالات الطوارئ الأخرى عن القانون على نطاق واسع. فعندما يُضرب رموز الحماية عرض الحائط على نحو سافر، لا يمكن للتدابير الأخرى أن تقدم سوى حماية محدودة. وينبغي من الناحية المثالية الحيلولة دون حدوث انتهاكات، حيث يكمن التحدي في إيجاد سبل للقيام بذلك. فينبغي بادئ ذي بدء إذكاء الوعي في جميع أنحاء العالم بالتكلفة البشرية الرهيبة الناجمة عن العنف الموجه ضد موظفي الرعاية الصحية ومرافقها، وتوطيد ثقافة المسؤولية بين جميع الأطراف المعنية.

وتمشيًا مع القرار البالغ التأثير الخاص «بالرعاية الصحية في خطر» الذي تمخض عن المؤتمر الدولي الحادي والثلاثين للصليب الأحمر والهلال الأحمر في عام 2011، لا تزال اللجنة الدولية للصليب الأحمر ملتزمة بمعالجة أسباب وعواقب هذه المشكلة الإنسانية الكبرى على حدٍ سواء. وتعتبر الشراكات مع الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر أمرًا حاسمًا في إطار هذه الجهود.

وتلعب الجمعيات الوطنية دورًا بالغ الأهمية – باعتبارها أول المستجيبين، للمساعدة في نهاية المطاف على تيسير الوصول إلى خدماتها على نحو أكثر أمانًا. وإن حلقات عمل الخبراء من قبيل الاجتماع الذي عُقد في مكسيكو في أيار/مايو 2013 تجمع بين الجهات المعنية الرئيسية – بدءًا من السلطات الوطنية وقوات الأمن والجمعيات الطبية والمنظمات غير الحكومية ووصولًا إلى العديد من الجمعيات الوطنية – من أجل تبادل الأفكار والخبرات، ووضع التوصيات العملية. ويعكس الإصدار الحالي ثروة من الخبرة ومجموعة استثنائية من الممارسات، ومن ثم ينبغي أن يكون بمثابة أداة عملية لإحداث تغيير إيجابي وتيسير تقديم خدمات الرعاية الصحية والوصول إليها على نحو أكثر أمانًا لجميع الأطراف المعنية.



2. موجز لأهم المعلومات

يلخص الإصدار الحالي أهم نتائج حلقة عمل الخبراء المتخصصين في مجال خدمات الإسعاف ورعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى في حالات الخطر، التي نظمت بجهد مشترك بين اللجنة الدولية والصليب الأحمر المكسيكي، وعُقدت في «تولوكا» بولاية مكسيكو في الفترة من 20 إلى 24 أيار/مايو 2013. وضمت قائمة المشاركين جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الوطنية ومقدمي الرعاية الصحية على الصعيد الوطني، وخدمات الإنقاذ والجامعات والقوات المسلحة واللجنة الدولية.

وكان المحور الذي ركزت عليه حلقة العمل هو فهم التحديات الملموسة التي يواجهها العاملون في مجال الرعاية الصحية عند تقديم خدمات الإسعاف والرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى في حالات الخطر. وتعرض هذه الخدمات لضغوط هائلة في هذه الظروف: فمن الممكن أن تستنفد مواردها وقدراتها، وتعرض بنيتها الأساسية للتدمير، مما يعوق تقديم الرعاية الصحية على نحو آمن. ونظرًا لأن تلك الخدمات تكون هي المستجيب الأول في هذه الحالة، فقد يكون عملها محفوفًا بالمخاطر، سواء بالنسبة للمستجيبين الأوائل أو للأشخاص محل الرعاية. وتكرر أعمال العنف أو التهديد بها ضد العاملين في مجال الرعاية الصحية؛ وتعتبر الهجمات غير المباشرة أو المباشرة ضد المركبات الطبية، فضلًا عن سوء استخدامها وإعاقتها بشكل تعسفي أو نهبها، عقبات كبرى أمام تقديم الرعاية الصحية بشكل فعال وغير متحيز. وتحدد الأقسام الافتتاحية لهذه المطبوعة التحديات الرئيسية التي تعترض سبيل خدمات الإسعاف والرعاية الصحية ما قبل الوصول إلى المستشفى في حالات الخطر: من ضمان استمرارية الخدمة؛ وإساءة استخدام سيارات الإسعاف؛ والهجمات الموجهة ضد العاملين في مجال الرعاية الصحية وسيارات الإسعاف؛ وصولًا إلى إعاقة مسار سيارات الإسعاف.

والأهم من ذلك، وضعت حلقة عمل الخبراء في مكسيكو أيضًا عددًا من التوصيات لتعزيز الأمن وجعل وصول سيارات الإسعاف والخدمات الطبية قبل دخول المستشفى في حالات الخطر أكثر أمانًا. وتنطبق هذه التوصيات بصفة رئيسية على ثلاثة مجالات هي المبادرات القانونية، والتنسيق مع الجهات المعنية بما فيها القوات المسلحة للدولة، وأفضل الممارسات بالنسبة لخدمات الإسعاف والرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى. وتحدد المطبوعة تلك التوصيات وتسوق معها أمثلة من سياقات مختلفة.

وبينما أقر المشاركون بوجود بعض التحديات التي أثّرت خلال حلقة العمل على نطاق واسع، لا بد من الإشارة إلى أن الصعوبات التي تواجه خدمات الإسعاف تختلف اختلافًا كبيرًا من بلد إلى آخر. ولا يوجد حل بسيط وشامل لتلك المسألة. وينبغي أيضًا أن يوضع في الاعتبار أن هذه المطبوعة تعكس تجارب محددة خاصة بالمشاركين في حلقة العمل، وأن المناقشات التي جرت فيها، فضلًا عن التوصيات التي خرجت بها، لا تنطبق بالضرورة على جميع السياقات. وربما تكون التوصيات الواردة في المطبوعة بمثابة نقطة انطلاق لصياغة حلول تتواءم مع بلدان أو مناطق معينة.



Kate Holt/CRC

3. مشروع الرعاية الصحية في خطر

ينتشر العنف الفعلي أو التهديد به على حدٍ سواء - أثناء النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى - ضد موظفي الرعاية الصحية ومرافقها، ووسائل النقل الطبي على نطاق واسع، ويتضرر منه الأفراد والعائلات والمجتمعات المحلية. ويشكل هذا العنف على الأرجح أحد القضايا الإنسانية الأشد خطورة التي تواجهنا من حيث عدد الأشخاص المتضررين من جرائه وآثاره على الاحتياجات المتواصلة والملحة، وهي كلها مبررات تسوّغ هذا الاستنتاج. ومع ذلك لا يُعترف بهذا العنف إلى حد كبير.

وقد طلب المؤتمر الدولي الحادي والثلاثون للصليب الأحمر والهلال الأحمر في تشرين الثاني/نوفمبر 2011 إلى اللجنة الدولية البدء في مشاورات مع خبراء من الدول والحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر وخبراء آخرين في قطاع الرعاية الصحية - بهدف جعل عملية تقديم خدمات الرعاية الصحية أثناء النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى أكثر أماناً- وإبلاغ المؤتمر الدولي الثاني والثلاثين المزمع عقده في عام 2015 بالتقدم المحرز في هذا الصدد.

ويركز مشروع الرعاية الصحية في خطر الذي أُطلق دعماً لهذا الهدف على الأفعال غير المشروعة والمتسمة بالعنف أحياناً التي تعيق تقديم الرعاية الصحية أو تحوّل دون تقديمها - من قبيل الهجمات والتمييز ودخول المرافق المحمية بقوة السلاح، والإعاقة غير المشروعة، وهلم جرا- والعواقب المترتبة عليها بالنسبة للجرحى والمرضى ومرافق الرعاية الصحية والعاملين بها والمركبات الطبية.



تعريف

حيث إن مشروع الرعاية الصحية في خطر يتناول عددًا من الحالات المختلفة، ينبغي أن تُفهم المصطلحات المستخدمة في هذه المطبوعة - على سبيل المثال، أفراد الخدمات الطبية، والوحدات الطبية ووسائل النقل الطبي - على نطاق أوسع مما وردت في القانون الدولي الإنساني الذي ينطبق أثناء النزاعات المسلحة. فأفراد الخدمات الطبية والوحدات الطبية ووسائل النقل الطبي تقع ضمن تعريف القانون الدولي الإنساني عندما «يُخصصهم أحد أطراف النزاع أو جهة مختصة للأغراض الطبية دون غيرها». وقد يندرج أفراد الخدمات الطبية أو الوحدات الطبية أو وسائل النقل الطبي في سياق الرعاية الصحية في خطر ضمن نطاق هذا التعريف حتى وإن لم يكلفوا بتلك المهام من قِبَل أحد أطراف النزاع.

وتشمل مرافق الرعاية الصحية المستشفيات والمختبرات والعيادات ومراكز الإسعافات الأولية ومراكز نقل الدم والمخازن الطبية ومخازن العقاقير التابعة لهذه المرافق.^أ

ويشمل مصطلح العاملون في مجال الرعاية الصحية:^ب

- الأشخاص ذوو المؤهلات المهنية في مجال الرعاية الصحية، على سبيل المثال الأطباء والمرضى/ الممرضات والمسعفون/ المسعفات وأخصائيو العلاج الطبيعي والصيدال؛
- الأشخاص العاملون في المستشفيات والعيادات ومراكز الإسعافات الأولية، وسائقو سيارات الإسعاف، ومديرو المستشفيات، أو الأفراد العاملون في المجتمع المحلي بصفتهم المهنية؛
- الموظفون والمتطوعون في الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر الذين يشاركون في تقديم الرعاية الصحية؛
- أفراد الخدمات «الطبية» التابعون للقوات المسلحة؛
- موظفو المنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية التي تقدم خدمات صحية؛
- المسعفون.

وتشمل وسائل النقل الطبي سيارات الإسعاف أو السفن الطبية أو الطائرات الطبية، مدينة كانت أم عسكرية، ووسائل النقل التي تقوم بنقل الجرحى والمرضى، والعاملين في مجال الرعاية الصحية، والإمدادات أو المعدات الطبية. ويشمل هذا المصطلح جميع المركبات المستعملة لأغراض الرعاية الصحية، حتى وإن لم تُخصَّص على سبيل الحصر للنقل الطبي وتخضع لرقابة سلطة مختصة تابعة لأطرف من أطراف النزاع، مثل السيارات الخاصة المستخدمة في نقل الجرحى والمرضى إلى مرفق من مرافق الرعاية الصحية، والمركبات التي تنقل اللوازم والإمدادات الطبية وناقلات الأفراد التي تحمل الطواقم الطبية إلى أماكن العمل (لإجراء التطعيمات على المستوى المحلي مثلًا أو للعمل في العيادات المتنقلة).

ويشير مصطلح سيارات الإسعاف لأغراض هذه المطبوعة إلى وسائل النقل المتاحة محليًا التي تحمل الجرحى والمرضى المصابين بأمراض شديدة على نحو آمن ومريح قدر الإمكان إلى حيث يمكنهم تلقي الرعاية الطبية أو إجراء العمليات الجراحية الطارئة التي يحتاجونها؛ وهي أيضًا المكان الذي تستقر فيه حالة هؤلاء المرضى والجرحى. وقد يجري النقل إما من موقع الطوارئ إلى مرفق للرعاية الصحية أو من مرفق للرعاية الصحية إلى مرفق آخر.

ويضع القانون الدولي الإنساني تعريفًا لكل من «النقل الطبي» و«وسائل النقل الطبي» و«المركبات الطبية» و«السفن والزوارق الطبية» فضلًا عن «الطائرات الطبية» في المادة 8 (و) - (ي) من البروتوكول الأول المؤرخ في 8 حزيران/يونيو 1977 الإضافي لاتفاقيات جنيف (البروتوكول الإضافي الأول).

ويتناول القانون الدولي الإنساني أيضًا «النقل الطبي» أو «وسائل النقل الطبي» في صلة بما يلي:

- استعمال الشارة
- الأغراض الطبية الواردة في المادة 8 (هـ) من البروتوكول الإضافي الأول
- الحماية نفسها المكفولة لوسائل النقل الطبي والوحدات الطبية المتنقلة بموجب المادتين 12 و 21 من البروتوكول الإضافي الأول
- أنشطة أفراد الخدمات الطبية ذات الصلة بالجرحى والمرضى وحماية وسائل النقل الطبي والشارات المميزة وفقًا للقواعد رقم 25، و 29-30 و 109 من قواعد القانون الدولي الإنساني العرفي التي تتساوى في الأهمية مع معاهدات القانون الدولي الإنساني.^ت

أ اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الرعاية الصحية في خطر: إبراز أهمية القضية، اللجنة الدولية، جنيف، 2011.

ب اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الرعاية الصحية في خطر: المسؤوليات التي تقع على عاتق أفراد الرعاية الصحية العاملين في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى، اللجنة الدولية، جنيف، 2012.

ج جون-ماري هنكرتس ولويس دوزوالد-بيك، القانون الدولي الإنساني العرفي، المجلد الأول: القواعد، وجون-ماري هنكرتس ولويس دوزوالد-بيك (محرران)، القانون الدولي الإنساني العرفي، المجلد الثاني: الممارسات، الجزء الأول والثاني، مطابع جامعة كامبريدج، 2005. انظر أيضًا قاعدة بيانات القانون الدولي الإنساني العرفي المحدثة:

جمعت اللجنة الدولية بين الجمعيات الوطنية وأطراف مختلفة من الجهات المعنية الخارجية في عدد من حلقات العمل خلال عامي 2012 و2013؛ وشارك في حلقات العمل تلك خبراء من حوالي 100 بلد. وتكتمل حلقة العمل المنعقدة في مكسيكو حلقات العمل الأخرى التي ركزت على استجابة الجمعيات الوطنية لقضية «الرعاية الصحية في خطر»¹. وقد نُظمت حلقات عمل حول المواضيع التالية، أو سوف تُنظم في المستقبل:

1. الممارسات العسكرية والأوامر التنفيذية
2. استجابة الجمعية الوطنية لقضية «الرعاية الصحية في خطر»
3. مسؤوليات العاملين في مجال الرعاية الصحية وحقوقهم
4. خدمات الإسعاف والرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى
5. أمن مرافق الرعاية الصحية
6. الأطر القانونية المحلية لحماية توفير الرعاية الصحية
7. دور المجتمع المدني والزعماء الدينيين في تعزيز الاحترام الواجب للرعاية الصحية.

وحضر حلقة عمل مكسيكو ممثلون عن الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر أو الهلال الأحمر فضلاً عن أفراد من القوات المسلحة والشرطة والخدمات الطبية والأوساط الأكاديمية والمنظمات الطبية مثل منظمة أطباء بلا حدود. وتشير المطبوعة على نحو متكرر إلى خدمات الإسعاف التابعة للجمعيات الوطنية لأن عددًا منها حضر حلقة العمل. ومع ذلك، فإن المناقشات بوجه عام والتوصيات هي ذات صلة بأي خدمة من خدمات الإسعاف. وقد قُدِّمت عروض أثناء حلقة العمل في كل من الجلسات العامة وخلال المناقشات التي دارت بين المجموعات الصغيرة؛ وتعكس هذه المطبوعة كل ذلك، وهي تضم أيضًا مساهمات متعمقة وذات صلة بحالات محددة قُدِّمت بعد حلقة العمل. وقد استُخدم مصطلح «حالات الخطر» طوال فترة انعقاد حلقة العمل، لأنه يشمل النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى التي تناولها مشروع الرعاية الصحية في خطر. وسوف يُستخدم من ثم في المطبوعة بأكملها.

1 حلقة عمل أو سلو، 3-5 كانون الأول/ديسمبر 2012، «دور ومسؤولية الجمعيات الوطنية في تقديم رعاية صحية آمنة في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى»، ويمكن الاطلاع على مزيد من المعلومات من خلال الرابط التالي:



4. التحديات التي تواجه خدمات الإسعاف والرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى في حالات الخطر

ارتبطت الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر منذ تأسيسها بتوفير خدمات الرعاية الصحية. ويُعد تدريب المتطوعين والمجتمعات المحلية والمستفيدين على المسائل المتعلقة بالرعاية الصحية والإسعافات الأولية أحد الأنشطة الرئيسية التي تضطلع بها الجمعيات الوطنية في جميع أنحاء العالم. وتقوم الجمعيات الوطنية في سياقات عديدة أيضًا بتشغيل وصيانة خدمات الإسعاف، إما لدعم الخدمات الخاصة أو الحكومية أو بصفتها الجهات الرئيسية التي تقدم مثل هذه الخدمات في بلدانها.

وتختلف السبل التي تُستخدم بها الرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى وخدمات الإسعاف في حالات الخطر تبعًا للبيئة الأمنية وعدد الجرحى وحالتهم، وإمكانية الوصول إلى البنية الأساسية للرعاية الصحية، والموارد التي يمكن حشدتها للحصول على الرعاية أو النقل، والوصول إلى الرعاية الجراحية، والقدرة الخاصة التي يتمتع بها مرفق الرعاية الصحية لاستقبال المرضى وعلاجهم.

وتُتخذ ترتيبات نقل الجرحى والمرضى من النقطة التي يصابون فيها بالجروح أو المرض إلى حيث يمكن تقديم الرعاية الطبية أو العمليات الجراحية لهم بطرق متنوعة حسب السياق - كما هو الحال أيضًا بالنسبة لإحالة المرضى من أحد مرافق الرعاية الصحية إلى مرفق آخر (من أجل الحصول مثلاً على رعاية متخصصة بعد استقرار الحالة في العيادة). ويمكن استخدام وسائل النقل الخاصة أو العامة أو العسكرية. ويجوز أيضًا أن يتباين نطاق المساعدات الطبية وتطورها تباينًا كبيرًا من بلد إلى آخر. فعلى سبيل المثال، قد يتوفر العلاج الطبي في بعض الحالات داخل سيارة الإسعاف التي تحمل المريض إلى المستشفى، بينما في أماكن أخرى قد لا تتعدى سيارات الإسعاف كونها مجرد وسيلة لإجلاء الأشخاص ونقلهم.

1.4 تحدي ضمان استمرار الخدمات

تتعرض خدمات الرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى والإسعاف لضغوط هائلة وإجهاد ضخم في حالات الخطر، حيث يُعتبر الحفاظ على خدمة شاملة مهمة كبرى تتطلب وفرة في الموارد، لا سيما إذا كانت الخدمة مستمرة على مدار أربع وعشرين ساعة. وتنطوي هذه الخدمات أيضًا على قدر معين من المخاطر على سبيل المثال، عندما يتعذر الاستمرار في تقديم الخدمة أو تكون قدرات تشغيلها محدودة (بسبب نقص الموارد، أو ضخامة عدد الضحايا، وهلم جرا). وقد يؤدي الإحباط وسوء الفهم الناجمان عن مثل هذه الحالات إلى أعمال عنف تُوجّه ضد مقدمي الخدمة أو ضد المنظمة التي تدير الخدمة. وقد تشكل هذه الحالات خطورة بالنسبة للمستجيبين الأوائل وعموم الناس المشمولين بعناية هؤلاء المستجيبين على حد سواء.

وقد تؤثر حالة البنية التحتية أيضًا على تقديم الخدمات؛ فقد تشكل في بعض السياقات عائقًا أمام وسائل النقل المزودة بمحركات آلية. ويمكن استخدام العربات التي تسير على الجليد أو الزلاجات المنخفضة التي يقوم الناس أو الكلاب بسحبها في المناطق الجبلية خلال فصل الشتاء القارس، كوسائل للنقل في حالات الطوارئ. وقد تكون أنجع وسيلة لنقل المرضى والجرحى في أماكن أخرى هي الحمير أو الخيول (كما في تشاد) أو المركبات ثنائية الدفع (كما في ملاوي وأوغندا وزامبيا) أو القوارب (كما في كولومبيا ونيجيريا). وينبغي أن تؤخذ تلك الوسائل المختلفة على محمل الجد وأن تدرس بعناية، لأنها مستدامة وفعالة وتمنح المستخدمين شعورًا بالملكية.

2.4. تحدي إساءة استخدام سيارات الإسعاف

يمكن أن يُساء استخدام سيارات الإسعاف بالعديد من الطرق، مما يخلف دائماً عواقب - تكون وخيمة في كثير من الأحيان - على خدمات سيارات الإسعاف وموظفيها، وعلى الجرحى والمرضى الذين يرونهم وقد تضر سلامة الخدمة المقدمة. ونادراً ما تقتصر آثار سوء استخدام سيارات الإسعاف على مكان وزمان معينين. فسوء استخدام سيارات الإسعاف - للدعاء كذباً وبهتاناً بالحق في الحصول على الحماية الممنوحة لأفراد الخدمات الطبية - في أسر أو جرح أو قتل عدو يشكل غدرًا محظورًا بموجب القانون الدولي الإنساني،² بل ويضر بشكل خطير بحياد مقدمي الرعاية الصحية. وتوجد طرق عديدة لإساءة استخدام سيارات الإسعاف، قد يصل بعضها وليس كلها إلى مستوى الغدر. ومع ذلك، عندما يُساء استخدام سيارات الإسعاف لتسهيل أو إعاقة العمليات العسكرية، فإنها تفقد الحماية المكفولة لها بموجب القانون الدولي الإنساني (على سبيل المثال، عندما تُستخدم لنقل الأسلحة والمقاتلين أو لشحن هجمات). وقد استُخدمت سيارة إسعاف في نيسان/أبريل 2011 لشحن هجوم انتحاري على مركز إقليمي لتدريب قوات الشرطة على مشارف مدينة «قندهار» في جنوب أفغانستان، قُتل على إثره 12 شخصاً وأصيب عدد آخر. وقد تتطور خيانة الثقة المرتبطة بإساءة استخدام المرافق ووسائل النقل المشمولة بالحماية - كما في هذه الحالة - إلى حلقة مفرغة من العنف، ومن ثم تقوض الدافع لتأسيس كيانات محايدة في النزاعات المسلحة. وقد أدين الحادث الذي وقع في أفغانستان بشدة، ولكن سوء الاستخدام يمكن أن يتخذ أيضاً أشكالاً أقل خطورة وقد لا تكون الأسباب الكامنة وراء ارتكابه عسكرية في جميع الحالات؛ وحتى أشكال سوء الاستخدام تلك يمكن أن تتسبب في عواقب وخيمة بالنسبة للنظرة العامة لتلك الخدمات وفعاليتها وأمنها. فعلى سبيل المثال، يمكن أن تستعمل سيارات الإسعاف كمركبات خاصة لمديري أو رؤساء المستشفيات، أو كسيارات أجرة، أو لحمل البضائع، مما يشكل أيضاً صورة من صور إساءة الاستخدام. وعندما يحدث ذلك، تقع خدمات الإسعاف في دائرة الشك، وتكون في أحسن الأحوال عرضة للتأخير والعرقلة، أو تصبح في أسوأ الأحوال محلاً للهجوم.³

3.4. تحدي الهجمات الموجهة إلى سيارات الإسعاف والعاملين في مجال الرعاية الصحية

تشكل الهجمات الموجهة إلى سيارات الإسعاف والعاملين في مجال الرعاية الصحية سواء كانت متعمدة أم غير متعمدة، عقبة كؤوداً أمام تقديم الرعاية الصحية على نحو آمن في حالات الخطر. وتتكرر الهجمات على سيارات الإسعاف على نطاق واسع، كما تبرهن أمثلة من هندوراس⁴ وليبيا⁵ ولبنان⁶ وسورية.⁷ وتعرض سيارات الإسعاف للهجوم لأسباب متنوعة، من بينها على سبيل المثال، قتل العاملين في مجال الرعاية الصحية أو الجرحى أو المرضى الذين تنقلهم السيارات ويعتبرون أعداءً. وقد يُستهدف العاملون في مجال الرعاية الصحية أيضاً لأنهم ينتمون لجزء آخر من البلاد، أو لمجموعة عرقية مختلفة، أو لبلد آخر. ويمكن أن يتعرض هؤلاء «الأغرب» للنبذ لأنهم لا يشكلون جزءاً من المجتمع المحلي، أو قد يُشتبه على أسوأ الفروض في أنهم يعملون كجواسيس. وتكون سيارات الإسعاف محلاً للهجوم في بعض الحالات من قبل أفراد من عامة السكان يدون عدم الرضا عن الخدمات المقدمة أو عن الجهة التي تقدمها، أو لأنهم يرون أن وضع المريض يهدد الأرواح ومن ثم يكون رد فعلهم عنيفاً. وقد يخضع المستجيبون الأوائل لتهديدات أو يُطلب منهم القيام ببعض الخدمات في مكان الحادث ويُجبرون على منح أولوية لعلاج ضحايا معينين دون الآخرين على نحو لا يتفق والإجراءات الطبية الواجب اتباعها. وتصبح هذه المواقف أكثر تعنتاً، لا سيما في الأماكن التي تعتبر فيها سيارة الإسعاف سلعة استهلاكية أو بضاعة. وغالباً ما يُنظر إلى سيارة الإسعاف، بل وتُقدّم أحياناً باعتبارها رمزاً للمساعدة الفورية والفعالة في حالات الطوارئ، وقد يصبح استدعاء سيارة الإسعاف رد فعل تلقائياً. ويصبح الناس أكثر إحفاً ويصابون بالإحباط إذا لم تُقدّم لهم الخدمة في الوقت المناسب (حيث يقوم أولئك الأفراد بتحديد التوقيت الدقيق بدلاً من المسعفين). ويتسبب أي تأخير في تقديم الخدمة الفورية المتوقعة في شعور بالإحباط قد يتحول إلى سلوك عدواني ضد فريق الإسعاف عند وصوله إلى مكان الحادث.

وتُستهدف سيارات الإسعاف على نحو متزايد في هجمات «تتابعية»، يُستهدف فيها الموقع نفسه عدة مرات

2 البروتوكول الإضافي الأول، المادة 37.

3 اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الرعاية الصحية في خطر: إبراز أهمية القضية، اللجنة الدولية، جنيف، 2011.

4

La Prensa, Acribillan a un hombre dentro de ambulancia en Honduras,

<http://www.laprensa.hn/Secciones-Principales/Sucesos/Policiales/Acribillan-a-un-hombre-dentro-de-ambulancia-en-Honduras,20/03/2013>

5 ليبيا: مسعفون على خط النار، ويمكن الاطلاع عليها من خلال الرابط التالي:

<http://www.icrc.org/ara/resources/documents/feature/2012/libya-feature-201211-06-hm>.

6 اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الرعاية الصحية في خطر: إبراز أهمية القضية، اللجنة الدولية، جنيف، 2011.

7 مجلس حقوق الإنسان التابع للأمم المتحدة، تقرير لجنة التحقيق الدولية المستقلة بشأن الجمهورية العربية السورية، A/HRC/24/46.

وانظر أيضاً: سورية: الوضع الإنساني كارثي، على الرابط التالي:

<http://www.icrc.org/ara/resources/documents/press-briefing/2013/02-15-syria-humanitarian-situation.htm>.

لإصابة أو قتل المستجيبين الأوائل الذين قدموا المساعدة للضحايا وقاموا بإجلائهم في هجوم سابق. وقد يُوجّه هجوم من هذا النوع أيضاً ضد مستشفى يكون قد استقبل ضحايا هجوم سابق. وهذا تطور مثير للقلق بصفة خاصة لأنه يُظهر أن الهجمات الموجهة ضد سيارات الإسعاف والعاملين في مجال الرعاية الصحية تمثل جوانب من استراتيجية محددة وليست أضراراً عرضية إذا جاز التعبير. وتشكل هذه الهجمات تحدياً صعباً بشكل خاص، لأن تدابير التصدي لها قد تتطلب من سيارات الإسعاف ومقدمي الرعاية الصحية على سبيل المثال تأخير عملية إجلاء الجرحى وعلاجهم إلى أن تكون المنطقة المعنية آمنة تماماً. ويُرجّح أن يتسبب هذا الأمر في عواقب وخيمة على الجرحى.

- وقد تتعرض حياة موظفي خدمات الإسعاف للخطر بسبب المواقف التي يبدونها أو السلوكيات التي ينتهجونها. فعلى سبيل المثال، يمكن أن تصبح سلامتهم في خطر محدد بسبب أي من الأمور التالية أو جميعها:
- عدم الإلمام الكافي بأساليب الحماية الذاتية: كالتأهب والتحكم في الإجهاد والتوتر وإدارة الأمن وإعداد خطة لمواجهة الطوارئ ومدونة لقواعد السلوك، الخ؛
 - الجهل بعناصر «إطار الوصول الآمن» أو تجاهلها؛⁸
 - رغبة المرء في أن يُنظر إليه باعتباره بطلاً أو شخصاً قادراً على التعامل مع أي وضع من الأوضاع؛ والرغبة في إنقاذ الأرواح؛ والتوقع المبالغ فيه من الذات؛ والاستعداد للتضحية بالنفس؛
 - صعوبة التمسك بمبدأي عدم التحيز والحياد وذلك بسبب قناعات قوية أو نظراً للتورط مع أطراف النزاع أو لوجود صلات مع شخصيات سياسية أو دينية؛
 - العمل مع جهة تُدار كمشروع تجاري يكون متاحاً فقط للأشخاص القادرين على تحمل تكاليفه.

وقد أجرت اللجنة الدولية دراسة استقصائية في عام 2010 شملت ثمانية بلدان، وكشفت عن وجود اتفاق قوي بين جميع تلك البلدان على أن العاملين في مجال الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبي يجب أن يكونوا بمنأى عن الهجوم وأن يُتركوا للقيام بعملهم.⁹ وأشار بعض المستجيبين مع ذلك إلى أن الهجمات كانت مقبولة عندما كان العاملون في مجال الرعاية الصحية ينحازون إلى جانب على حساب الجانب الآخر ويُعرضون حيادهم للشبهات، أو عندما كان المقاتلون يستخدمون سيارات الإسعاف «لأغراض عدائية». وبموجب القانون الدولي الإنساني، تفقد سيارات الإسعاف الحماية المكفولة لها في واقع الأمر عندما تتخطى المهام الإنسانية الموكلة إليها وتستخدم لإلحاق الضرر أو للتعبير عن مشاعر عدائية تجاه العدو – بعد التحذير الواجب، كلما كان ذلك مناسباً، مع إعطائها مهلة للامتنال وإذا ظل هذا الإنذار بلا استجابة.¹⁰

4.4. تحدي إعاقة سيارات الإسعاف

تشرح مطبوعة «الرعاية الصحية في خطر: إبراز أهمية القضية» أن الحصول على الرعاية الصحية يلاقي في بعض الأحيان إعاقة متعمدة، في أغلب الأحيان بسبب إغلاق الطرق والتأخر عند نقاط التفتيش لدواع أمنية.¹¹ وقد لقيت فتاة حنتها في عام 2010 متأثرة بالجروح التي أصيبت بها في انفجار وقع في منطقة «تشاها دارا» في ولاية «قندوز» في أفغانستان بعد وقت قصير من وصولها إلى المستشفى؛ وكانت قد نُقلت إلى هناك سيراً على الأقدام لمدة ساعة لأن الجيش أغلق الطريق.¹² وهناك أسباب عديدة للتحفظ على سيارات الإسعاف أو إعاقتها أثناء النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى، مثل: الإجراءات الإدارية والأمنية (نقاط التفتيش، أو تواصل الأعمال العدائية)، والتدابير التنسيقية (مع الشرطة والجيش أو الجماعات المسلحة)، وشح الموارد (الوقود، وخدمات الصيانة)، وتدنّي مستوى الطرق. وقد تتسبب إعاقة حصول الجرحى والمرضى على الرعاية الصحية في الوقت المناسب في تأخر العلاج أو حتى في الوفاة. وتوجد مخاوف أمنية مشروعة في حالات مختلفة تستدعي توقيف المركبات عند نقاط التفتيش؛ بيد أن إطالة عملية تفتيش الركاب والمرضى والإبقاء عليهم لاستجوابهم يمكن أن يُزهق أرواحاً. ومن الجدير بالذكر أن أناساً قد يستوقفون المستجيبين الأوائل في بعض الحالات (وقد يكون هؤلاء من حملة السلاح أو المتظاهرين أو أفراد المجتمع المدني، الخ) لأنهم يرغبون في حمايتهم من أخطار تنتظرهم على الطريق (مثل وجود ألغام أو قناصة، أو ما إلى ذلك).

8 يهدف إطار الوصول الأكثر أماناً، وهو أداة تستند إلى الأدلة وضعتها اللجنة الدولية في عام 2003 بالتعاون مع الجمعيات الوطنية والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر بهدف المساهمة في تآهب الجمعيات الوطنية للعمل في ظل ظروف أمنية متنسبة. وتعتبر عناصر إطار الوصول الأكثر أماناً أداة ضرورية يجب على الجمعيات الوطنية استخدامها في جهودها الرامية إلى الوصول الآمن إلى الناس والمجتمعات المحلية المتضررة من النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى من أجل توفير الحماية والمساعدة.

9 اللجنة الدولية، عالمننا. وجهات نظر من الميدان: مطبوعة موجزة، اللجنة الدولية، جنيف، 2010، ص58.

10 اتفاقية جنيف الأولى، المادة 21 والبروتوكول الإضافي الأول، المادة 13، الفقرة 1.

11 اللجنة الدولية، الرعاية الصحية في خطر: إبراز أهمية القضية، اللجنة الدولية، جنيف، 2011.

12 اللجنة الدولية، الرعاية الصحية في خطر: إبراز أهمية القضية، اللجنة الدولية، جنيف، 2011.



5. التوصيات/المناقشات

أبرزت العروض والمناقشات التي دارت أثناء حلقة العمل توصيات في ثلاثة مجالات رئيسية هي: المبادرات القانونية، والتنسيق مع الجهات المعنية بما فيها القوات المسلحة التابعة للدولة، وأفضل الممارسات لخدمات الإسعاف والرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى. ويعرض القسم التالي هذه التوصيات مشفوعة بأمثلة من سياقات مختلفة، كما يتناول المساهمات الخاصة بقضايا أخرى ناشئة قُدمت خلال العروض والمناقشات.

1.5. المبادرات القانونية

أثناء النزاعات المسلحة، يُمنح الجرحى والمرضى وأفراد الخدمات الطبية والوحدات الطبية ووسائل النقل الطبي حماية خاصة بموجب القانون الدولي الإنساني. ويتمتع العاملون في مجال الرعاية الصحية في الحالات التي لا ترقى إلى مستوى النزاع المسلح، بالحقوق نفسها التي يتمتع بها أي شخص آخر يقع في نطاق اختصاص الدولة. ويعني حق الأفراد في الحصول على الرعاية الصحية دون تمييز بموجب قانون حقوق الإنسان، بالإضافة إلى ذلك، أن تسمح سلطات الدولة للعاملين في مجال الرعاية الصحية بعلاج الأفراد وحمايتهم من التدخل التعسفي في عملهم.¹³ وينبغي احترام وسائل النقل الطبية وحمايتها في جميع الأوقات أثناء النزاعات المسلحة، ويجب ألا تكون هدفاً لأي هجوم. ولا يجوز الهجوم على أفراد الخدمات الطبية، ولا إعاقتها أو اعتراض سبيلها أثناء أداء المهام الطبية المنوطة بها على سبيل الحصر.

وتنص اتفاقيات جنيف لعام 1949 والبروتوكولات الإضافيان إليها لعام 1977 على مجموعة من التدابير التي يجب على الدول اتخاذها على الصعيد الوطني في وقت السلم كما في أوقات النزاع المسلح. وتتطلب بعض هذه التدابير تشريعات في حين يمكن تنفيذ البعض الآخر من خلال لوائح أو أحكام إدارية، تبعاً للنظام القانوني الساري. وهناك عدد من الالتزامات التي تتطلب إجراءات تشريعية أو إدارية لا يمكن إتمامها واقعيًا إلا في وقت السلم، على الرغم من أنها تنطبق تحديداً في أوقات النزاع المسلح، مثل اعتماد تشريعات للمعاقبة على المخالفات الجسيمة لاتفاقيات جنيف ولمنع إساءة استخدام شارات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والبلورة الحمراء ووضع حد لها،¹⁴ ونشر القانون الدولي الإنساني وتعيين موظفين مؤهلين قانونيًا في القوات المسلحة.¹⁵

وقد اتخذت الدول عددًا من التدابير من أجل الوفاء بهذه الالتزامات وإدماج القانون الدولي في التشريعات الوطنية. وهناك العديد من الأمثلة – في التاريخ وفي زمننا المعاصر على حد سواء – على إدماج القانون الدولي الخاص بحماية وسائل النقل الطبي في الكتيبات العسكرية والتشريعات الوطنية.¹⁶ ومع ذلك، عندما يتعلق الأمر بتنفيذ القانون، فإن الرصيد من الأمثلة المستقاة من السوابق القضائية الوطنية ضئيل نسبيًا، حيث نظرت المحاكم

13 اللجنة الدولية، الرعاية الصحية في خطر: مسؤوليات العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يعملون في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى، اللجنة الدولية، جنيف، 2012، ص 47.

14 انظر الفقرة 4-1، التوصية رقم 6 لمزيد من النقاش حول مسألة الإشارة.

15

Paul Berman, "The ICRC's advisory service on international humanitarian law: The challenge of national implementation," *International Review of the Red Cross*, Vol. 36, No. 312, May 1996.

16 انظر:

United Kingdom, *The Law of War on Land being part III of the Manual of Military Law*, The War Office, HMSO, 1958 § 356; United Kingdom, *The Law of War on Land being part III of the Manual of Military Law*, The War Office, HMSO, 1958 § 33; United Kingdom, *The Manual of the Law of Armed Conflict*, Ministry of Defence, 1 July 2004, § 15.47; Kenya, *LOAC Manual* (1997), Précis No.3, p. 9; Colombia, *Emblem Decree*, 1998, Article 10; Serbia, *Criminal Code*, 2005, Article 373.

علام ينص القانون؟

ينطبق القانون الدولي لحقوق الإنسان في جميع الأوقات، بما في ذلك حالات النزاع المسلح. ويتمتع العاملون في مجال الرعاية الصحية في الحالات التي لا ترقى إلى مستوى النزاع المسلح، بالحقوق نفسها التي يتمتع بها أي شخص آخر يندرج ضمن اختصاصات الدولة. وتعني حقوق الأفراد في الحصول على الرعاية الصحية دون تمييز بموجب قانون حقوق الإنسان، بالإضافة إلى ذلك، أن تسمح سلطات الدولة للعاملين في مجال الرعاية الصحية بعلاج الأفراد وحمايتهم من التدخل التعسفي في عملهم. ويبرز العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية (عام 1966) من بين جميع اتفاقيات حقوق الإنسان الأكثر صلة، وهو يضم الحقوق التالية:

- الحق في الحياة.^٦
- الحق في عدم الخضوع للمعاملة القاسية والحاطة بالكرامة واللاإنسانية.^٧
- وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي للحق في الصحة، الذي ورد للمرة الأولى في دستور منظمة الصحة العالمية (1946)، وأكد عليه العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (1966)،^٨ أن يضمن ما يلي:
- توافر خدمات الرعاية الصحية؛
- الحصول على هذه الخدمات، أي الحصول الفعلي على الخدمات والقدرة على تحمل تكاليفها والحصول على المعلومات وعدم التمييز؛
- أن تحظى بالقبول في ثقافة المجتمع المعني؛
- أن تكون خدمات الرعاية الصحية ذات جودة كافية.

القانون الدولي الإنساني هو منظومة قانونية تنطبق تحديداً في النزاعات المسلحة. ويهدف القانون الدولي الإنساني إلى الحد من آثار النزاعات المسلحة لأغراض إنسانية. وهو يهدف إلى حماية الأشخاص الذين لا يشاركون في الأعمال العدائية أو كفوا عن المشاركة فيها، والمرضى والجرحى والأسرى والمدنيين، وإلى تحديد حقوق والتزامات أطراف النزاع أثناء سير العمليات العدائية.^٩ وينطبق كل من القانون الدولي لحقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني في النزاعات المسلحة، على الرغم من أن القانون الدولي الإنساني يكون له السبق على قانون حقوق الإنسان بشكل عام لأنه يوفر حماية أكثر تحديداً. فعلى سبيل المثال، يُمنح العاملون في الخدمات الطبية والوحدات الطبية ووسائل النقل الطبي أنواعاً معينة من الحماية في حالات النزاع المسلح بموجب القانون الدولي الإنساني. وفي ما يلي أهم الأحكام في هذا الصدد:

- احترام وحماية أفراد الخدمات الطبية أمر واجب^{١٠}
- يجب احترام وسائل النقل الطبي وحمايتها في جميع الأوقات، وألا تكون محلاً لأي هجوم^{١١}
- يجب احترام الوحدات الطبية وحمايتها في جميع الأوقات، وألا تكون محلاً لأي هجوم^{١٢}
- لا يجوز في أي حال من الأحوال أن تستخدم الوحدات الطبية إلا إذا استخدمت لارتكاب أعمال تضر بالخصم خارج نطاق مهمتها الإنسانية^{١٣}
- تتضمن الأمثلة على «الأعمال التي تضر بالخصم» نقل أفراد القوات الأصحاء، أو الأسلحة أو الذخائر، فضلاً عن جمع أو نقل الاستخبارات العسكرية^{١٤}
- تتضمن الأمثلة على الأعمال التي لا تضر بالعدو حيازة أفراد الوحدة الطبية أسلحة شخصية خفيفة لاستخدامها في الدفاع عن أنفسهم أو دفاعاً عن الجرحى والمرضى الذين هم في عهدهم (الموكولين بهم)، أو وجود أسلحة صغيرة وذخيرة يكون الجرحى قد جردوا منها للتو ولم تُسلم بعد إلى السلطة العسكرية المختصة^{١٥}
- حتى وإن ارتكبت أعمال تضر بالعدو، ينبغي توجيه إنذار يُحدّد فيه، كلما كان ذلك ملائماً، مهلة زمنية معقولة للامتثال. ويفقد أفراد الخدمات الطبية والوحدات الطبية ووسائل النقل الطبي الحماية المكفولة لهم فقط عندما يبقى هذا الإنذار بلا استجابة، وعندئذ يُشن هجوم ضدهم^{١٦}. ويجب أن يحترم أي هجوم مبدأ التمييز والتناسب لصالح الجرحى والمرضى.

أ اللجنة الدولية، الرعاية الصحية في خطر: مسؤوليات العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يعملون في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى، اللجنة الدولية، جنيف، 2012، ص47.

ب انظر المادة 6 من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية (1966)؛ والمادة 2 من الاتفاقية الأوروبية لحماية حقوق الإنسان والحريات الأساسية (1953)؛ والمادة 4 من الاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان (1978)؛ والمادة 4 من الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب.

ج المادة 7 من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية (1966)؛ المادة 3 من الاتفاقية الأوروبية لحماية حقوق الإنسان والحريات الأساسية (1953)؛ المادة 5 من الاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان (1978)؛ والمادة 5 من الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب.

د دستور منظمة الصحة العالمية (1946)؛ المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (1966).

هـ البروتوكول الإضافي الأول، المادة 15؛ البروتوكول الإضافي الثاني، المادة 9

و البروتوكول الإضافي الأول، المادة 21؛ البروتوكول الإضافي الثاني، المادة 11

ز البروتوكول الإضافي الأول، المادة 12 (1)؛ البروتوكول الإضافي الثاني، المادة 11

ح البروتوكول الإضافي الأول، المادة 12 (4)

ط البروتوكول الإضافي الأول، المادة 13 (1)؛ البروتوكول الإضافي الثاني، المادة 11

ي اللجنة الدولية للصليب الأحمر، التعليق على البروتوكولين المؤرخين في 8 حزيران/يونيو 1977 الإضافيين إلى اتفاقيات جنيف الصادرتين في 12 آب/أغسطس 1949، *Commentary on the Additional Protocols of 8 June 1977 to the Geneva Conventions of 12 August 1949*, Kluwer, 1987، (انظر القسم الخاص بالبروتوكول الإضافي الأول، المادة 13، الفقرتان 1-2).

ك البروتوكول الإضافي الأول، المادة 13 (2)، الفقرتان (أ) و(ج).

ل البروتوكول الإضافي الأول، المادة 13 (1)؛ والبروتوكول الإضافي الثاني، المادة 11 (2).

الوطنية في حالات قليلة للغاية حول هذا الموضوع.¹⁷ ونظرًا لضخامة مشكلة أعمال العنف التي تؤثر على الرعاية الصحية، فإن ندرة الدعاوى القضائية لافت للنظر. وبالتالي فإن القلة النسبية للسوابق القضائية على الصعيد الوطني قد يكون مؤثرًا لمشكلة تضطرنا للتفكير في كيفية التصدي قضائيًا على المستوى الوطني للهجمات العنيفة الموجهة ضد موظفي الرعاية الصحية ومرافقها، وضد وسائل النقل الطبي.

ناقش المشاركون في حلقة العمل كيف يمكن للمبادرات القانونية أن تساهم في تعزيز الحماية الممنوحة لخدمات الإسعاف والرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى. ودارت المناقشات حول الأدوار المنوط بالعاملين في مجال الرعاية الصحية القيام بها والحقوق التي يتمتعون بها والمسؤوليات الواقعة على عاتقهم، وجهود المناصرة لدى الحكومات من أجل تعزيز الإطار القانوني الخاص بحماية العاملين في مجال الرعاية الصحية، وآداب مهنة الطب التي ينبغي لأخصائيي الرعاية الصحية مراعاتها، والتأمين على العاملين في الرعاية الصحية في حالات الخطر والحماية القانونية المكفولة لشارات الحركة وغيرها من علامات تحديد الهوية. واتفق المشاركون على وجوب تبادل الممارسين مع زملائهم الموجودين في أماكن أخرى معلومات حول الأطر القانونية في بلدانهم، حيث أن هذا التبادل من شأنه مساعدتهم في التعلم من بعضهم البعض، والنظر في ما إذا كانت الممارسات المتبعة في سياق ما مرغوبًا فيها أو موثوقة وقابلة للتنفيذ في بلد آخر. وأشار المشاركون أيضًا إلى أن مشروع الرعاية الصحية في خطر قد يكون فرصة جيدة لتعزيز التنسيق والتواصل بين الإدارات القانونية والتنفيذية للجمعيات الوطنية. ويمكن للخبراء القانونيين استخدام المعلومات الميدانية عند صياغة التشريعات الوطنية لضمان أن تعكس النسخ النهائية

17 انظر:

Colombia, Constitutional Court, Constitutional Case No. C-291/07, Judgment of 25 April 2007, p. 69 and Israel, High Court of Justice, Physicians for Human Rights v. Commander of IDF Forces in the Gaza Strip, Judgment, 30 May 2004, § 22-23.

توحيد وتنسيق الخدمات الطبية في حالات الطوارئ في السلفادور

(دكتور «فرانثيسكو رينيه هيرانديز»، مدير الخدمات الطبية في جمعية الصليب الأحمر السلفادوري)

أنشأت حكومة السلفادور خدمة للطوارئ الطبية على الصعيد الوطني. وبدأت هذه العملية في عام 2009، عندما أدمجت خدمات الرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى في حالات الطوارئ وخدمات إعادة التأهيل مع خدمات المستشفيات بدعم من منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، التي شجعت الحكومة على وضع خطط لتأسيس خدمة طوارئ موحدة وإدراج تلك الخطط في سياسة الرعاية الصحية الحكومية.

ووجهت الدعوة إلى جمعية الصليب الأحمر السلفادوري لوضع مشروع دليل مرجعي للخدمات الطبية في حالات الطوارئ. وكان الهدف هو وضع معايير تستخدمها بلدان أمريكا اللاتينية الأخرى في إنشاء خدمة متكاملة في حالات الطوارئ. وصدر الدليل ضمن منشورات منظمة الصحة للبلدان الأمريكية في عام 2005*.

وقررت الحكومة الجديدة في السلفادور عام 2009 أن تدرج إنشاء الخدمات الطبية في حالات الطوارئ ضمن سياساتها، وذلك استرشادًا بالدليل. ووجهت الدعوة لجميع المنظمات التي تقدم الرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى، ومن بينها الصليب الأحمر السلفادوري الذي كان يحتل مكانة مهمة، وكذلك المستشفيات ومراكز الطوارئ الطبية للمشاركة في المشروع.

ويوصي الدليل، من أجل بلوغ الكفاءة في العمل، بتوحيد خدمات الطوارئ وتنسيقها من خلال مركز واحد للاستجابة في حالات الطوارئ (أي أن يكون هناك رقم واحد فقط للطوارئ وهو 911)، وأن تكون المديرية الوطنية للطوارئ الطبية، التي تعمل تحت إشراف وزارة الصحة، هي الجهة المسؤولة عن تنسيق خدمات الطوارئ.

وقد قدمت الخدمات الطبية في حالات الطوارئ في الأندلس بإسبانيا الدعم الفني اللازم، وتبرعت ببرنامح الحاسوب الذي سيستخدم في مركز الاستجابة في حالات الطوارئ. وما زال تنفيذ هذه المنظومة مستمرًا.

ملاحظات ختامية

- لعبت منظمة الصحة للبلدان الأمريكية دورًا فعالًا في التأثير على سياسة الحكومة وقدمت أيضًا دعمًا فنيًا مهمًا للبرامج الصحية الحكومية.
- قام الصليب الأحمر السلفادوري بدور هام للغاية في مجال الرعاية في حالات الطوارئ قبل الوصول إلى المستشفى وفي تنفيذ البرامج الصحية، وذلك بفضل ريادته وخبرته.

* دكتور فرانثيسكو رينيه هيرانديز مارتينيز، *Manual de Normas y Funcionamiento de un Servicio de Emergencias Médicas* منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، السلفادور، آذار/مارس 2005.

من اللوائح أو القوانين الحقائق العملية. وتتضمن التوصيات الخاصة بالمبادرات القانونية ما يلي:

يجب أن تأخذ التشريعات الوطنية في عين الاعتبار جميع الجهات المعنية بالاستجابة لحالات الطوارئ (بمن فيهم الأفراد العاملين في الرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى وخدمات الإسعاف) من أجل تحديد الأدوار والمسؤوليات بوضوح.

تداول المشاركون في مسألة ضمان الاستجابة الفعالة في حالات الخطر ينبغي للإطار القانوني أن يأخذ في الاعتبار جميع الجهات المعنية بالاستجابة لحالات الطوارئ من أجل تحديد الأدوار والمسؤوليات التي تضطلع بها. وقال أحد المشاركين إن السند القانوني الممتين الذي يحدد أدوار العاملين في مجال الرعاية الصحية والمسؤوليات التي ينهضون بها مفيد لأنه يساهم في إمكانية التنسيق.

ويمكن أن تنص التشريعات الوطنية على حد أدنى من التنسيق بين مختلف الجهات المعنية بالاستجابة لحالات الطوارئ، بما فيها القوات المسلحة. وتحقيقاً لهذه الغاية، فإن ضمان أن تأخذ التشريعات الوطنية بعين الاعتبار جميع الجهات المعنية يمكن أن يكون شرطاً مسبقاً في بعض السياقات من أجل التنسيق الفعال والواضح في حالات الخطر. ومع ذلك فقد نوقشت أيضاً مسألة ما إذا كان تكريس سند قانوني للتنسيق بين الجهات المعنية هو بالضرورة الطريقة الوحيدة لضمان إنجاز عمل منسق. فقد برهنت تجربة بعض المشاركين على إمكانية إجراء ترتيبات عمل فعالة حتى في حالات أو سياقات معينة كان من الصعب فيها الضغط من أجل اعتماد إطار قانوني. وساق بعض المشاركين أمثلة مستمدة من التجربة على إمكانية إجراء مثل هذه الترتيبات بين الجهات المعنية لتسهيل المرور الآمن للجرحى والمرضى عبر نقاط التفتيش. فقد أسست في السلفادور خدمة موحدة للطوارئ الطبية ليس بسبب وجود سند قانوني لها ولكن لأن الحكومة أقرت بالحاجة الماسة لنظام أكثر تكاملاً واندماجاً للخدمات الطبية.

إقناع الحكومات بتعزيز ونشر حقوق العاملين في مجال الرعاية الصحية والمسؤوليات الواقعة على عاتقهم

ناقش المشاركون الكيفية التي ينبغي أن تنعكس أو تُدرج بها حقوق ومسؤوليات العاملين في مجال الرعاية الصحية ضمن التشريعات الوطنية، واتفقوا على أن مسؤوليات العاملين في مجال الرعاية الصحية – مثل إنقاذ الأرواح – واضحة للغاية بشكل عام، ولكن ثارت تساؤلات حول الحاجة إلى صياغة تعريف دقيق («للعاملين في مجال الرعاية الصحية») و«للحقوق والمسؤوليات»). واكتسب هذا النقاش أهمية خاصة لا سيما بالنسبة لمسألة إدراج حقوق ومسؤوليات العاملين في مجال الرعاية الصحية ضمن التشريعات الوطنية والأطر القانونية الأخرى، حيث أنها تتطلب تعريفاً واضحاً ومحددًا («للعاملين في مجال الرعاية الصحية»). وذكر أحد المشاركين أن التعريف القانوني للعاملين في مجال الرعاية الصحية ينطبق في السياق الذي يُعمل به على الممارسين الطبيين الحاصلين على ترخيص فقط، ومن ثم لا يستفيد العاملون الآخرون في هذا المجال من المزايا والاستحقاقات الممنوحة لموظفي الرعاية الصحية. وقد يضطلع في العديد من الحالات أفراد ليسوا أطباء ممارسين مرخصاً لهم، مثل المتطوعين، بأنشطة إنسانية تدرج ضمن تعريف أنشطة الرعاية الصحية، وتكون ذات أهمية كبرى بالنسبة للمرضى والجرحى في نهاية المطاف. وينبغي أن يوضع في الاعتبار أثناء الضغط من أجل اعتماد تشريعات وطنية ذات صلة بحقوق ومسؤوليات العاملين في مجال الرعاية الصحية أن تعريف «العاملين في مجال الرعاية الصحية» يختلف اختلافاً كبيراً من سياق لآخر. ورغم أن الأطر القانونية الوطنية الخاصة بحقوق ومسؤوليات العاملين في مجال الرعاية الصحية يمكن أن تساهم في تعزيز أمنهم وسلامتهم والحماية المكفولة لهم، يجب أن تذكر أن أي قانون يتسم بالتوجيه المفرط قد يحد من الحماية الممنوحة لأولئك الذين لا تنطبق عليهم الفكرة التقليدية للعاملين في مجال الرعاية الصحية. وكما أشار المشاركون من المنطقة، كان لهذا الأمر أهمية خاصة بممارسة مهنة الطب في جنوب شرق آسيا، حيث يكتسي الطب التقليدي أهمية خاصة.

يجب أن يكون جميع المتطوعين والعاملين في خدمات الإسعاف والرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى مؤمنين عليهم صحياً

تطرق النقاش حول التأمين الصحي أيضاً إلى مسألة «حقوق العمل»، وهي تشير إلى الحقوق السارية حال وقوع حوادث أو الإصابة بمرض أو الوفاة أثناء تأدية العمل. وأشار بعض المشاركين إلى أن هذه المسألة تنسم بالدقة والحساسية في سياقات معينة. وأشار أحد المشاركين إلى أن الاعتقاد السائد هو أن «حقوق العمل» تشير عموماً إلى الحقوق الواردة في قوانين العمل الوطنية لبلد معين، وبالتالي تعني ضمناً العلاقة مع الدولة. وقد يوجد نظام يضمن حقوق الأطباء والممرضين/الممرضات العاملين في إطار نظم عامة أو خاصة للرعاية الصحية في حالة العجز أو الوفاة أو المرض، في حين أن المتطوعين أو العاملين في مؤسسات الرعاية الصحية الأخرى قد لا يتمتعون بالمزايا نفسها. وأشار إلى نقطة إضافية هي وجود صعوبات جمّة في الممارسة العملية لضمان نفس الحقوق لجميع العاملين في مجال الرعاية الصحية، وذلك لأن إطار تعريف «العاملين في مجال الرعاية الصحية» في القانون

الرعاية الصحية في خطر: مسؤوليات العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يعملون في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى - أحد إصدارات اللجنة الدولية

يجب أن يكون العاملون في مجال الرعاية الصحية على دراية وإمام كاملين بحقوقهم والمسؤوليات التي تقع على عاتقهم، بل ينبغي لهم أيضًا فهم التغيرات التي قد تطرأ على تلك الحقوق والمسؤوليات وفقًا لما إذا كان الوضع المعني يشكل نزاعًا مسلحًا أم لا يرقى إلى مستوى النزاع المسلح. وتقدم هذه المطبوعة توجيهًا بلغة بسيطة للعاملين في مجال الرعاية الصحية، حيث تحدد حقوقهم والمسؤوليات التي يضطلعون بها في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى. وسوف تكون نعم العون لهم في التعامل مع المعضلات الأخلاقية والمهنية التي قد يواجهونها، كما أنها تفسر كيف يمكن أن تستمد حقوق ومسؤوليات العاملين في مجال الرعاية الصحية من القانون الدولي الإنساني وقانون حقوق الإنسان وآداب مهنة الطب. وتعطي المطبوعة نصائح عملية حول عدد من المواضيع هي:

- حماية العاملين في مجال الرعاية الصحية والمرضى والجرحى؛
- معايير الممارسة؛
- احتياجات الأشخاص المستضعفين بشكل خاص للرعاية الصحية؛
- إدارة وإرسال السجلات الطبية؛
- الرعاية الصحية «المستقدمة» من جهة أخرى (بما في ذلك الرعاية الصحية العسكرية)؛
- جمع البيانات؛
- الشهادة على انتهاكات القانون الدولي؛
- العمل مع وسائل الإعلام.

ويمكن تنزيل المطبوعة أو طلبها من الرابط التالي:

<http://www.icrc.org/ara/assets/files/publications/icrc-icrc-002-4104.pdf>

الوطني قد يكون محدودًا للغاية.

ويفهم «الحق» عادةً باعتباره إجراءً سوف يضمن الحماية في حالة معينة. وعلى الرغم من تفاوت درجة الحماية المكفولة للعاملين من بلد إلى آخر، لا توجد في معظم البلدان قواعد ولوائح محلية تسبغ حقوقًا وحماية على العاملين. بيد أن الحقوق والحماية الممنوحة للمتطوعين العاملين في مجال الرعاية الصحية أقل تحديدًا وتتسم بالتباين على نحو كبير. ويعني اعتماد تشريعات وطنية في هذا الشأن الاعتراف بالدور الحاسم الذي يقوم به المتطوعون في حالات الخطر. وقد ذكر تقرير للمناصرة أصدره الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر في عام 2011 عن العمل التطوعي أن «القوانين والسياسات التي تؤثر على وضع المتطوعين تختلف من بلد إلى آخر، بل ومن إقليم إلى آخر في نفس البلد». وحث التقرير الحكومات على بذل المزيد من الجهد من أجل «استكشاف الآليات القانونية التي تحمي المتطوعين في حالات الطوارئ»¹⁸.

ويشير التقرير بمزيد من التشجيع إلى تقرير آخر صادر عن برنامج الأمم المتحدة للمتطوعين في عام 2009، توصل إلى أنه منذ السنة الدولية للمتطوعين عام 2001، أقر أكثر من 70 قانونًا أو سياسة وطنية لتشجيع العمل التطوعي أو تنظيمه (وبلغ عددها الآن أكثر من 80)، في حين تعاملت بلدان قليلة فقط مع المسألة بصورة شاملة من قبل.¹⁹ ويمكن أن تعتمد تشريعات وطنية خاصة بالعمل التطوعي من أجل تسوية المسائل المتعلقة بالعمل والضرائب، ولكن قد يكون من الضروري أيضًا توفير الحماية للمتطوعين من مخاطر تحمّل المسؤولية عن الضرر الذي قد يلحق بأحد الأشخاص من جراء التقصير (وذلك بشروط معينة وباستثناء الإهمال الجسيم).²⁰

وبرزت إحدى القضايا خلال المشاورات مع خبراء الرعاية الصحية وهي ضرورة النظر في حق المتطوعين في التأمين. ولا يعني النوع المقصود من التأمين التغطية الكاملة لجميع المسائل ذات الصلة بالصحة، بل يقتصر على حالات المرض أو الحوادث التي تقع بسبب العمل التطوعي أو أثناء القيام به. ويختلف مستوى الغطاء التأميني الذي يتمتع به المتطوعون بشكل كبير من سياق إلى آخر ويعتمد في جزء كبير منه على الأموال المتاحة. وقد يكون التأمين مكلفًا للغاية، وتضطر الجمعيات الوطنية في بعض السياقات إلى منح أولوية لمسائل أخرى من أجل الحفاظ على أنشطتها الإنسانية. ومع ذلك، وكما ورد في مطبوعة الاتحاد الدولي، فإن «التطوع لا ينبغي أن يتسبب لك في

18 الاتحاد الدولي، الحماية والتشجيع والتقدير: التطوع في حالات الطوارئ، الاتحاد الدولي، جنيف، 2011، ص16.

19 المصدر نفسه.

20 المصدر نفسه، ص18. انظر أيضًا المثال المشار إليه بشأن القانون الفيدرالي بشأن حماية المتطوعين لعام 1997 في الولايات المتحدة الأمريكية.

الحقوق الممنوحة لمتطوعي الصليب الأحمر الكولومبي والحماية المكفولة لهم

شكّل القانون رقم 720 لسنة 2001 في كولومبيا خطوة مهمة في سبيل الإقرار بالدور الكبير الذي يقوم به المتطوعون في البلاد. ويهدف القانون إلى الاعتراف بالعمل التطوعي وتعزيزه وتسهيله كتعبير عن المشاركة المدنية والتضامن والمسؤولية الاجتماعية، ومن أجل تنظيم أنشطة المتطوعين في الهيئات العامة والخاصة. ويضع القانون تعريفاً للعمل التطوعي ويحدد عدداً من المبادئ التي يسترشد بها المتطوعون، مثل الاستقلال عن الحكومة، والتضامن باعتباره مبدأ يخدم الصالح العام.

وللاطلاع على النسخة الكاملة للقانون رقم 720 باللغة الإسبانية يُرجى الرجوع إلى الرابط التالي:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4446>

ويضع القانون رقم 1505 لسنة 2012 نظاماً وطنياً للمتطوعين كجزء لا يتجزأ من النظام الوطني للوقاية من الكوارث والاستجابة لها. والغرض من هذا القانون هو الاعتراف بعمل المتطوعين وتشجيعه وإتاحة الفرصة لهم لتعزيز مهاراتهم. ويعتبر القانون متطوعي الصليب الأحمر الكولومبي جزءاً من منظومة العمل التطوعي الوطني. ويمنح القانون رقم 1505 المتطوعين أولوية في الحصول على إغانات للسكن ويحدد لهم مزايا وفوائد معينة في ما يخص الضرائب والتعليم والضمان الاجتماعي.

ويقدم القانون مساهمة قيمة في تحقيق مهمة الصليب الأحمر الكولومبي. وتشرف كل من وزارة الداخلية والوحدة الوطنية للحد من مخاطر الكوارث على تنفيذ القانون 1505، لا سيما المادة التي تنص على إنشاء آليات لضمان حصول متطوعي الصليب الأحمر الكولومبي ومصصلحة المطافئ الوطنية والدفاع المدني الكولومبي على المزايا المكفولة لهم.

وقد قدّم الصليب الأحمر الكولومبي العناصر التالية أثناء صياغة القانون باعتبارها أولويات: أولاً: ضرورة أن يتضمن نظام المخاطر المهنية متطوعين نشطين من المنظومة الوطنية للمتطوعين من المستجيبين الأوائل الذين ليسوا مدرجين بعد في نظام الضمان الاجتماعي المساهم.

ثانياً: ضرورة وضع تعريف دقيقة للمصطلحات التالية: «المتطوع النشط» و«الجهة المخولة» و«الاستجابة الأولى» و«الطوارئ» و«الكارثة العامة». ثالثاً: وضع متطلبات وشروط للالتحاق بنظام المخاطر المهنية، فضلاً عن التزامات الكيانات التطوعية والمتطوعين أنفسهم إزاء نظام المخاطر المهنية.

ويتولى الصليب الأحمر الكولومبي تنفيذ القانون رقم 1505 بحيث يتمكن المتطوعون من الحصول على المزايا التي يمنحها. وقد شارك الصليب الأحمر الكولومبي بشكل كامل في صياغة القانون ومناقشته وإقراره. وعزز هذا الانخراط أيضاً اتخاذ موقف موحد مع الهيئات التطوعية الوطنية الأخرى، مثل مصلحة المطافئ والدفاع المدني الكولومبي.

للاطلاع على النسخة الكاملة من القانون 1505 باللغة الإسبانية، يُرجى الرجوع إلى الرابط التالي:
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2012/ley_1505_2012.html

الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر - التأمين على المتطوعين

يحتل المتطوعون موقعاً محورياً في الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، ومن الأهمية بمكان أن نبذل كل ما في وسعنا لجعل العمل التطوعي أكثر أمناً لشعبنا. وتتخذ الجمعيات الوطنية عدداً من الخطوات في هذا الصدد، حيث توفر للمتطوعين معدات للتدريب والسلامة، وتضع سياسات تنفيذية ذات صلة، وتقوم بأنشطة للمناصرة.

ويعتبر ضمان حصول جميع متطوعينا على التأمين اللازم أحد الشواغل الأكثر إلحاحاً.

واستمر الاتحاد الدولي لسنوات عديدة في تقديم خيار التأمين الأساسي بتكلفة فرنك سويسري واحد سنوياً عن كل متطوع. ويتيح هذا الخيار للجمعيات الوطنية التي قد لا يكون لديها أية خيارات أخرى أن تقدم لمتطوعيها طوق نجاة أو شبكة أمان أولية. وتكفل بوليصة التأمين التي تصدر في هذه الحالة نوعاً من الدعم على الأقل لأسرة المتطوع في حالة إصابته بالعجز الدائم أو الوفاة. وبينما لا يُفصّد من هذه البوليصة أن تكون بديلاً عن بوليصة التأمين الكامل أو الشامل التي قد يجري التفاوض بشأنها محلياً، إلا أنها توفر بعض عناصر الغطاء التأميني في أسوأ الظروف.

وقد قررت عدة جمعيات وطنية استثمار مواردها الخاصة في تأمين المتطوعين، ومن بينها الجمعيات الوطنية في منغوليا ومالي وتوغو وإكوادور وهندوراس ونيكاراغوا وترينيداد وتوباغو والفلبين وسريلانكا والعراق وميانمار. ويجب علينا أن نستمر في العمل معاً على إيجاد سبل لتحسين البيئة التي يعمل بها متطوعونا، حيث أنهم يقدمون خدمات مهمة وحيوية للأشخاص الأشد ضعفاً في مجتمعاتهم المحلية.

لمزيد من المعلومات، يرجى الاطلاع على الموقع التالي: volunteering@ifrc.org

صندوق «موريس دو مادر» الفرنسي

صندوق «موريس دو مادر» الفرنسي هو صندوق مستقل يدار بواسطة اللجنة الدولية.

ويمنح الصندوق مساعدات مالية في حالة وقوع حادث أو حدوث مرض لمتطوعي وموظفي الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر غير المشمولين بنظام التأمين أو مزايا الرعاية الاجتماعية. ويجب أن تكون الإصابة أو يكون المرض ذا صلة بالعمل في خدمة الحركة الدولية.

وقد تشمل المساعدة المقدمة من الصندوق النفقات الطبية أو تكاليف إعادة التأهيل البدني أو إعادة الإدماج المهني. ويجوز للصندوق أيضًا تقديم المساعدة المالية أو المادية لأسرة أي متطوع أو موظف يلقي حتفه أثناء تأدية المهام الإنسانية.

ويعتمد الصندوق على عائدات تؤول إلى اللجنة الدولية من الممتلكات التي تركها لها «موريس دو مادر» الذي توفي في عام 1970. وقد اعتمدت جمعية اللجنة الدولية لائحة الصندوق في 9 أيلول/سبتمبر 1974، وجرى تعديلها في 9 نيسان/أبريل 1981 و13 كانون الأول/ديسمبر 1995. وقدمت الدفعة الأولى من الاستحقاقات المالية إلى أول مستفيد في عام 1975.

ويتولى إدارة الصندوق بشكل مستقل مجلس من خمسة أعضاء تعينهم اللجنة الدولية، ويمثلون اللجنة الدولية والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر وعائلة الكونت «دو مادر». ويتضمن المجلس دائمًا عضوًا واحدًا من خارج الحركة، كما أن رئيس المجلس يكون من اللجنة الدولية، التي هي مسؤولة أيضًا عن إدارة الصندوق والحسابات والأمانة.

وقد ساعد الصندوق مئات المتطوعين والموظفين داخل الحركة الدولية. بيد أن الأموال المتاحة له محدودة، مما يقلل من حجم المساعدة التي يمكنه تقديمها لكل حالة سنويًا، ولكن حتى هذه المبالغ الصغيرة نسبيًا تُحدث فرقًا دائمًا بالنسبة للأسر والمجتمعات المحلية المستضعفة.

وتعامل الصندوق منذ إنشائه في عام 1974 مع:

- 512 طلبًا
- و 817 حالة فردية
- لصالح 2066 مستفيدًا
- وقدم منحًا بلغت في مجملها 3571918 فرنكًا سويسريًا

مخاطر»²¹ و«التأمين على المتطوعين هو مسؤولية جماعية»²². وينبغي للحكومات والمنظمات التطوعية العمل معًا من أجل حماية المتطوعين.

مناصرة اعتماد وتنفيذ قوانين محلية خاصة بشارتي الصليب الأحمر والهلال الأحمر تتضمن عقوبات على إساءة استخدامهما

يمكن الغرض الأساسي للشارة في أن تكون تعبيرًا مرئيًا واضحًا عن الحماية التي يكفلها القانون الدولي الإنساني لأفراد الخدمات الطبية والوحدات الطبية ووسائل النقل الطبي أثناء النزاعات المسلحة. ويجوز لأشخاص آخرين أو هيئات أخرى استعمال الشارات لأغراض الحماية في أوقات الحرب إذا منحتهم الدولة ترخيصًا بذلك. ويُشار إلى هذا الاستعمال عادةً باسم «استخدام الشارة لأغراض الحماية»²³. وتشمل الفئات التي يحق لها استعمال الشارة لأغراض الحماية في أوقات النزاع المسلح الجهات الفاعلة المختلفة من الخدمات الطبية التابعة للقوات المسلحة للدولة والجمعيات الوطنية²⁴.

وقد ناقشت حلقة العمل الحماية المكفولة لشارات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والكريستالة الحمراء،

21 المصدر نفسه، ص 19.

22 المصدر نفسه.

23 اللجنة الدولية، دليل التنفيذ الوطني للقانون الدولي الإنساني، الطبعة الثانية، اللجنة الدولية، جنيف، 2011، ص 49.

24 يحق للأفراد والجهات التالية استخدام الشارة للحماية: في أوقات النزاعات المسلحة: الخدمات الطبية (الأفراد والوحدات كالمستشفيات ووسائل النقل... الخ.) وأفراد الهيئات الدينية الملحقين بالقوات المسلحة للدولة؛ وأفراد الخدمات الطبية والوحدات الطبية ووسائل النقل الطبي التابعة للجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والكريستالة الحمراء المعترف بها وفقًا للأصول المرعية والمرخص لها من حكوماتها بتقديم المساعدة للخدمات الطبية التابعة للقوات المسلحة، وذلك شريطة استخدام هؤلاء الأفراد والمعدات لهذه الأغراض دون سواها وشمليًا مع القوانين واللوائح العسكرية؛ المستشفيات المدنية (العامة والخاصة) المعترف لها بهذه الصفة من الحكومة والمرخص لها باستخدام الشارة؛ والأفراد المشاركون في تشغيل وإدارة تلك المستشفيات المدنية في الأراضي المحتلة ومناطق العمليات العسكرية؛ جميع الموظفين الطبيين المدنيين وأفراد الهيئات الدينية إما في الأراضي المحتلة أو في المناطق التي يدور فيها القتال أو من المحتمل أن يدور فيها؛ جميع الوحدات الطبية المدنية ووسائل النقل الطبي المعترف بها والمرخص لها من السلطات المختصة باستخدام الشارة؛ جمعيات الإغاثة الطوعية الأخرى بنفس الشروط التي تسري على الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والكريستالة الحمراء؛ والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر؛ واللجنة الدولية للصليب الأحمر. (من دليل التنفيذ الوطني للقانون الدولي الإنساني، الطبعة الثانية، اللجنة الدولية، جنيف، 2011، ص 49).

هل تعلم؟

- في عام 1997، قرر مجلس الدولة في كولومبيا أن استخدام أي مركبة طبية في العمليات العسكرية محظور بموجب القانون الدولي الإنساني. وكانت المركبات تُستخدم في السابق لنقل الجنود. وأشار المجلس إلى اتفاقيات جنيف لعام 1949 وإلى بروتوكولها الإضافيين لعام 1977.
- ذكرت محكمة العدل الفيدرالية في ألمانيا في حكمها الصادر في قضية الشارة عام 1994، أن هناك مصلحة مشتركة أساسية في حماية الشارات ضد الاستخدام غير المصرح به.
- أكدت المحكمة العليا النرويجية في قضية سلطة الادعاء العام ضد *A Tøyen Tannlegevakt AS* في 2010، إدانة المتهم بمقتضى القانون الوطني لحماية الشارة من سوء الاستعمال، استنادًا إلى أن الشعار الذي استخدمه مكتب طبيب الأسنان محل النظر في القضية يمكن «الخلط بسهولة» بينه وبين شعار الصليب الأحمر. وتأكيدًا للإدانة، أشارت المحكمة إلى الحماية التاريخية التي أسبغت على الشارة في أكثر من اتفاقية من اتفاقيات جنيف الأربع وبروتوكولاتها الإضافية.

وخرجت بتوصيات لتعزيز تلك الحماية في القانون الوطني. وتباحث المشاركون بقوة في مسألة زيادة فعالية تنفيذ القوانين الوطنية الخاصة بإساءة استخدام الشارة. ودفعت الجمعيات الوطنية بالقول أن التحديات المتصلة بالأمن وإمكانية الوصول إلى الضحايا، والتي نشأت أثناء تقديم الرعاية الصحية في حالات الخطر، ترتبط ارتباطًا وثيقًا بإساءة استخدام الشارة.

ويشمل مصطلح «إساءة الاستخدام» في هذا الصدد ما يلي: (1) التقليد، من قبيل استخدام علامة يمكن الخلط بينها وبين الشارة بسبب شكلها أو لونها؛ (2) الاستعمال غير اللائق، مثل استعمال الشارة من قبل أشخاص مخولين بذلك ولكن على نحو لا يتفق وأحكام القانون الدولي الإنساني الخاصة باستعمالها، أو استعمال الشارة من قبل هيئات أو أشخاص لا يحق لهم القيام بذلك (كالمؤسسات التجارية) أو لأغراض تتعارض مع المبادئ الأساسية للحركة، و(3) الغدر.²⁵ وسواء كان إساءة استخدام الشارة مقصودًا أو عن غير قصد، فإنه يقوض المفاهيم العامة لحياد العاملين في مجال الرعاية الصحية، وقد يكون له عواقب وخيمة طويلة أو قصيرة الأجل على سلامتهم. وتقتضي المادة 54 من اتفاقية جنيف الأولى من الدول أن تدرج في تشريعاتها الوطنية كافة التدابير اللازمة لمنع وقمع إساءة استخدام الشارات المشار إليه في المادة 53 من تلك الاتفاقية في جميع الأوقات.²⁶ وقد شدد المشاركون في معظم حلقات عمل الرعاية الصحية في خطر في هذا السياق على أهمية الدعوة، حيثما كان القانون الوطني غير كاف، إلى اعتماد قوانين وطنية لحماية شارتي الصليب الأحمر والهلال الأحمر ووضعها حيز التنفيذ. واقترحوا أيضًا وضع نظام فعال لمعالجة الأخطاء وإساءة الاستعمال المتعمد وتصحيحهما، حيثما ووقتما تؤسس هذه الآليات القانونية الوطنية. وينبغي التأكيد على أن الالتزام بمنع وقمع إساءة استعمال الشارة يقع على عاتق الدولة باعتبارها طرفًا في اتفاقيات جنيف. ومع ذلك، ينبغي للجمعيات الوطنية أن تتعاون مع السلطات من أجل حماية الشارة، ومن ثم يجب تشجيعها على القيام بدور نشط في هذا الصدد.²⁷

إن حماية الشارة ليست مدعاة للقلق في أوقات النزاع المسلح فحسب، بل هي قضية مهمة في أوقات السلم أيضًا، حيث أن إساءة استعمالها في وقت السلم قد ينجم عنه عواقب تؤثر سلبيًا على درجة الاحترام الممنوحة لها أثناء النزاعات المسلحة.²⁸ وكما يرد في دراسة اللجنة الدولية حول استعمال الشارة: «يجب أيضًا أن يؤخذ في الاعتبار أن الفشل في ردع إساءة الاستعمال في أوقات السلم سيسهم في إساءة الاستعمال أثناء النزاعات المسلحة». وتبين أساليب التعامل مع إساءة استعمال الشارة وفقًا للسياق ووطأة الظروف.

استخدام علامة لتحديد الهوية، أو إشارة الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر ليس كافيًا في حد ذاته لضمان الحماية للمنظمة، حيث يجب عليها أيضًا القيام بأنشطة لإذكاء الوعي وبناء الثقة

25 اللجنة الدولية، دراسة حول استعمال الشارات: المسائل التشغيلية والتجارية والمسائل غير التشغيلية الأخرى، اللجنة الدولية، جنيف، 2011، ص30، ويمكن الاطلاع عليها على الرابط التالي:

<http://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-001-4057.pdf>

26 تنص المادة 54 من اتفاقية جنيف الأولى على أن «تتخذ الأطراف السامية المتعاقدة التدابير اللازمة، إذا لم يكن تشريعها من الأصل كافيًا، من أجل منع وقمع حالات إساءة الاستعمال المنصوص عنها بالمادة 53 في جميع الأوقات.

انظر: اللجنة الدولية، دراسة حول استعمال الشارات: المسائل التشغيلية والتجارية والمسائل غير التشغيلية الأخرى، اللجنة الدولية، جنيف، 2011، ص287.

28 اللجنة الدولية، دراسة حول استعمال الشارات: المسائل التشغيلية والتجارية والمسائل غير التشغيلية الأخرى، اللجنة الدولية، جنيف، 2011، ص281

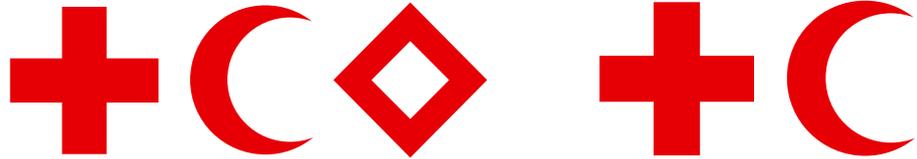
يُستخدَم عدد من العلامات أو الشارات في جميع أنحاء العالم للإشارة إلى توفير المساعدة الطبية. وتتمتع شارة الحركة الدولية بوضع قانوني فريد من نوعه لأن القانون الدولي والوطني ينظمان استعمالها على سبيل التحديد أو الحصر. ومع ذلك، لا يوفر وجود إطار قانوني نظري لاستخدام شارة الحركة أو أي علامات أخرى لتحديد الهوية حماية تلقائية من الأذى أو الضرر. فرغم أن الحماية قد تكون راسخة بحكم القانون أو العرف، يتوقف تأثيرها في الواقع العملي على نشر المعلومات ذات الصلة بالشارة أو بعلامة أخرى واستخدامها بطريقة سليمة، وسلوك من تهدف تلك الشارة أو العلامة إلى حمايتهم، خلاف أنشطة أخرى لبناء الثقة. فعلى سبيل المثال، يضيف نشر الأنشطة التي تقوم بها الجمعيات الوطنية واللجنة الدولية ثراءً إلى ما يعرفه الناس بالفعل عن هذه المنظمات وشاراتها والقيم التي تُمثّلها وأهميتها أثناء النزاعات المسلحة، والمبادئ الأساسية السبعة للحركة الدولية. بيد أن أنشطة النشر وحدها لا تكفي لتأسيس ثقافة احترام المنظمة ومهمتها والشارة أو العلامة التي ترفعها. وأشار المشاركون في حلقة عمل مكسيكو إلى أن نوعية الخدمات التي تقدمها منظمة ما وسلوك من يقدمون هذه الخدمات يشكلان عنصرين أساسيين في خلق ثقافة احترام الشارة. وكما أشار أحد المشاركين بقوله: «الشارة لن تحميك إذا كنت لا تستخدمها على النحو الصحيح». وعلاوة على ذلك، يرتبط احترام الشارة ارتباطاً وثيقاً بمدى توافق الأنشطة اليومية للمنظمة بأكملها ومكوناتها مع المبادئ الأساسية السبعة. وتحدد الشارة هوية المنظمة في الميدان وبالتالي، فإن سلوك أولئك الذين يرفعونها سوف يرتبط بالشارة إما إيجاباً أو سلباً. وقد يؤدي سلوك يقترفه متطوع أو موظف من الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر ويكون متعارضاً مع أي مبدأ من المبادئ الأساسية إلى



نجمة الحياة هي شعار معروف في جميع أنحاء العالم كرمز للخدمات الطبية في حالات الطوارئ.



علامة أطباء بلا حدود



شارات الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر

الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر



اللجنة الدولية للصليب الأحمر



رمز المهام الطبية في كولومبيا، وهي العلامة المميزة لجميع خدمات الرعاية الصحية في البلاد - وقد أنشئت بموجب القرار رقم 4481، الذي اعتمد دليل المهام الطبية، أو دليل الخدمات الطبية. ويُعرف العاملون في مجال الرعاية الصحية والمرافق الصحية معاً في كولومبيا «بالمهام الطبية». ويهدف الدليل إلى اعتماد وتنفيذ منظومة لتعزيز الاحترام والحماية الواجبين للمهام الطبية في كولومبيا أثناء النزاعات المسلحة وحالات العنف الأخرى.



رمز مُستخدم على نطاق واسع للإسعافات الأولية



الرابطة الوطنية للحماية المدنية هي واحدة من الجهات الرئيسية التي تقدم خدمات الرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى في المكسيك ودول أمريكا اللاتينية وأجزاء أخرى من العالم. وهي تلعب دوراً مهماً أيضاً في الاستجابة للكوارث ولديها تفويض في المكسيك لتنسيق جميع الأنشطة المتعلقة بالاستجابة للكوارث.

عواقب طويلة الأمد على سلامة وأمان متطوعين وموظفين آخرين، وعلى المنظمة ككل.

بعض العلامات والرموز المعروفة جيدًا

ينبغي للممارسين تبادل المعلومات في ما بينهم حول الأطر القانونية القائمة التي تنظم خدمات الإسعاف والرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى

اتفق المشاركون على أن الممارسين ينبغي لهم تبادل المعلومات حول الأطر القانونية في بلدانهم مع زملائهم في أماكن أخرى، لأن هذا التبادل من شأنه أن يساعدهم في التعلم من بعضهم البعض ودراسة ما إذا كانت الممارسات في سياق معين مرغوبًا فيها أو ممكنة في سياق آخر. وطرحَت فكرة إنشاء منتدى لتبادل المعلومات يمكن أن يُستخدم لجمع أمثلة من الأطر القانونية التي تنظم خدمات الإسعاف والرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى في مختلف البلدان. وقد توضح تلك الأمثلة الممارسات الجيدة ويمكن استخدامها للضغط من أجل اعتماد أطر قانونية أقوى في بلدان أخرى. وقد تكون عملية تبادل المعلومات في إطار منتديات موجودة بالفعل بين المنظمات المشاركة في تقديم الرعاية الصحية على المستويات الوطنية والإقليمية والعالمية؛ ويمكن إمعان النظر في هذا الأمر.

تبادل المعلومات حول إجراءات التشغيل الموحدة ومناهج التدريب والتفكير مليًا في الحاجة إلى توحيد تلك الإجراءات، وذلك بالنسبة لدور الجمعيات الوطنية كهيئات مساعدة للسلطات العامة في الحقل الإنساني

تعمل الجمعيات الوطنية كهيئات مساعدة للسلطات في المجال الإنساني. وقد ناقش المشاركون الحاجة إلى إطار قانوني سديد لتنظيم هذه العلاقة وتحديد الإجراءات اللازمة لتنفيذ الدور المساعد. بيد أن وجود الآليات الرسمية اللازمة للتنسيق بين الجمعيات الوطنية والسلطات لا تضمن بالضرورة تنفيذ إجراءات صائبة في حالات الخطر. وقد اقترح المشاركون تنظيم دورات تدريبية مشتركة كإجراء لتعزيز التعاون العملي. وأقر المشاركون باختلاف سبل تفعيل الدور المساعد للجمعيات الوطنية من بلد إلى آخر. فقد يكون هذا الدور قويًا في بعض البلدان ويستند إلى أساس قانوني وعملي سديد، في حين لا يكون الأمر على هذا المنوال بالضرورة في بلدان أخرى- وبالتالي فإن إيجاد فرص لتعزيز الدور المساعد على أساس الإجراءات ومناهج التدريب القائمة بالفعل يمكن أن يكون مفيدًا للغاية في العديد من الحالات. ورغم أن التوحيد العالمي والشامل لهذا التدريب هو أمر غير واقعي، يمكن استكشاف فرص ممكنة لتطوير وحدات تدريبية نمطية قابلة للتطبيق في سياقات أو مناطق مماثلة.

2.5. التنسيق مع الجهات المعنية، بما فيها القوات المسلحة

يتعين على العاملين في مجال الرعاية الصحية في كثير من الأحيان الاعتماد على التنسيق مع عدد مختلف من الجهات المعنية، بما فيها القوات المسلحة، من أجل تقديم المساعدة الإنسانية على نحو فعال. وبالتالي، فإن آليات التنسيق التي تعمل بشكل جيد ضرورية لضمان وصول المساعدات إلى المرضى والجرحى. وقد قَدِّم المشاركون في حلقة العمل توصيتين بشأن التنسيق مع الجهات المعنية من أصحاب المصلحة هما كالتالي:

- ينبغي وضع إطار قانوني ينظم عملية التنسيق بين الأشخاص المشاركين في الرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى والرعاية الصحية في حالات الطوارئ من جهة والقوات المسلحة من جهة أخرى؛
- ينبغي لجميع الجهات المعنية أن تعي الدور المنوط بكلٍ منها وبالأساليب التي يتعين اتباعها في التواصل والتنسيق.

وذكر بعض المشاركون أن الجمعيات الوطنية يجب أن تكون قادرة على الدخول في حوار مع الجهات الفاعلة من غير الدول عندما تبدي الجهات الحكومية أنها غير قادرة على إجراء هذا الحوار، وذلك من أجل تعزيز الرعاية الصحية غير المتحيزة.

ويجب على المنظمات والجهات الفاعلة المختلفة - تبعًا لولايتها المحددة - أن تكمل جهود بعضها البعض لضمان تقديم الرعاية الصحية الآمنة. ويمكن اتخاذ عدد من الخطوات في وقت مسبق قبل وقوع المخاطر لضمان التنسيق الفعال، مثل وضع خطط وآليات للتنسيق وتمارين مشتركة، وبرامج تدريب أو محاكاة بالتعاون بين الحكومات والعاملين في مجال الرعاية الصحية وأفراد من المجتمع المحلي وآخرين ممن يشاركون في الاستجابة لحالات الطوارئ.

وأشار المشاركون أثناء حلقة العمل إلى الحالات التي كانت توجد فيها بالفعل آليات تنسيق من هذا القبيل - للاستجابة للحالات الخطرة- في هايتي والمكسيك وإسرائيل والأراضي الفلسطينية المحتلة ونيبال والولايات المتحدة، من بين حالات أخرى. وأشار المشاركون أيضًا إلى إمكانية تبادل معلومات مع جهات أخرى في الميدان بشأن الوضع الأمني والخطط والإجراءات التي تؤثر على الأنشطة الإنسانية عند الاقتضاء، وذلك أثناء العمل في حالات الخطر.

الصليب الأحمر الكولومبي والحوار مع الجهات الفاعلة من غير الدول

التزامًا بمبدأي عدم التحيز والحياد، يؤدي الصليب الأحمر الكولومبي واجبه في توفير الحماية والرعاية لجميع الأشخاص المستضعفين على قدم المساواة – وبعبارة أخرى، دون تمييز على أساس أي سمة معينة أو معتقد أو رأي سياسي أو ديانة أو عرق أو جنس. ونحن مطالبون مع ذلك بالتمييز على أساس الاحتياجات: فعلى أن نعطي أولوية لحماية ورعاية الأشخاص الأكثر تعرضًا للمصاعب والمخاطر والتخفيف من معاناتهم دون التساؤل عن أصولهم أو الخلفية التي يأتون منها.

والصليب الأحمر الكولومبي إذ يضع هذا الأمر في الاعتبار، فهو يعمل على ضمان حصول الجرحى والمرضى على المساعدة التي يحتاجون إليها عندما يحول النزاع أو أعمال العنف الأخرى دون حصولهم على الرعاية الصحية. وتكتسي جهودنا أهمية خاصة عندما يعاني الناس من أجل الحصول على العون أو المساعدات الإنسانية التي يحتاجون إليها بسبب انتمائهم إلى الجماعات المسلحة من غير الدول. وينبغي أن نكون قادرين على الوصول بأمان إلى من يحتاجون للمساعدة، وهذا أمر لا يمكن تحقيقه إلا إذا كان بمقدورنا إجراء اتصالات مع كافة الأطراف والحصول على ضمانات أمنية منها أثناء النزاع أو أي شكل آخر من أشكال العنف الذي تشتبك فيه كيانات الدولة مع جماعات المعارضة أو الجماعات التي تخرق القانون أو الأعراف الاجتماعية. ويرد هذا النهج في كل من إطار الوصول الآمن للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والسياسة الأمنية للحركة، حيث صيغ كلاهما لضمان إمكانية القيام بعملنا بشكل آمن وفعال، دون تعريض موظفينا أو متطوعينا أو المستفيدين من خدماتنا للخطر.

وتجدر الإشارة مجددًا إلى أن الأنشطة الإنسانية التي تقوم بها الحركة لا تتدخل بأي شكل من الأشكال في عمل السلطات التي تمارس صلاحياتها الدستورية والقانونية. فبفضل نهجنا المتمسك بالشفافية والأمان والمستند إلى مبدأي عدم التحيز والحياد، يمكننا أن نرشد الناس إلى المراكز التي تديرها الدولة للحصول على المساعدة والرعاية التي يحتاجون إليها، بغض النظر عما إذا كانوا في تلك اللحظة يقعون في دائرة القانون أم خارجها. وتحترم تلك الإجراءات الحق في الرعاية الصحية المكفول للجميع. بيد أن المساعدة التي نقدمها لا تمنع الدولة بأي حال من الأحوال من تطبيق القانون إذا ارتكبت أي جريمة.

ولا بد من ترسيخ الدور الذي تقوم به الجمعيات الوطنية وتعزيز مهمتها لدى السلطات والتأكد من أنها تعي أهمية هذا الدور، كي تتمكن تلك الجمعيات من الاضطلاع بمسؤولياتها على نحو فعال؛ وبعبارة أخرى، ينبغي الاعتراف رسميًا بدورها كهيئات مساعدة للسلطات في المجال الإنساني واستيعاب هذا الدور بشكل كامل. وكما تكشف للجنة الدولية بعد مشاورات مع عدد من الجمعيات الوطنية،²⁹ إن لم يكن لدى الجمعية الوطنية قوانين محددة وواضحة وسند قانوني قوي يتضمن أحكامًا محددة بشأن تقديم الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى، فقد يظل دورها كهيئة معاونة للسلطات العامة في المجال الإنساني غير واضح. ومن الممكن أن يؤثر ذلك على قدرتها على الوصول إلى الضحايا، خاصة إذا كان الاعتقاد السائد هو أن الجمعية الوطنية هي إحدى المنظمات الحكومية أو أنها تابعة للدولة. وكشفت مشاورات أخرى أن أحد متطلبات التنسيق الجيد مع السلطات هو الفهم الواضح والاعتراف الرسمي بالدور المساعد الفريد من نوعه الذي تقوم به الجمعيات الوطنية للسلطات العامة في المجال الإنساني.³⁰ بيد أن مجرد القول بإضفاء الطابع الرسمي على الدور المساعد لا يضمن بالضرورة التنسيق الفعال، الذي يتطلب تدريبًا وإجراءات أو تدابير للتنسيق موضوعة بدقة وإحكام ويعيها كل من موظفي الجمعيات الوطنية والمتطوعين والسلطات، مثل أفراد الجيش والشرطة. وينبغي النظر أيضًا في إعداد تمارين محاكاة عادية أو تدريبات يشارك فيها كافة الجهات المعنية (بما فيها السكان). وقد يكون أحد التدابير العملية التي من شأنها تحسين مستوى التنسيق هو وضع إجراءات واضحة للإخطار بين الجمعية الوطنية والسلطات تضمن حصول موظفي الجمعية الوطنية والمتطوعين على ضمانات أمنية للعمل.

أما بالنسبة للجهات الفاعلة من غير الدول، فقد أكدت بالفعل حلقة عمل الرعاية الصحية في خطر التي نُظمت في

29 في تموز/يوليو 2012، أرسلت اللجنة الدولية استبيانًا عن حملة الرعاية الصحية في خطر إلى 37 جمعية وطنية، طلب إلى الجمعيات الوطنية تبادل خبراتها في أربعة جوانب رئيسية لتقديم الرعاية الصحية أثناء النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى هي: (1) التحديات التي واجهتها؛ (2) الخطوات المحددة التي اتخذتها لتحسين قدرتها على الوصول إلى الضحايا وقبول عملها والأمن الميداني؛ (3) دور الجمعيات الوطنية (القاعدة القانونية والأنظمة الداخلية) في تقديم الرعاية الصحية أثناء النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى؛ و(4) دور الجمعيات الوطنية في تعزيز الحماية المكفولة للمرضى والجرحى أثناء النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى. وكانت البيانات المستخدمة في دعم هذه الورقة هي التالية: (1) الإحصاءات التي تم الحصول عليها بموجب مبادرة اللجنة الدولية لجمع بيانات عن الحوادث التي تؤثر على الرعاية الصحية في 22 بلدًا التي بدأت في عام 2012؛ (2) إجراء مقابلات شخصية مع موظفي اللجنة الدولية الذين يعملون بالتعاون مع جمعيات وطنية في جنيف وفي الميدان في سياقات تنفيذية وثيقة الصلة بحملة الرعاية الصحية في خطر.

30 مطبوعة مشتركة للجنة الدولية والصليب الأحمر النرويجي عن حلقة عمل خبراء مشروع الرعاية الصحية في خطر لصالح الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، كانون الثاني/يناير 2013.

Nødnett «نودنت»، الشبكة النرويجية للسلامة العامة

«نودنت» هي شبكة راديو رقمية قائمة بذاتها لتقديم خدمات الشرطة والخدمات الصحية وخدمات الإطفاء والإنقاذ، وإتاحة الفرصة للتواصل والتنسيق بين مختلف الجهات الفاعلة في حالات الطوارئ. إضافة إلى ذلك، يمكن للمنظمات التي تشارك في أعمال الإنقاذ والطوارئ، مثل الصليب الأحمر النرويجي، أن تستخدم هذه الشبكة، التي تعمل بشكل كامل في أجزاء من النرويج، وسوف تغطي خدماتها البلاد بأكملها قبل نهاية عام 2015.

أنشئت «نودنت» بحيث تكون صامدة ومرنة كي تلبى احتياجات خدمات الطوارئ. وينبغي أن يكون لدى مستخدمي الشبكة أجهزة (تترا) وهي أجهزة اتصال مباشر لاسلكية مزودة بأربع قنوات معتمدة للعمل مع «نودنت». وتشكل مجموعات الاتصال داخل الوكالات والمجموعات بالاشتراك مع خدمات الطوارئ الأخرى. ولا يتمكن من الاستماع إلى المحادثات إلا من يُمنحون فعلياً الإذن بالتواصل مع مجموعات التحدث الفردية. ويمكن لأجهزة الراديو التابعة لشبكة «نودنت» أيضاً إرسال واستقبال رسائل نصية ويمكن استخدامها لتبادل كميات قليلة من البيانات.

معايير الاتصال اللاسلكي المباشر المزود بأربع قنوات (تترا)

أنشئت الشبكة النرويجية للسلامة العامة على أساس معيار «تترا». وتوفر شبكة «تترا»، وهي مجموعة مواصفات لأجهزة لاسلكي تُستخدم في الاتصال المباشر، اتصالات لاسلكية آمنة ومشفرة في التواصل مع مجموعات أو في التواصل الفردي المباشر. ويمكنها أيضاً نقل البيانات بسرعات معتدلة. وتُستخدم تكنولوجيا «تترا» في العديد من البلدان في جميع أنحاء العالم، في الأمن العام والشركات التجارية التي تتزايد احتياجاتها إلى وسائل اتصال موثوق بها.

وتصبح تغطية شبكة «نودنت» ممكنة من خلال استخدام محطات القاعدة الأرضية، وهي تشبه إلى حد كبير الشبكة الخلوية أو الجوال. وترسل نودنت وتلقى الإشارات بين المحطات القاعدية ومحطات الراديو التي يستخدمها العاملون في خدمات الطوارئ. وتؤخذ ظروف من قبيل التضاريس، والمسافة بين المحطات القاعدية اللاسلكية والتغطية من المحطات القاعدية المجاورة في عين الاعتبار في تحديد المكان المناسب والأكثر فعالية لوضع المحطات القاعدية للشبكة وتوفير أفضل تغطية ممكنة.

العمل من أجل الالتحاق بالشبكة النرويجية

عمل الصليب الأحمر النرويجي بجد واجتهاد من أجل ضمان انضمام الصليب الأحمر والمنظمات التطوعية الأخرى التي تقدم خدمات الطوارئ إلى الشبكة النرويجية كمستخدمين. وتعتبر فرق البحث والإنقاذ الثلاثمائة والعشرين التابعة للصليب الأحمر النرويجي عنصراً جوهرياً في خدمة البحث والإنقاذ النرويجية. وكان لابد للصليب الأحمر من الانضمام إلى الشبكة النرويجية كجزء لا يتجزأ منها وكمستخدم لها من أجل ضمان فرص آمنة ومستقرة للتواصل مع جميع شركاء فرق البحث والإنقاذ الآخرين.

وقد أصبحت بعض فرق البحث والإنقاذ في الصليب الأحمر النرويجي مستخدماً تجريبياً للشبكة النرويجية منذ عام 2012. وأكد البرلمان النرويجي في حزيران/يونيو 2013 على أن الصليب الأحمر النرويجي وغيره من المنظمات التطوعية التي تعمل في حالات الطوارئ سوف تكون من مستخدمي الشبكة النرويجية في جميع أرجاء البلاد.

أوسلو على أهمية الاعتماد على الممارسات الجيدة والتُهَجُج الموضوعية داخل الحركة.³¹ وتسعى اللجنة الدولية جاهدة للحفاظ على الحوار مع الجهات الفاعلة من غير الدول من أجل تعزيز سلامة العاملين في المجال الإنساني، والوصول إلى الأشخاص المحتجزين في قبضة جماعات مسلحة أو إلى أشخاص متضررين من الوضع ويعيشون في مناطق تسيطر عليها تلك الجماعات، وتقييم مدى استعداد تلك الجماعات وقدرتها على كفالة الاحترام الواجب لقانون الحرب، وتقديم أقصى قدر ممكن من الدعم للجهود التي يبذلها العاملون في الحقل الإنساني من أجل إبداء مزيد من الاحترام للقانون الدولي الإنساني، مثل إدراج القانون في مدونات السلوك الخاصة بهم.³²

وأشارت إحدى المشاركات إلى أن الجمعية الوطنية التي تنتمي لها تتفاعل مع الجهات الفاعلة من غير الدول لمساعدتها على إدراك حقيقة مؤداها أن تقديم الرعاية الصحية محكوم بمبدأي الاستقلال والحياد، والتأكيد على أن أسرهم نفسها تعتمد على خدمات الرعاية الصحية. ويجب مع ذلك أن يوضع في الاعتبار أن قدرة الجمعيات

31 حلقة عمل أوسلو، 3-5 كانون الأول/ديسمبر 2012، دور ومسؤولية الجمعيات الوطنية في تقديم رعاية صحية آمنة في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى. ويمكن الاطلاع على مزيد من المعلومات من خلال الرابط التالي:

<http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2012/health-care-in-danger-expert-workshop-oslo-2012-12-03.htm>

32 اللجنة الدولية «ترسيخ احترام العمل الإنساني والقانون الدولي الإنساني بين حملة السلاح «الآخرين». ويمكن الاطلاع عليه على الرابط التالي:

<http://www.icrc.org/eng/what-we-do/building-respect-ihl/dialogue-weapon-bearers/other-weapons-bearers/overview-icrc-other-weapon-bearers.htm>

الوطنية على الاستمرار في التواصل مع الجهات الفاعلة المسلحة غير التابعة للدول غالبًا ما تكون مقيدة بالقانون. ويجوز في بعض الحالات تجريم عملية تقديم المساعدات الإنسانية إلى الجهات الفاعلة من غير الدول.

3.5 أفضل الممارسات في تقديم خدمات الرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى

برز بشكل متزايد أثناء حلقات عمل الخبراء المختلفة التي أجريت ضمن نطاق مشروع الرعاية الصحية في خطر حرص المشاركين الشديد على التعلم من أمثلة ترد في سياقات أخرى. ورغم إقرار المشاركين أن تنوع السياقات والحالات يعني تنوع التحديات، فقد أشاروا أيضًا إلى وجود أوجه تشابه في التحديات التي يواجهها العاملون في مجال الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم. أما ما يخص التوصيات، فقد أكد المشاركون في كثير من الأحيان على أهمية تبادل أفضل الممارسات بشأن مسائل من قبيل إطار الوصول الآمن، وآداب مهنة الرعاية الصحية، والتنسيق، والحد الأدنى من متطلبات التدريب، والتخطيط للطوارئ وتوافر معدات الحماية الشخصية.

تعزيز كافة عناصر إطار الوصول الآمن

سلط العاملون في مجال الرعاية الصحية الضوء أثناء جميع حلقات عمل الرعاية الصحية في خطر التي نُظمت في عامي 2012 و2013 على أهمية سلطات الدولة والجماعات المسلحة غير المنتمية للدول، وقبول المجتمع المحلي واحترامه لأنشطة الرعاية الصحية من أجل ضمان تقديم الخدمات على أكمل وجه. وأقر المشاركون أن هذه العوامل شكلت أركانًا رئيسية في ضمان وصولهم الآمن إلى المرضى والجرحى أثناء حالات الخطر، بما في ذلك النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى. واستشهد المشاركون في حلقات عمل سابقة بإطار للوصول الأكثر أمانًا الذي وضعتة اللجنة الدولية، باعتباره أداة مهمة لتعزيز القدرات يمكن للجمعيات الوطنية

إطار الوصول الآمن

تقييم السياق وتحليل المخاطر: يجب أن يكون لدى الجمعيات الوطنية فهم واضح للجوانب السياسية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية المتداخلة للبيئة الميدانية المتغيرة والمخاطر المرتبطة بها، والتي تُشكل أساسًا للوقاية من تلك المخاطر وإدارتها.

السند القانوني والسياسي: الجمعيات الوطنية لديها آليات قانونية ونظم داخلية سديدة، وهي تضع سياسات تشكل حجر الزاوية الذي يمكن من خلاله النهوض بالمهام الإنسانية المنوطة بها والأدوار التي ينبغي لها القيام بها تماشيًا مع سياسات الحركة الدولية والقانون الدولي الإنساني وقانون حقوق الإنسان والتشريعات الوطنية.

قبول المنظمة: حققت الجمعيات الوطنية درجة عالية من القبول بين الجهات المعنية الرئيسية من خلال توفير مساعدة وحماية إنسانية وثيقة الصلة بالاحتياجات تستند إلى مبادئ أساسية وتراعي السياق الذي تقدّم فيه للأشخاص والمجتمعات المحلية على نحو يتفق والمبادئ الأساسية للحركة وسياساتها الأخرى.

قبول الفرد: بلغ الموظفون والمتطوعون درجة عالية من القبول بين الجهات المعنية الرئيسية من خلال عملهم على نحو يتسق مع المبادئ الأساسية للحركة وسياساتها الأخرى.

تحديد الهوية: تتخذ الجمعيات الوطنية جميع الخطوات اللازمة لحماية وتعزيز الهوية المرئية للمنظمة وهوية موظفيها ومتطوعيها.

الاتصالات الخارجية والتنسيق: تنفذ الجمعيات الوطنية استراتيجيات للاتصالات والتنسيق الخارجيين بمساعدة آليات وُضعت بعناية من أجل تعزيز التنسيق مع الجهات الخارجية.

الاتصالات الداخلية والتنسيق: تنفذ الجمعيات الوطنية استراتيجيات للاتصالات والتنسيق الداخليين بواسطة آليات وُضعت بعناية من أجل تعزيز التنسيق مع المكونات الأخرى للحركة.

إدارة المخاطر الأمنية الميدانية: تتحمل الجمعيات الوطنية مسؤولية سلامة وأمن موظفيها ومتطوعيها وتخضع للمساءلة في هذا الصدد، من خلال وضع منظومة وهيكل لإدارة المخاطر الأمنية الميدانية وتنفيذها.

حماية المهمة الطبية للصليب الأحمر اللبناني

السيد جورج كنانة، الأمين العام للصليب الأحمر اللبناني

يتعلم الصليب الأحمر اللبناني، وعلى وجه الخصوص خدمات الطوارئ الطبية، مجدداً من الدروس المؤلمة التي لفتتنا إياها الحرب الأهلية اللبنانية الطويلة والدامية (1975-1990). وكان المبدأ الأساسي للحياد في ذلك الوقت يشكل أيضاً أسلوباً للبقاء على قيد الحياة في خضم الاضطرابات الدينية والمذهبية والسياسية.

وأثناء هذا النزاع الذي كلفنا الكثير، كان الصليب الأحمر اللبناني هو المنظمة الوحيدة القادرة على العمل في جميع أنحاء البلاد التي قطع الانقسام أوصالها، لأن متطوعيها التزموا بالمبادئ الأساسية السبعة للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، ولأن جميع الأطراف والجماعات المسلحة كانت تعتبرهم - وبالتالي الصليب الأحمر اللبناني - عاملين في الحقل الإنساني يتسمون بالحياد والاستقلال وعدم التحيز.

استغرق الأمر سنوات كي تدرك الجمعية الوطنية وجود خطر رفيع بين الحياد الفعلي وتصور هذا الحياد. وتكبد الصليب الأحمر اللبناني وفاة 12 متطوعاً من خدمات الطوارئ الطبية قبل عام 1987 كي يعي أن حياد المنظمة وحده لا يكفي في واقع الأمر بل ينبغي أن يُنظر إليها باعتبارها محايدة تماماً. وكان بناء هذا التصور مع جماهير صعبة المراس مهمتها هي قتل الناس استناداً إلى اختلافات دينية عملاً شاقاً في الواقع تطلب جهداً مدروساً وعناية وتماماً على جميع المستويات في الجمعية الوطنية. وتطلب ترسيخ النظرة إلى الصليب الأحمر اللبناني باعتباره محايداً جهوداً مضنية من التواصل والتوعية، والأهم من ذلك كله، التصرف بحيادية.

واليوم، والأزمة السورية تلقي بظلالها على لبنان وتمتد إلى ربوعه لتقسّم من جديد مجتمعاً متفتتاً بالفعل، يطبق الصليب الأحمر اللبناني بالكاد الدروس المستخلصة من الماضي. وكانت الجمعية الوطنية قد أعدت العدة للعمل الشاق الذي صاحب الأزمة من خلال الالتزام الصارم بالحياد في وقت السلم، وحتى أثناء المهام الطفيفة. والفائدة التي تعود علينا من المصادقية التي اكتسبناها بشق الأنفس هي أن فرقنا الآن تحظى بالوصول الآمن إلى الناس الذين يحتاجون للمساعدة. وقام الصليب الأحمر اللبناني بالأنشطة التالية في السنوات الأخيرة:

1. العمل بنشاط لتأسيس ثقافة الحياد بين متطوعي
2. العمل بنشاط لنقل ونشر معلومات عن الصليب الأحمر بين جميع الأطراف.

إرساء ثقافة الحياد

إحراقاً للحق، لا يوجد بالفعل من هو محايد تماماً أو من يمكن أن يكون محايداً بالكامل في لبنان، ولا حتى متطوعو الصليب الأحمر اللبناني. فالكامل لديه آراء سياسية وميول وأفضليات. ولا يستطيع الصليب الأحمر اللبناني القيام بأي شيء أو محاولة القيام بأي شيء كي يمنع آلاف المتطوعين المنضمين لصنوفه من اعتناق أي آراء سياسية على الإطلاق. ولا يرغب الصليب الأحمر اللبناني في أن يطرح متطوعوه آراءهم جانباً، بل يريد منهم أن يتصرفوا دون فرض آرائهم على الآخرين وأن يتحلوا بالتسامح مع أولئك الذين يفكرون أو يشعرون بطريقة مختلفة عنهم.

لقد أراد الصليب الأحمر اللبناني في عام 1987 ويريد في عام 2013، أن يضم متطوعين يختارون كل يوم وضع العمل الإنساني فوق كل الاعتبارات الأخرى. الصليب الأحمر اللبناني يريد متطوعين يختارون أن يكونوا محايدين في كل يوم لأن الحياد يسهل التقارب مع من يحتاجون للمساعدة. الصليب الأحمر اللبناني يريد متطوعين لديهم قناعة قوية بأن البشرية أكثر أهمية من السياسة، وإيمان راسخ بأن المجتمع لا بد أن يتضمن بعض الناس القادرين على تنحية آرائهم جانباً والالتزام بالمبادئ الأسمى كي يكون قادراً على العمل.

ما يريده الصليب الأحمر اللبناني هو نخبة تتميز ليس بمهاراتها ومعارفها ولكن من خلال التزامها وتمسكها بمجموعة من المبادئ، نخبة ملتزمة بضمان أن تحظى جمعيتها الوطنية بالقبول لدى جميع الأطراف والمجتمعات المحلية.

هذا هو التحدي الذي كنا نواجهه بصفة يومية، وهو مازال موجوداً الآن، وسيظل ماثلاً أمام جمعيتنا الوطنية.

الحياد: التصورات والواقع

الدرس الذي تعلمناه في عام 1987، والذي نتعلمه مجدداً في ظروف أصعب اليوم، هو أنه حتى وإن وجدنا مجموعة محايدة من المتطوعين فقبولها ليس مضموناً. فالحياد قولاً وفعلاً هو شرط ضروري ولكنه ليس كافياً لكي نحظى بالقبول. نحن بحاجة للتأكد يوماً بعد يوم، أن الجميع داخل لبنان وخارجه يعتبر الصليب الأحمر اللبناني محايداً تماماً.

وتزداد هذه المهمة صعوبة اليوم مما كانت عليه في عام 1987. فالمجتمع مجزأ أكثر، والمتطوعون أصغر سناً، وبعض تجارب الحرب الأهلية قد طواها النسيان. ويتمكن معظم الناس الآن من الوصول بسهولة وبسرعة إلى كمية هائلة من المعلومات - بعضها دقيق والبعض الآخر مضلل تماماً. اليوم، يمكن للمتطوع وضع عن بعد رابطاً إلى معلومة تخص حزباً أو ظهيراً معيناً على حسابه في فيس بوك أن يؤدي إلى استهداف سيارة إسعاف. وقد بات من الصعوبة بمكان إخفاء أن متطوعي الصليب الأحمر اللبناني أيضاً لديهم آراء. ويستلزم الوصول إلى مفهوم الحياد والحفاظ عليه مزيداً من الجهد ومزيداً من الانضباط، وآليات أقوى للمراقبة ووعياً أكبر وتدريباً أكثر كثافة.

ولم يتبن الصليب الأحمر اللبناني لسوء الحظ مفهوم عصر المعلومات بصورتها الكاملة. ولكننا نعرف ذلك ونعيه جيداً، وحددناه كأولوية على أرفع المستويات في المنظمة، وسنعمل على تنفيذه حتى نستمر في كوننا المنظمة المعترف بها على أوسع نطاق والتي تحظى بأكبر قبول في البلاد، ونستمر أيضاً في تقديم المساعدة في جميع أنحاء لبنان لكل من يحتاج إليها.

الاستفادة منه أثناء النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى. ويهدف هذا الإطار - وهو أداة قائمة على الأدلة وضعتها اللجنة الدولية في عام 2003 بالتعاون مع الجمعيات الوطنية والاتحاد الدولي - إلى المساهمة في تأهب الجمعيات الوطنية للعمل في الحالات الحرجة والدقيقة في ظل ظروف أمنية غير مستقرة وملتبسة، بما فيها النزاعات المسلحة والاضطرابات والتوترات الداخلية. وتعتبر العناصر المكونة للإطار أدوات ضرورية يجب على الجمعيات الوطنية استخدامها في جهودها الرامية إلى الوصول الآمن إلى الأشخاص المتضررين والمجتمعات المحلية المتضررة من النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى، بغية توفير الحماية والمساعدة. ورغم أن الإطار وُضع ليكون أداة لبناء قدرات الجمعيات الوطنية، فقد يستفيد العاملون الآخرون في مجال الرعاية الصحية من جوانب معينة منه في تعزيز أمنهم ووصولهم إلى الضحايا. وسوف تصدر عدة أجزاء من حزمة المصادر العملية لإطار الوصول الآمن للجمعيات الوطنية - استناداً إلى الإطار نفسه وإلى القرار رقم 7 لمجلس المندوبين في عام 2011 - في أواخر عام 2013، ويتبعها صدور أجزاء أخرى في مستهل عام 2014.

تعزيز آداب الرعاية الصحية ومناقشة آداب المهنة في حالات الخطر كجزء من المناهج الدراسية في الجامعات ومؤسسات التدريب

أشار المشاركون في حلقة عمل مكسيكو إلى أن إشراك الجامعات ومؤسسات التدريب في مناقشة المسائل الأمنية ووصول العاملين في مجال الرعاية الصحية أمر بالغ الأهمية، لأن تلك المؤسسات تضع حجر الأساس للعمل الطبي في المستقبل. وقد وضعت مؤسسات مثل الجمعية الطبية العالمية والجمعيات الطبية الوطنية مبادئ توجيهية سديدة للرعاية الصحية أو آداب مهنة الطب. وتستند تلك المبادئ التوجيهية إلى سنوات من المناقشات القائمة على أساس دراسة حالات ذات صلة بالمعضلات الأخلاقية التي تواجه العاملين في مجال الرعاية الصحية في عملهم اليومي. وبينما توجد مبادئ توجيهية واضحة بشأن ما يشكل السلوك المهني الأخلاقي في علاج المرضى، تتوقف قدرة العاملين في مجال الرعاية الصحية على التصرف وفقاً لتلك المبادئ على إمكانية تحقيق التوازن بين القواعد والمبادئ والنتائج والقيود.³³ ولا توجد في كثير من الحالات إجابات صحيحة أو خاطئة بشكل مطلق؛ والتدريب في مجال آداب المهنة وعلى المعضلات التي قد تواجه المرء يمكن أن يساهم في تحقيق فهم أفضل للمبادئ التوجيهية الأخلاقية التي ينبغي للعاملين في مجال الرعاية الصحية تطبيقها. ورغم أن القصد من وراء آداب مهنة الطب هو توجيه سلوك العاملين في مجال الرعاية الصحية مثل الأطباء والممرضين والممرضات، فإن تلك الآداب تكسب أهمية أيضاً بالنسبة للآخرين، بمن فيهم المتطوعون الذين يضطلعون بأنشطة تتعلق بالصحة، مثل قيادة سيارات الإسعاف أو إجراء الإسعافات الأولية. ويُرجح ضمان حصول المستجيبين الأوائل على تدريب يتضمن دراسة مدونة قواعد السلوك المهني، ومناقشة المعضلات الأخلاقية التي قد يواجهونها (مثل اختيار المريض الذي يحصل على العلاج أولاً)، إمكانية توصل المتطوعين والعاملين في مجال الرعاية الصحية إلى القرارات الصائبة. ولكن، كما يشير العاملون في مجال الرعاية الصحية، غالباً ما يشكل الواقع في الميدان تحدياً ضخماً لمدونات قواعد السلوك التي قد تكون متأصلة في ذهن وضمير الطبيب والممرض/الممرضة أو السائق أو أول المستجيبين، عندما يضطرون على سبيل المثال لعلاج مريض بدلاً من مريض آخر، تحت وطأة التعرض للأذى على المستوى الشخصي.

الاستفادة من الفرصة التي يقدمها مشروع الرعاية الصحية في خطر لتعزيز التواصل والتنسيق بين الإدارات القانونية والتنفيذية في جمعيتكم الوطنية

تعكس هذه التوصية حقيقة مؤداها أن أنشطة الاستجابة في حالات الطوارئ التي تنفذها العديد من الجمعيات الوطنية قد لا تتكامل مع ما تقوم به أقسام أخرى مثل الإدارة القانونية. وأقر المشاركون بالحاجة إلى التنسيق والتواصل بين الإدارات - نظراً للطبيعة الشاملة ومتعددة الجوانب لمشروع الرعاية الصحية في خطر والتحديات التي تحدت بالفعل. وذكر أثناء المناقشات أن الإدارات التنفيذية تشعر في كثير من الأحيان أن المسؤولين عن الدعوة إلى تعديل التشريعات الوطنية ينبغي لهم طلب المشورة منها لضمان خروج المبادرات القانونية على نحو يعكس الواقع والتحديات الميدانية. ويصح هذا الأمر تماماً بالنسبة للجهود الرامية إلى تحديد الثغرات أو أوجه القصور في التشريعات الوطنية. وقد يُحاكم في سياقات معينة أشخاص يقومون بمساعدة جرحى أو مرضى تعتبرهم الدولة مجرمين أو إرهابيين، بتهمة تقديم المساعدة الطبية غير المتحيزة. وقد يؤدي تحسين مستوى التواصل والتنسيق في مثل هذه الحالات بين الإدارة القانونية وإدارة العمليات إلى وضع استراتيجية أكثر فعالية

لتغيير القوانين الوطنية التي تجرّم المساعدة الإنسانية المقدمة إلى بعض الجماعات أو الأفراد. وإن استخدام أمثلة من الميدان تُظهر كيف تعيق التشريعات الوطنية توفير الرعاية الصحية أو تعرّضه للخطر يساعد في بناء حجج أقوى في مجال الدعوة والمناصرة. واقترح المشاركون إنشاء منتديات أو لجان وطنية للرعاية الصحية في خطر، حيث يمكنها أن تساعد على ضمان التكامل بين الكفاءات المختلفة عند وضع الاستراتيجيات والتدابير الوطنية.

ينبغي كجد أدنى تدريب المتطوعين في مجالات السلامة على الطرق وآداب المهنة وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي، والسلامة والأمن في الميدان، وأنماط الحياة الصحية، ومهارات التواصل والتفاوض، والمعرفة الثقافية ومدونة قواعد السلوك الخاصة بالحركة الدولية.³⁴ ويجوز عند الاقتضاء توحيد التدريب داخل كل منطقة.

تؤكد مطبوعة أصدرها الاتحاد الدولي في 2011 على أهمية ما يُقدَّر بثلاثة عشر مليون شخص في جميع أنحاء العالم اختاروا أن يتطوعوا للعمل في الجمعيات الوطنية.³⁵ ويُشكل حشد المتطوعين وإشراكهم عنصرًا حاسمًا في ضمان الوصول إلى من يحتاجون للعدون وتقديم المساعدة لهم. ويقدم المتطوعون الإسعافات الأولية في حالات الخطر ويكفلون النقل والعلاج للجرحى والمرضى، ويحشدون المجتمعات المحلية، ويشاركون في حملات التحصين. وينخرط المتطوعون في كل جانب من جوانب سلسلة الرعاية في العديد من الحالات، وينبغي من ثم تدريبهم وإعدادهم لتلك المهام. والتدريب والإعداد أمران ضروريان للمتطوعين في التعامل مع السيناريوهات المختلفة التي قد يواجهونها في حالات الخطر، بيد أن التدريب لا غنى عنه أيضًا لضمان سلامتهم الشخصية. وقد أكدت حلقات عمل مشروع الرعاية الصحية في خطر هذه النقطة مرارًا وتكرارًا.

وينبغي ألا يشكل التدريب مع ذلك غاية في حد ذاته، بل يجب أن يستجيب للاحتياجات والحقائق الخاصة بالحالة. وتختلف الحاجة إلى تدريب المتطوعين والدرجة التي ينبغي تدريبهم كي يصلوا إليها وفقًا للحالة والمهام الموكلة إليهم. فالحد الأدنى من التدريب في مجال السلامة على الطرق مثلًا يمكن أن يتسم بالعمومية الشديدة، وقد يشمل توجيهًا نحو اتباع قواعد معينة أثناء القيادة، من قبيل الالتزام بالسرعة المقررة وارتداء حزام الأمان بصفة دائمة. ولكن هذا التدريب يمكن أيضًا أن يكون مرتبطًا بالسياق إلى حد كبير، كأن يتضمن مثلًا تعلم المسلك

مدونة قواعد سلوك الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية إبان مباشرة عمليات الإغاثة في حالات الكوارث.

وُضعت مدونة قواعد سلوك الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية إبان مباشرة عمليات الإغاثة في حالات الكوارث في صيف عام 1994، ووافقت عليها ثمان من أكبر هيئات الاستجابة لحالات الكوارث في العالم. وهي مدونة طوعية تنص على عشرة مبادئ ينبغي لجميع الفاعلين في الحقل الإنساني الالتزام بها إبان الاستجابة للكوارث. وهي تصف أيضًا طبيعة العلاقة التي يجب على الهيئات العاملة في حالات الكوارث أن تسعى إلى تأسيسها مع الحكومات المانحة والحكومات المضيفة ومع منظومة الأمم المتحدة. ولا تهتم المدونة بالتفاصيل التنفيذية في الميدان، من قبيل حساب الحصص الغذائية أو إقامة مخيمات للاجئين، بل تسعى بدلًا من ذلك إلى الحفاظ على مستويات عُليا من الاستقلال والفعالية والأثر الذي تطمح المنظمات غير الحكومية التي تستجيب لحالات الكوارث والحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر إلى تحقيقه.

1. الأولوية للواجب الإنساني.
2. ضرورة تقديم المعونة بصرف النظر عن الانتماء العرقي لمتلقيها أو معتقداتهم أو جنسيتهم ومن دون أي تمييز ضار أيًا كان نوعه. ويجب أن تحكم الحاجة وحدها تحديد أولويات المعونة.
3. لا يجوز استخدام المعونة لدعم موقف سياسي أو ديني معين.
4. سوف نبذل قصارى جهدنا كي لا نسمح بتسخيرنا لخدمة السياسة الخارجية للحكومات.
5. سوف نحترم الثقافات والتقاليد.
6. مواجهة الكوارث بالاعتماد على القدرات المحلية.
7. إيجاد السبل الكفيلة بإشراك المستفيدين من البرامج في إدارة معونات الإغاثة.
8. يجب أن يكون الغرض الأساسي من معونات الإغاثة هو الحد من مواطن الضعف أمام الكوارث وتلبية الاحتياجات الأساسية.
9. نتحمّل المسؤولية أمام من نسعى لمساعدتهم وأولئك الذين نقبل منهم المساعدة.
10. ضرورة اعتراف أنشطة المعلومات والدعاية بضححايا الكوارث كبشر ذوي كرامة وليس مجرد بشر بائسين.

34 العنوان بالكامل هو: مدونة قواعد سلوك الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية إبان مباشرة عمليات الإغاثة في حالات الكوارث.

35 الاتحاد الدولي، الحماية والتشجيع والتقدير: التطوع في حالات الطوارئ، الاتحاد الدولي، جنيف، 2011.

الدورة التدريبية لمشغلي المركبات المستخدمة في حالات الطوارئ

يكون سائق مركبة الطوارئ مسؤولاً إلى حد كبير عن سلامة زملائه أو زميلاته وسلامة الجرحى أو المرضى الذين يقوم بنقلهم، والمارة غير المشاركين في الحادث والذين يتصادف وجودهم فيه، بالإضافة إلى الدور الفعال الذي يلعبه في نجاعة عمليات الطوارئ. وتُنظَّم دورة تدريبية حول تشغيل المركبات المستخدمة في حالات الطوارئ ويختلف أسلوب تنظيمها تبعاً للسياق، ولكن ينبغي أن تتضمن بشكل نموذجي تدريباً على المجالات التالية:

- مهارات الدقة في القيادة
- تقنيات لتجنب ارتطام المركبة وتهشمها
- إرسال واستقبال الرسائل - عن طريق جهاز لاسلكي على سبيل المثال
- تشغيل المركبات وصيانتها
- السلامة الشخصية عند القيادة على طرق غير ممهدة أو في طقس عاصف
- التحكم في الإجهاد والضغط النفسية
- الدور الذي يضطلع به سائق المركبة والمسؤوليات الواقعة على عاتقه
- القدرة على التحول ورسم خرائط الطرق
- الجوانب القانونية

الواجب اتباعه عند نقاط التفتيش (وهو مرتبط أيضاً بمهارات التواصل والتفاوض). وقد يكون تعلم كيفية إجراء الإسعافات الأولية الأساسية في بعض السياقات كافياً كحد أدنى من التدريب للمتطوعين؛ أما في سياقات أخرى، فقد تكون البرامج التدريبية المكثفة ضرورية لضمان استمرارية وجود الخدمات المُقدَّمة في مرافق الرعاية الصحية التي يُحال إليها الضحايا.

وقد يفرض عدم تدريب المتطوعين بشكل مكثف إلى آثار ضارة على مستوى الرعاية الصحية في جميع أنحاء البلاد في الحالات التي تلعب فيها الجمعية الوطنية دوراً حاسماً في تقديم خدمات الرعاية الصحية على الصعيد الوطني. وقد يختلف نوع التدريب اللازم للمتطوعين من منطقة إلى أخرى داخل البلد نفسه بالنسبة للجمعيات الوطنية التي تعمل في سياقات تتسم بالتنوع الثقافي والديني إلى حد كبير. وينبغي للقائمين على وضع برامج التدريب تحديد المستوى الأدنى من التدريب على نحو يأخذ بعين الاعتبار الموارد المتاحة، والتعاون والتنسيق بين الجهات المعنية، والمهارات اللازمة لتنفيذ المهمة المطلوبة، والمسؤوليات التي تستلزمها هذه المهمة، واعتماد المجتمع المحلي على المتطوعين، والسياق، ونظام الرعاية الصحية بأكمله. وأقر المشاركون أن وجود برامج تدريبية موحدة على المستوى الإقليمي يمكن أن يضمن استمراريتها وجودتها، ورغم ذلك لا يوجد حل عالمي واحد وشامل.

وتستحق مسألة تدريب سائقي سيارات الإسعاف مزيداً من الاهتمام. وعندما طُرح على الجمعيات الوطنية سؤال حول الاحتياجات التدريبية لسائقي سيارات الإسعاف، لم تعلن أي منها على الملأ عن تنفيذ برنامج تدريب خاص بها، وقالت أن التدريب على قيادة سيارات الإسعاف يشكل جزءاً من التدريب العام الذي يتعين على المتطوعين في الخدمات الطبية الطارئة اجتيازه. ويختلف هذا التدريب بطبيعة الحال وفقاً للسياق، ومع ذلك، قد يكون من المفيد إجراء تقييم أشمل للحاجة إلى نظام تدريب خاص لسائقي سيارات الإسعاف لضمان سلامتهم فضلاً عن وصولهم إلى الضحايا، نظراً لأهمية الدور الذي يقومون به في حالات الطوارئ.

ينبغي تحليل مسألة معدات الوقاية الشخصية حسب كل بلد أو سياق،

وتوفير التدريب المناسب

أثيرت مسألة استخدام معدات الوقاية الشخصية في حلقات عمل سابقة، ولكن النقاش في مكسيكو أخذ المسألة إلى آفاق أبعد بكثير. فقد كانت المناقشات السابقة أكثر استقطاباً وأبدت فيها آراء قوية لصالح المسألة وضدها على حدٍ سواء. أما في حلقة عمل مكسيكو فقد أشار عدد من العروض المقدَّمة إلى استخدام معدات الوقاية الشخصية، وركز النقاش بدرجة أقل على ما إذا كان من الواجب استخدامها أم لا، وبدرجة أكبر على مزايا وعيوب استخدامها والطريقة التي عالج بها مقدمو الخدمة المسائل الصعبة المتعلقة باستخدامها من عدمه ومتى يمكن استخدامها. وأقر العاملون في مجال الرعاية الصحية أن استخدام معدات الوقاية في الميدان يخلق معضلات. فيمكن تشجيع استخدام معدات الوقاية في سياقات وحالات معينة، ولكن قد يُعرض استخدامها في واقع الأمر فريق العمل للخطر في حالات أخرى. وتنشأ مشكلة أخرى من جراء صعوبة تحديد أسباب الحوادث الأمنية، حيث يجوز أن تؤدي إلى اتخاذ إجراءات لتخفيف وطأة المخاطر، من قبيل استعمال معدات للوقاية الشخصية لا تعالج

الأسباب الجذرية للمشكلة، وبالتالي لا تخفف من وطأة المخاطر. وبدأ أثناء حلقة العمل التي عُقدت في القاهرة³⁶ أن المشاركين يتفقون على المزايا التي تتمتع بها بعض أنواع معدات الوقاية الشخصية في التعامل مع المخاطر المتوقعة؛ وبات من الواضح أثناء المناقشات التي جرت والعروض التي قُدمت في حلقة عمل مكسيكو أن العاملين في مجال الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم أصبحوا يستخدمون معدات الوقاية الشخصية على نطاق واسع.

وتحاور العاملون في مجال الرعاية الصحية حول مسألة ارتهان سلامة المستجيبين الأوائل وقدرتهم على الاستجابة، وإن لم يكن كلفة، باستخدام معدات الوقاية؛ وينبغي بطبيعة الحال أيضًا تدريب المستجيبين الأوائل على استعمال تلك المعدات بالطرق السليمة. وذكرت بعض الجمعيات الوطنية وجهات أخرى أثناء حلقة عمل مكسيكو أنها تستعمل معدات الوقاية الشخصية أثناء الحوادث التي تتطلب توفير الحماية بقدر أكبر من المعتاد للمستجيبين الأوائل وغيرهم، مثل الهجمات التي تُستخدم فيها الصواريخ أو عقب اندلاع أعمال عنف شعواء. وقال أحد العاملين في خدمات الطوارئ الطبية بإحدى الجمعيات الوطنية أن استخدام معدات الوقاية الشخصية أمر ضروري في السياق الذي يعمل به من أجل حماية الموظفين والمتطوعين من الانفجارات الناسفة والعوامل الكيميائية. وذكرت الجمعية الوطنية أن مثل هذه الحوادث «لا تمنح الفرصة لانتظار عودة الأمن من أجل مواجهة الكوارث، لأن الضحايا سيلقون حتفهم في تلك الأثناء. ومن ثم، وفي هذا السياق تحديدًا، تلجأ طواقم الإسعاف والرعاية الصحية إلى الاعتماد على معدات ومستلزمات للوقاية الشخصية كي تتمكن من الاستجابة بفعالية وتقديم الرعاية للجرحي، وتلك معضلة يواجهها العديد من المستجيبين الأوائل في جميع أنحاء العالم. وأعلنت جمعية وطنية أخرى أن الموظفين والمتطوعين لجأوا إلى الاعتماد على المعدات الواقية نظرًا لزيادة عدد «الهجمات المتابعة» المذكورة سابقًا. بيد أن أفراد طواقم الرعاية الصحية قد يتعرضون لإصابات بالغة أثناء إحدى الهجمات المتتابعة حتى وإن كانوا يستخدمون معدات واقية. وقد يصبح استخدام معدات حماية خاصة ضروريًا في بعض الحوادث التي تنطوي على استخدام عوامل كيميائية، من أجل سلامة الموظفين. وأشارت إحدى الجمعيات الوطنية إلى حاجتها لزيادة قدرتها على توفير معدات حماية فعالة لموظفيها ومتطوعيها، مثل الخوذات والأقنعة الواقية. وذكرت هذه الجمعية الوطنية أنها لم تكن قادرة على الاستجابة لحوادث عديدة بسبب افتقارها إلى معدات للوقاية مما كان من شأنه أن يجعل تلك المهام غير آمنة بالنسبة للموظفين والمتطوعين.

ولفت العديد من المشاركين الانتباه في حلقة عمل الخبراء المنعقدة في أوغلو³⁷ إلى صعوبة وضع حد أدنى مقبول من المخاطر يمكن الاسترشاد به في عملية صنع القرار في الميدان مع توخي الحذر الدائم من أجل الحفاظ على سلامة موظفي الجمعيات الوطنية والمتطوعين. ويترتب على هذا الأمر آثار أخلاقية وقانونية على الجمعية الوطنية (واجب الرعاية والتأمين وما إلى ذلك). ويتوقع المجتمع المحلي غالبًا من موظفي الجمعيات الوطنية ومتطوعيها أن يبذلوا قصارى جهدهم لتقديم المساعدة لمن يحتاجونها، حتى في الظروف الأشد خطورة. ويصح هذا الأمر بشكل خاص عندما لا توضح الجمعية الوطنية بعض القيود التي تعترض سبيلها وطاقاتها المحدودة في تقديم مساعدات الطوارئ حتى بالنسبة للجرحي. ويشعر أعضاء الجمعية الوطنية أنفسهم في كثير من الأحيان أنهم مدفوعون بواجب تقديم المساعدة، ويبدون استعدادًا لتحمل المخاطر حتى عندما يتعارض ذلك مع الإجراءات الأمنية المعمول بها. ويمكن القول أن استخدام معدات الوقاية الشخصية على نطاق واسع قد يقلل من مستوى المخاطر المقبولة، لأن تلك المعدات يمكن أن تمنح مستخدميها شعورًا زائفًا بالأمن. وأثيرت مسألة أخرى هي إمكانية ارتداء العاملين في مجال الرعاية الصحية معدات الوقاية الشخصية أثناء تعرضهم لهجوم من قبل أفراد يريدون الاستيلاء على تلك المعدات. ويتمثل التحدي هنا في وضع إجراءات تشغيل موحدة ومبادئ توجيهية أمنية وخطط للطوارئ موائمة لظروف كل سياق. وعلى نطاق أوسع، لا بد من خلق توازن بين الاستجابة للاحتياجات الإنسانية وسلامة الموظفين والمتطوعين. وقد أكد العاملون في مجال الرعاية الصحية في كثير من الأحيان على أهمية العمل فقط عندما توفر السلطات الضمانات الأمنية اللازمة وتحظى تلك الضمانات بموافقة رسمية؛ وشعر البعض الآخر أن هذا الأمر ليس من الممكن تحقيقه في جميع الأوقات، حيث ينبغي في بعض الحالات منح إنقاذ الأرواح أسبقية على اعتبارات السلامة الشخصية. ويسهم وضع استراتيجيات لحل هذه المعضلة في نهاية المطاف مساهمة كبيرة في توفير رعاية صحية أكثر استدامة تستند إلى الاحتياجات.

ولم يُسفر النقاش الدائر حول استخدام معدات الوقاية الشخصية بعد عن حل يمكن أن يحظى بتوافق جماعي. ويعمل كل من طواقم الرعاية الصحية وسائقي سيارات الإسعاف وأفراد خدمات الاستجابة في حالات الطوارئ

36 حلقة عمل القاهرة، 17-19 كانون الأول/ديسمبر 2012، أمن الرعاية الصحية في الميدان في حالات الطوارئ. لمزيد من المعلومات يرجى الرجوع إلى الرابط التالي:

<http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2012/12-17-egypt-hcid-workshop.htm>.

37 حلقة عمل أوغلو، 3-5 كانون الأول/ديسمبر 2012، دور ومسؤولية الجمعيات الوطنية في تقديم رعاية صحية آمنة في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى. لمزيد من المعلومات، يرجى الاطلاع على الرابط التالي:

<http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2012/health-care-in-danger-expert-workshop-os-lo-2012-12-03.htm>

معدات الوقاية الشخصية

الغرض من معدات الوقاية الشخصية هو الحد من التعرض للمخاطر المحتملة أو الأخطار، ويمكن أن تشمل على سبيل المثال لا الحصر:

- السترات الواقية من الرصاص
- الخوذات
- المركبات المصفحة
- المعاطف أو البزات المصممة خصيصًا للحماية من المواد الكيميائية أو المواد الخطرة
- القفازات (للحماية من الأمراض المعدية، على سبيل المثال)
- النظارات
- الأقنعة الواقية
- الزبي الموحد (شاملًا الأحذية)

لا يشمل مصطلح معدات الوقاية الشخصية المرافقين المسلحين.

الصليب الأحمر الياباني - حقيبة معالجة التلوث النووي والإشعاعي والبيولوجي (الجرثومي) والكيميائي

تمتلك الفروع المحلية للصليب الأحمر الياباني مجموعة معدات وأدوات لمعالجة التلوث النووي والإشعاعي والبيولوجي والكيميائي بغرض مواجهة حوادث التلوث. ولا تدخل فرق الصليب الأحمر الياباني الطبية منطقة ملوثة (يُطلق عليها «منطقة ساخنة») من حيث المبدأ، حيث يصعب تقديم العلاج للمرضى في بيئة ملوثة. وتضطلع الفرق الطبية التابعة للصليب الأحمر الياباني بدور رئيسي يتمثل في إزالة التلوث عن المرضى الذين يُجلبون من «المناطق الساخنة» وتقديم العلاج لهم في بيئة محيطة أكثر أمانًا (وهو ما يُسمى «المنطقة الدافئة»). وتتألف مجموعة معدات وأدوات معالجة التلوث من خيمة للتخلص من التلوث مزودة بأدشاش ونظام لتنقية الهواء، وبزات للوقاية مملوءة بهواء عند ضغط إيجابي، وأقنعة ومستلزمات أخرى. ويُعد التعاون مع فريق الإنقاذ والإجلاء - وهو وحدة الاستجابة الخاصة لقوات الدفاع عن النفس اليابانية أو هيئة المطافئ - أمر ضروري عند مواجهة حوادث تلوث نووي أو إشعاعي أو بيولوجي أو كيميائي. ومن الأهمية بمكان أيضًا توضيح الأدوار التي تقوم بها فرق الاستجابة التابعة للصليب الأحمر وتحديد المعدات اللازمة لها. ويجب أن تكون تلك الفرق مدربة تدريبًا جيدًا وملائمًا، وأن يتوافق سلوك أفرادها مع المعايير المعمول بها.

في سياقات مختلفة، ومن ثم تختلف ضرورة استخدام معدات الوقاية الشخصية وفقًا لذلك. وقد تتباين وجهات النظر حول استخدام معدات الوقاية الشخصية أيضًا تبعًا لطبيعة المنظمة التي تقدم المساعدة وهل هي منظمة محلية أم وطنية أم دولية. وذكر العديد من مقدمي الرعاية الصحية على المستوى المحلي أو الوطني أن قدرتهم على مساعدة الضحايا غالبًا ما تعتمد إلى حد كبير على توافر مستلزمات الوقاية. وإن لم يستطع مقدمو الرعاية الصحية المحليون أو الوطنيون تقديم المساعدة للضحايا بسبب عدم وجود معدات للوقاية الشخصية مما يجعل مهمتهم غير آمنة، فإنهم قد يتكبدون مغبة الرفض أو انعدام الثقة داخل المجتمع المحلي في ما بعد. وقد ذكرت الجمعيات الوطنية أنها قد تبدو ضعيفة أو قد يُنظر إليها باعتبارها تقدم خدمات ذات جودة منخفضة إذا أخفقت في مساعدة بعض الضحايا، حتى في الحالات التي يتعين فيها منح أولوية لسلامة الموظفين والمتطوعين.

وقد يترتب على هذه الحالات على أفضل تقدير، عواقب قصيرة المدى في ما يخص صورة مقدم الرعاية الصحية المحلي وسمعته، وقد تؤدي في أسوأ الأحوال إلى أضرار طويلة الأمد تطال أمن الموظفين والمتطوعين. وتفشل حملات التواصل أو الدورات التدريبية نفسها التي تستهدف عموم السكان والسلطات العامة وقادة المجتمعات المحلية والمجتمع الطبي في توفير معلومات كافية عن القيود التي يواجهها المستجيبون وحدود الرعاية التي يمكنهم تقديمها.

الجوانب الإيجابية والسلبية التي حددها فريق العمل أثناء حلقة العمل وينبغي أخذها

بعين الاعتبار عند البت في استخدام معدات الوقاية الشخصية

الجوانب الإيجابية

- قد تمنح المعدات أو العتاد حماية فعلية ضد الأخطار.
- يكون لوجود تلك المعدات تأثير كبير على الاستجابة في الوقت المناسب عندما يستلزم الأمر.
- قد يشعر الموظفون والمتطوعون بأمان أكثر عندما يُزودون بتلك المعدات.
- قد تتمكن من الوصول إلى المرضى في مناطق يتعذر علينا دخولها من دون حماية.

الجوانب السلبية

- الحجة الرئيسية ضد استخدام معدات الوقاية هي أنها باهظة التكاليف.
- تجعل من الصعب التمييز بين القوات المسلحة وقوات الأمن أو الشرطة وبيننا.
- تكون المعدات في أغلب الأحيان ثقيلة الوزن للغاية ومن ثم تقيد حرية الحركة عند من يرتديها.
- قد تعطي إحساساً زائفاً بالأمن، مما يقود الناس إلى تعريض أنفسهم لمزيد من المخاطر.
- قد تخلق المعدات في بعض الأحيان حالة من الخوف أو القلق لدى المرضى أو المصابين أو عموم الناس. (فالأقنعة تخفي وجوه مرتديها وتبدو مخيفة؛ وللتخفيف من وطأة هذا الأمر، ينبغي أن تكون الألوان والعلامات المستخدمة في المعدات هي نفسها الموجودة على الزي الموحد الذي يرتديه موظفو المنظمة ومتطوعوها).

وسلّطت الحجج التي ساقها المشاركون الضوء على الصعوبات التي يواجهها العاملون في مجال الرعاية الصحية عند اتخاذ قرار باستخدام معدات الوقاية الشخصية أو عدم استخدامها. وقد اتفق المشاركون حول قيمة تحليل عملية استخدام معدات الوقاية الشخصية في سياقات محددة، وإحصاء وحصر مزايا هذا الاستخدام وعيوبه. وقد يساعد هذا التحليل الجمعي الوطنية وغيرها من المنظمات في اتخاذ قرارها بشأن استخدام تلك المعدات ومتى.

ينبغي في جميع الأوقات تجنب مرافقة حراسة مسلحة لسيارات الإسعاف المدنية

تتبنى الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر موقفاً مبدئياً ضد استخدام أي نوع من الحماية المسلحة، عبّرت عنه في القرار رقم 9 الصادر عن مجلس المندوبين لعام 1995 بعنوان «الحماية المسلحة للمساعدة الإنسانية»، وأكدت على هذا الموقف مجدداً في الآونة الأخيرة في القرار رقم 7 لمجلس المندوبين المنعقد عام 2005 والمعنون «وثيقة توجيهية بشأن العلاقات بين مكونات الحركة والهيئات العسكرية». والسبب وراء هذا الرفض الأساسي هو أن الحماية المسلحة لمكونات الحركة تتنافى مع المبادئ الأساسية للحركة، لا سيما الإنسانية وعدم التحيز والاستقلال والحياد.

بيد أن قرارات مجلس المندوبين، وعلى وجه الخصوص المطبوعة الخاصة باستخدام الحماية المسلحة المرفقة بالقرار رقم 9 لمجلس المندوبين لعام 1995،³⁸ تقر باحتمال وجود حالات استثنائية لا يمكن فيها إنقاذ الأرواح إلا من خلال قبول الحراسة المسلحة، وبالتالي يتطلب مبدأ الإنسانية من الحركة قبول تغييرات في إجراءاتها التشغيلية والتنفيذية المتبعة عادةً. وتضع المطبوعة بعض الشروط الدنيا أو الأسئلة التي اعتمدها القرارات سالف الذكر، والتي ينبغي استيفاؤها والإجابة عنها بالقبول، قبل أن يتخذ أي مكون من مكونات الحركة قراراً باللجوء إلى الحراسة المسلحة.

وترد تلك الأسئلة في ما يلي:

- هل الاحتياجات ملحة إلى درجة تبرر اللجوء إلى وسيلة استثنائية للعمل (على سبيل المثال إنقاذ الأرواح على نطاق واسع)؟ وهل يمكن تلبيتها فقط باستخدام حراسة مسلحة؟
- هل مكون الحركة المعني على يقين من أن استخدام حراسة مسلحة لن يكون له تأثير ضار على أمن المستفيدين المستهدفين؟
- هل المكون المعني هو الأقدر على تلبية الاحتياجات المحددة؟ وهل توجد أي وكالة أو هيئة أخرى من خارج الحركة يمكنها الاضطلاع بالأنشطة نفسها أو تلبية ذات الاحتياجات؟
- هل تدرس فكرة اللجوء إلى الحماية المسلحة في المقام الأول بسبب قيمتها الردعية وليس لقوتها المسلحة، وذلك نظراً لإحجام الحركة الشديد عن التفاوض عن استخدام العنف والتهديد به لردع الهجوم؟
- هل منح الطرف المسيطر أو السلطة المسيطرة على الأراضي التي ستمر من خلالها القافلة والتي سيجري فيها تسليم المساعدة الإنسانية موافقة كاملة على مبدأ الحراسة المسلحة والصيغة أو الكيفية التي ستُنفذ بها؟ ينبغي أن يبقى حاضرًا في الأذهان أنه في حال سحب هذه الموافقة، يجب إعادة تقييم الوضع والشروع مرة أخرى في المفاوضات.
- هل الغرض من وراء الحماية المسلحة هو توفير الحماية من قُطّاع الطرق والمجرمين العاديين في حالة انهيار منظومة الأمن وحفظ النظام بشكل عام؟ وينبغي أن يبقى عالقاً في الأذهان التأكد من عدم وجود أي مخاطر لحدوث مواجهة بين المرافقين المسلحين والأطراف المشاركة فعلياً في النزاع أو الجماعات المسلحة المنظمة المسيطرة على جزء من المنطقة التي تمر بها القافلة الإنسانية.

38 للجنة الدولية، «مطبوعة حول استخدام الحماية المسلحة من أجل المساعدة الإنسانية»، مستخلصة من «ورقة عمل، مجلس المندوبين، 1995»، المقدمة إلى مجلس المندوبين المنعقد في جنيف يومي 1 و2 كانون الأول/ديسمبر 1995.

(مقتبس من: اللجنة الدولية «مطبوعة حول استخدام الحماية المسلحة من أجل المساعدة الإنسانية»، وهي مستخلصة من «ورقة عمل مجلس المندوبين لعام 1995» التي عُرضت على مجلس المندوبين المنعقد في جنيف يومي 1 و2 كانون الأول/ديسمبر 1995).

بيد أنه يتعين على الحركة الإقرار بجواز لجوء وسائل النقل الطبي غير التابعة لها إلى العمل تحت حماية قوافل عسكرية، بل وبأنها قد تكون ملزمة في بعض الحالات بالانضمام إلى قافلة عسكرية.

وأشار ممثلو الخدمات الطبية العسكرية خلال حلقة عمل مكسيكو في تذكير للمشاركين الآخرين إلى أن هذه التوصية ليست ذات صلة بالخدمات الطبية العسكرية التي تكون سيارات الإسعاف التابعة لها في أغلب الأحيان جزءاً من قوافل عسكرية أكبر. وذكروا مع ذلك أنهم يفهمون ويقدرّون القضايا المثارة من حيث صلتها بخدمات الإسعاف المدنية التي تعمل في مناطق محفوفة بالمخاطر.

التأكد من وجود خطط للطوارئ وتنفيذها بالتنسيق مع نظم المستشفيات

شدد المشاركون خلال المناقشات التي جرت في مكسيكو على ضرورة وضع خطط للطوارئ تأخذ في الاعتبار الأطراف الأخرى التي تقوم بدور في الاستجابة لحالات الطوارئ، كنظم المستشفيات على سبيل المثال، وهيئة المطافئ وأقسام الشرطة والسلطات العامة والهيئات المكلفة بإنفاذ القوانين. وينبغي أن يكون الهدف من أي خطة طوارئ هو ضمان الوصول الفعال والأمين للجرحي والمرضى إلى المستشفيات. ولكن قد تتعاضد الاحتياجات الإنسانية في حالات الخطر بحيث تتخطى قدرة خدمات الإسعاف التي تقدمها الجمعيات الوطنية، وبالتالي تصعب تلبية جميع الاحتياجات. وقد تحتكر الجمعيات الوطنية فعلياً خدمات الإسعاف في بعض السياقات؛ بينما تعمل خدمات الإسعاف التابعة للجمعيات الوطنية في حالات أخرى جنباً إلى جنب مع الخدمات الخاصة أو تلك التي تديرها الحكومات. ومن الضروري التأهب في كلتا الحالتين من خلال إعداد خطط عمل ملموسة يمكن تنفيذها إذا استنفدت أو وقتما تستنفد قدرات خدمات الإسعاف. وأشارت إحدى الجمعيات الوطنية إلى أن الحكومات وأقسام التأهب الوطني فيها هي التي تكون مسؤولة عن وضع مثل هذه الخطط. وتكون السلطات قادرة أيضاً حينما تتصرف بهذه الصفة على جمع كافة المنظمات الوطنية المشاركة في التأهب للكوارث معاً، والتأكد من تحديد أدوارها ومسؤولياتها مسبقاً. ويشي ذلك بتطور الإجراءات التنظيمية وخطط الطوارئ.

وقد تعلن السلطات «حالة الطوارئ» في سياقات معينة. وتُفرض بشكل عام في مثل هذه الحالات قيود كبيرة على الحركة، باستثناء ما يخص قوات أمن الدولة أو القوات العسكرية. ولذلك قد يحتاج موظفو الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبي إلى الحصول على إذن أو تصريح خاص أو إعفاءات معينة كي يتمكنوا من مساعدة الضحايا. أما بالنسبة للجمعيات الوطنية التي تعمل في سياقات تكون هي الجهة الوحيدة تقريباً التي تقدم خدمات الإسعاف، فقد تكتسب عملية وضع خطط للطوارئ أهمية خاصة في الحفاظ على جودة وفعالية خدماتها. وخلاف ذلك، إن لم تستطع الجمعية الوطنية مواجهة حالات الطوارئ بسبب مسائل تتصل بقدراتها المحدودة، قد تُترك المجتمعات المحلية دون خدمات نقل طبي ملائمة أو دون خدمات على الإطلاق. وينبغي مناقشة الحلول البديلة وممارستها قبل أن يصبح استنفاد قدرات الجمعية الوطنية حقيقة واقعة. وينبغي وضع خطط طوارئ من هذا القبيل بهدف واحد في المقام الأول وهو نقل الضحايا إلى أماكن يمكنهم تلقي العلاج فيها. ويمكن التفكير في وسائل النقل الخاصة والعامة المتوفرة محلياً وإدراجها في مثل هذه الخطط، حيث تكمل هذه الوسائل قدرات الجمعية الوطنية، بل وقد تكون الوسيلة الوحيدة للوصول إلى الضحايا أو إلى مرافق الرعاية الصحية.

ويجب أن تعكس خطط الطوارئ تحديات معينة في السياق الذي تعمل فيه الخدمة. وينبغي التساؤل عن المخاطر التي من المرجح مواجهتها وكيفية التخفيف من وطأتها. وتباين تلك المخاطر إلى حد كبير من بلد إلى آخر. فعلى سبيل المثال، تتضمن تلك الخطط جانباً مهماً هو القدرة على التفاوض أو وجود آليات إخطار بين الأطراف المعنية، وكلاهما أمران يعتمدان اعتماداً كلياً على السياق الذي تعمل فيه الخدمات وعلى الأطراف المعنية. وضرب المشاركون في حلقة عمل المكسيك أمثلة كثيرة على التخطيط للطوارئ في سياقات محددة. فعلى سبيل المثال، ذُكر أن «أزارة للإنذار بالفرع» وكاميرات مراقبة وُضعت في أقسام الاستقبال في المستشفيات التي يشيع فيها استخدام العنف أو التهديد به. وتنفذ تدابير احترازية أثناء نقل المرضى وفي المناطق التي يردون إليها على حدٍ سواء. والهدف من وراء ذلك هو الحد من مخاطر العنف الموجه ضد المرضى والموظفين. إضافة إلى ذلك، أشارت عدة جمعيات وطنية خلال حلقة العمل إلى أن استخدام النظام العالمي لتحديد المواقع (GPS) لتتبع سيارات الإسعاف كان له أثر إيجابي في التقليل من المخاطر التي تواجهها أثناء العمليات. وفي أحد السياقات كانت الجمعية الوطنية تقوم بتشغيل أسطول ضخم من سيارات الإسعاف، وأتاح لها استخدام نظام تحديد المواقع فرصة الاستجابة على نحو أكثر دقة وفعالية لحالات الطوارئ بفضل نظام للحاسوب كان من شأنه تحديد مكان سيارة الإسعاف الأكثر قرباً من موقع الطوارئ. ويقوم نظام الحاسوب بكبسة زر على الخريطة باختيار المركبة اللازمة للاستجابة تلقائياً، ثم يوجه نظام تحديد المواقع من تلقاء نفسه السيارة إلى أفضل مسار. وتستخدم أنظمة مماثلة في

مركبة وحدة الجراحات البسيطة التابعة للصليب الأحمر الياباني

تستجيب جمعية الصليب الأحمر الوطنية في اليابان للكوارث الطبيعية مثل الزلازل أو الفيضانات أو المجاعات. ويختلف العمل الإغاثي وفقاً لنوع الكارثة. ففي حالة وقوع زلزال، تبرز الحاجة لاتخاذ إجراءات فورية - في الأسبوعين الأولين بعد إجراء الجراحات، وبعد مرور أسبوعين أو أكثر على تلقي الرعاية الطبية. وتستعيد المرافق الطبية المحلية قدراتها تدريجياً عقب وقوع الزلزال، وتكون المنطقة المتضررة من الزلزال عادةً محدودة وواضحة التخوم. وتستمر الحياة في المناطق غير المتضررة كما كانت عليه من قبل؛ وبالتالي يمكن للجرحى في مناطق الكوارث تلقي العلاج في المستشفيات في المناطق غير المتضررة إذا كانت القدرة اللوجستية على نقل المرضى تعمل بكفاءة. ولدى الصليب الأحمر الياباني وحدة أو مركبة للجراحات البسيطة من أجل تقديم استجابة فورية لمثل هذه الحالات، وهدفها الرئيسي هو الفرز والإسعاف الأولي، بما في ذلك إجراء العمليات الجراحية البسيطة إذا لزم الأمر. ويقلل وجود وحدة الجراحات البسيطة من عدد الأشخاص الذين يتوجب نقلهم إلى مستشفيات تتحمل فوق طاقتها بالفعل بسبب حالة الطوارئ أو الكوارث. ويمكن لوحدة أو مركبة الجراحات البسيطة أن تؤدي مهام كثيرة تبعاً للحالة وأن تكون بمثابة مركز للإسعافات الأولية أو عيادة متنقلة.

بعض الحقائق عن مركبات وحدة الجراحات البسيطة:

- أسست لعلاج المرضى أو الجرحى ولا تقتصر على الجراحات فحسب
- العلاج متاح فيها للمرضى الوافدين إليها مباشرة أو المنقولين في سيارات إسعاف
- العلاج الجراحي متاح ولكنه يقتصر على الحالات التي يُستخدم فيها التخدير الموضعي
- لا يوجد بالمركبة معدات للتخدير العام
- تتوفر في حالات الطوارئ مواد تعقيم مجلوبة من الخارج
- المركبة مصممة للاستخدام في المرحلة الأولية من الكوارث المحلية
- تكون جاهزة للاستخدام في أقل من ثلاثين دقيقة بعد تكليفها بمهمة في موقع الكارثة
- لا تتناسب مع النقل إلى خارج البلاد نظراً لضخامة حجمها
- لا يمكنها الذهاب إلى مناطق معينة في اليابان
- تُطلب في بعض الأحيان كتنديب احتياطي استعداداً لحالات خلاف الكوارث مثل مباريات كرة القدم والحفلات الموسيقية والمؤتمرات الدولية الكبيرة، وما إلى ذلك.



نظم التواصل في جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني

كانت جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني تستخدم في الماضي الهواتف الجوالة فقط من أجل التواصل. ومع ذلك، لم يكن من الممكن التعويل على تلك الوسيلة لأنها كانت غير مستقرة في حالات الطوارئ. وتلقت جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني المساعدة من شركات اتصالات لاسلكية محلية من أجل تأسيس شبكة لاسلكية خاصة بها تمكنها من تقديم الخدمات على نحو أكثر كفاءة وموثوقية. وهي تستخدم الآن أجهزة اتصال لاسلكية ذات تردد عال جداً (VHF) تشكل وسيلة الاتصال الرئيسية بين سيارات الإسعاف والموظفين ومحطات الخدمات الطبية في حالات الطوارئ. وتغطي شبكة الاتصال اللاسلكي معظم المناطق في الضفة الغربية وقطاع غزة، ولكن نظراً لوقوع بعض الأضرار السابقة في شبكة الاتصالات اللاسلكية، رأت جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني ضرورة وجود وسائل اتصال أخرى احتياطية. وبالتالي تستخدم جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني أيضاً أجهزة إعادة إرسال متنقلة، وهواتف جوالة وهواتف ساتلية. وتشمل وسائل الاتصال التي تستخدمها جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني ما يلي:

1. شبكة اتصالات لاسلكية ذات تردد عال جداً

- أ مواقع ثابتة: أجهزة إعادة إرسال ثابتة MTR2000 في كل محافظة على تردد محدد؛ ويتصل كل جهاز بغرفة العمليات المركزية في المقر الرئيسي لجمعية الهلال الأحمر الفلسطيني؛
- ب أجهزة إعادة إرسال متنقلة: يوجد جهاز إعادة إرسال متنقل واحد في كل محافظة يُستخدم احتياطياً في حالة انقطاع الإرسال عن وحدات إعادة الإرسال الثابتة؛
- ج جهاز إعادة إرسال متنقل مع كل فريق من فرق الاستجابة في حالات الكوارث.

وتغطي شبكة الاتصالات اللاسلكية ذات التردد العال جداً حوالي 90٪ من مساحة الضفة الغربية وقطاع غزة. أما في المناطق العسكرية والمناطق القريبة من الحدود، فإن الجيش الإسرائيلي يعترض سبيل أي إشارات تصدر عن أجهزة اتصالات لاسلكية.

2. التواصل عبر الهواتف الخلوية الجواله

تُستخدم الهواتف الجواله ذات الدائرة المغلقة/ أو الهواتف الجواله الجماعية كنظام احتياطي في حالة عدم وجود تغطية كاملة أو انقطاع كامل لشبكة الاتصالات اللاسلكية ذات التردد العالي جداً (تزود كل سيارة إسعاف بهاتف خلوي).

3. هواتف ساتلية

بين قطاع غزة والضفة الغربية، ويمكن استخدامها في حالة انقطاع الاتصال بين قطاع غزة والضفة الغربية. وتتيح هذه الوسيلة أيضاً التواصل بين الأراضي الفلسطينية المحتلة وبقية أنحاء العالم في حالة وقوع كارثة أو وجود حالة طوارئ.

4. التبع عبر النظام العالمي لتحديد المواقع الموجود في جميع المركبات التابعة لجمعية الهلال الأحمر الفلسطيني.

سياقات أخرى. أما بالنسبة لمسألتي أمن سيارات الإسعاف وإمكانية وصولها إلى الضحايا في حالات الخطر، فإن استخدام النظام العالمي لتحديد المواقع يتيح الفرصة أيضاً لمركز الإيفاد لرصد ما إذا كانت سيارة إسعاف موجودة على مقربة من منطقة غير مؤمنة، وأيضاً متابعة الوقت الذي استغرقته سيارة الإسعاف عند إيقافها في نقطة تفتيش. ورغم ذلك، ذكر بعض المشاركين أيضاً أن استخدام النظام العالمي لتحديد المواقع قد يؤدي في بعض الحالات إلى إثارة الشبهات لدى الأطراف المعنية، وبالتالي قد يسهم في تعريض أمن سيارات الإسعاف للخطر.

الدعم النفسي

لم تُقدّم توصيات محددة بشأن الدعم النفسي والاجتماعي، ولكن هذا الموضوع شكّل محوراً لعدد مختلف من العروض والمناقشات. وكان هناك اتفاق واسع بين المشاركين على ضرورة بذل الجهود لتقديم الدعم النفسي والاجتماعي في حالات الخطر. إضافة إلى ذلك، شددت حلقات العمل السابقة حول الرعاية الصحية في خطر على أهمية استراتيجيات وتقنيات إدارة الإجهاد الذي يتعرض له العاملون في مجال الرعاية الصحية، بمن فيهم سائقو سيارات الإسعاف، حيث يُعتقد أن التحكم في الإجهاد يعتبر عاملاً حاسماً لضمان سلامة هؤلاء الأفراد. وقد يكون العمل في حالات الخطر مرهقاً للغاية ويتسبب في إجهاد شديد للعاملين في مجال الرعاية الصحية، سواء كانوا من موظفي منظمة ما أو من المتطوعين، من العاملين المحليين أو المغتربين. وقد ذكر بعض المجيبين في دراسة استقصائية أجرتها اللجنة الدولية اعتباراً من عام 2010 - لا سيما أولئك الذين فقدوا زملاء لهم أو تعرضوا لضغوط من أسرهم - أن المخاطر جعلتهم يفكرون في ترك عملهم.³⁹

جمعية ماغن دافيد آدموم (نجمة داود الحمراء) الإسرائيلية

تُزود كل منطقة بسيارة واحدة على الأقل للاستجابة في حالة الإصابات المتعددة الجوانب، وذلك للتصدي للحوادث التي تتسبب في وقوع عدد كبير من الضحايا، فضلاً عن مستودع متنقل للمستلزمات والإمدادات من أجل الحوادث التي تنجم عنها أعداد غفيرة من الإصابات. وتشمل اللوازم والإمدادات الموجودة في كل سيارة ما يلي:

- حقيبة لعلاج الإصابات والجروح: تُمكن أي مهني محترف على مستوى متقدم من الكفاءة وحاصل على شهادة متخصصة في إنقاذ الأرواح من اتباع الخطوات اللازمة لضمان فتح مجرى الهواء لدى المريض وتنظيم تنفسه والتأكد من أن الدورة الدموية تعمل بكفاءة.
- حقائب الإسعافات الأولية والسوائل التي يستخدمها فنيو حالات الطوارئ الطبية
- لوحات العمود الفقري وأطواق العنق والنقلات
- أنابيب الأكسجين
- سترات لتحديد الهوية، ودروع واقية للجسد، وخوذات أمان.



لوحات العمود الفقري لنقل أشخاص يُشتبه في إصابتهم في العمود الفقري



حقائب المعدات اللازمة لفنيي الطوارئ الطبية والمسعفين



المعدات والمستلزمات الموجودة على متن المركبة

ويُمنح الموظفون والمتطوعون الدعم النفسي والاجتماعي بشكل عام في ثلاث مراحل: قبل المهمة وأثناء القيام بها وبعد إنجازها. ويجب أن يكون مقدمو الرعاية الصحية على علم وإمام كامل بكيفية التعرف على الضغوط والإجهاد اللذين يتعرض لهما المتطوعون والموظفون والتعامل معهما في المراحل الثلاث. وينبغي توفير إجراءات مناسبة لإعداد المتطوعين والموظفين لمواجهة ظروف مجهدّة قد يتعين عليهم أداء عملهم تحت وطأتها؛ وينبغي أيضاً وضع تدابير للتخفيف من الإجهاد الذي من المحتمل التعرض له بعد الصدمات.

وقد ذكر ممثل إحدى الجمعيات الوطنية أن الصحة النفسية لموظفيها ومتطوعيها هي مسؤولية أساسية تقع على عاتق إدارة المنظمة. وقد وُضع برنامج تدريبي محدد لإعداد المتطوعين والموظفين للمواقف التي قد يتعرضون لها في الميدان. بالإضافة إلى ذلك، قامت الإدارة باستخلاص المعلومات والمتابعة عقب الحوادث. وأشار ممثل جمعية وطنية أخرى أن العاملين في طواقم الإسعاف نادراً ما يتلقون دعماً نفسياً واجتماعياً لأنهم يعملون تحت ضغط الوقت ووطأة الاحتياجات العاجلة، إلى حد لا يمكن معه أن يشكل هذا الدعم أحد الأولويات. وأشار أيضاً إلى شعور بعض المستجيبين الأوائل بالتردد في قبول الدعم النفسي لأنه يولد لديهم شعوراً بالضعف أو الهشاشة.

علاوة على ذلك، أشارت إحدى الجمعيات الوطنية إلى أنها تشترط مسبقاً على المرشحين لمهام دولية التمتع بصحة نفسية جيدة وقوية قبل إيفادهم إلى تلك المهام، وأنها تتبع عملية فحص دقيقة لاختيار المرشحين المناسبين. بيد أن الحاجة إلى المساعدة في حالات الخطر قد تكون واسعة النطاق وملحة للغاية لدرجة تجعل من المستحيل ممارسة القدر نفسه من الانتقائية مع العاملين المحليين في مجال الرعاية الصحية. وفي نهاية المطاف، ليس كل سائقي سيارات الإسعاف والمتطوعين والممرضين أو الأطباء مؤهلين نفسياً للمواقف التي قد يواجهونها في حالة نشوب نزاع مسلح أو في حالات الطوارئ على الصعيد الوطني. وحتى إن كانوا مؤهلين بالقدر الكافي، يُتوقع منهم مواجهتها والرد بأفضل ما أوتوا من قدرة.

بالإضافة إلى الإجراءات المذكورة أعلاه، قد تكون التوصيات التالية مفيدة لضمان تأهب المستجيبين بشكل كافٍ من الناحية النفسية:

- وضع آليات التواؤم الفردية والجماعية مع الأقارب والأصدقاء والزملاء، وغيرهم (بمن فيهم الأسرة والأقران ودعم المجتمع المحلي)؛
- تلقي تدريب كافٍ (عند بدء العمل وطوال فترته) يحاكي بأكبر قدر ممكن الواقع الميداني، ولا سيما أثناء التعرض لأعمال العنف في حالات الخطر، بما في ذلك في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى (وأن يتسم التدريب بالواقعية والعملية)؛
- وجود نظام فعال للإدارة الأمنية (أي عناصر إطار الوصول الآمن) يكون المستجيبون على دراية ووعي به ويمكنهم الامتثال له بسهولة؛
- توفير معلومات كافية عن الوضع والاحتياجات والأدوار أو المهام والمسؤوليات، واللاعبين الآخرين، والقواعد الأمنية، الخ؛
- توفير الحد الأدنى من الراحة (الطعام والشراب والمأوى والأحذية الطويلة والمعدات، الخ)؛
- الإشراف وبعض الدعم (التقدير والمكافآت، وما إلى ذلك)؛
- وضع خطة طوارئ لإنقاذ المستجيبين الذين يصابون بجراح أو يمرضون؛
- منح غطاء تأميني أو ضمانات لتقديم الدعم اللازم للمستجيبين في حالة الإصابة أو المرض، وإلى أسرهم في حالة الوفاة.

للحصول على معلومات أكثر تفصيلاً، يُرجى الاطلاع على المبادئ التوجيهية للجنة الدائمة المشتركة بين

الوكالات بشأن الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي في حالات الطوارئ.⁴⁰

40 المبادئ التوجيهية للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات بشأن الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي في حالات الطوارئ، اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، جنيف، 2007. ويمكن الاطلاع عليها على الرابط التالي:
http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf

مركز كوبنهاغن

نظرة عامة

يكون أفراد طواقم الرعاية الصحية الذين يعملون في حالات الخطر عرضة للصدمات والإجهاد والضغط النفسية. ويؤكد مشروع الرعاية الصحية في خطر على وجوب تقديم الدعم النفسي والاجتماعي لقوة العمل قبل المهمة وفي أعقابها. ويركز هذا القسم على المسائل ذات الصلة بالدعم النفسي والاجتماعي في سياق تقديم الرعاية الصحية في حالات الخطر.

المبادئ الأساسية

يقدم مركز الدعم النفسي والاجتماعي التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر دعمًا فنيًا للجمعيات الوطنية كي تضع وتنفذ برامج الدعم النفسي والاجتماعي في سياقات مختلفة من بينها توفير الدعم للعاملين والمتطوعين. وتهدف برامج الدعم النفسي والاجتماعي إلى تعزيز عملية الصمود من خلال دعم الموارد الداخلية والخارجية. ويعني بناء «الصمود» تعزيز قدرة الفرد أو المجتمع المحلي على استعادة نشاطه السابق عقب حادثة غير مواتية أو ضارة. ويوجد لدى كل فرد مستوى معين من القدرة على الصمود، ولذلك فإن الدعم النفسي يسعى إلى تحديد هذا المستوى وتعزيزه. ويهدف الدعم النفسي والاجتماعي في حالات الطوارئ إلى مساعدة الناجين في ما يلي:

- استعادة الشعور بالحياة الطبيعية؛
- استعادة الأمل والكرامة؛
- تحسين مستوى الانتعاش النفسي والصالح الاجتماعي؛
- بلوغ حياة مستقرة والعمل المتكامل.

وتستند هذه البرامج إلى الدروس المستفادة وأفضل الممارسات من عدة حالات استجابة للكوارث، وترتكز على مشروع «اسفير» حول تنسيق المعايير الإنسانية، والمبادئ التوجيهية للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات بشأن الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي في حالات الطوارئ، على أساس المبادئ التالية:

- تقييم الحالة والاحتياجات النفسية والاجتماعية؛
- التعاون / التنسيق؛
- المعلومات ذات الصلة بالكوارث والخدمات والبحث عن المفقودين؛
- حقوق الإنسان والإنصاف؛
- التدخل الذي يعتمد على المجتمع المحلي / الملكية المحلية؛
- عدم إلحاق الضرر؛
- ضمان الحماية والتركيز بشكل خاص على الأطفال الرضع والأطفال الصغار؛
- التعويل على الموارد والقدرات المتاحة؛
- نظم الدعم المتكاملة؛
- الدعم متعدد الطبقات (الشكل الهرمي)؛
- رعاية الموظفين والمتطوعين.

ويوصي مركز الدعم النفسي والاجتماعي بالتدخل على مستوى قطاعات وطبقات متعددة للتعامل مع ردود الفعل ما بعد الإصابة المؤلمة والمجهدة. ويكون معظم العاملين قادرين على التعافي من الأحداث المكربة بفضل الدعم الأساسي مثل الإسعافات الأولية النفسية. ويعتبر الدعم الذي تمنحه الأسرة والأقران والمجتمع المحلي جنبًا إلى جنب مع الرعاية الذاتية عوامل كافية لتيسير الشفاء. بيد أن بعض الحالات قد تحتاج إلى دعم أكثر تركيزًا وتخصصًا قد يستلزم عرض العامل على إخصائين في مجال الصحة النفسية والاجتماعية. ويوضح الشكل أدناه مستويات التدخل التي يوصى بها استنادًا إلى احتياجات الأفراد وفرق العمل.

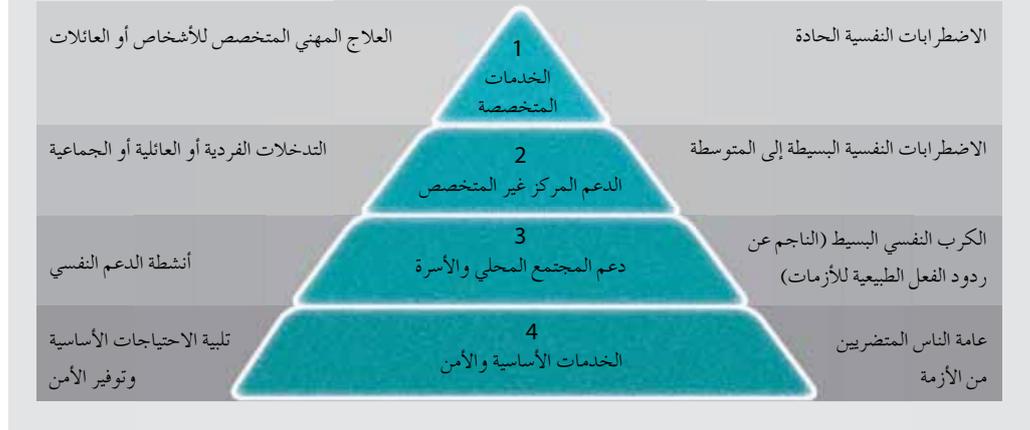
ولا يتفاعل الجميع مع نفس الحدث بالطريقة نفسها، فقد يتفاعل البعض بشكل أسرع بينما يستغرق البعض الآخر وقتًا طويلًا لإظهار ردود فعله. ومن ثم، يوصى بإجراء تقييم منتظم لأفراد الخدمات الطبية واحتياجاتهم كي يتسنى توفير الدعم لهم في الوقت المناسب. وإضافة إلى ذلك، تختلف آليات مواجهة الأزمات باختلاف الأشخاص، استنادًا إلى خلفياتهم الثقافية ونظام المعتقدات الدينية والسن أو الجنس، وبالتالي تحتاج التدخلات إلى مرونة وإلى ارتباط بالسياق الذي تجري فيه كي تتسم بالفعالية.

وقد وضعت اللجنة الدولية بالتعاون مع الاتحاد الدولي وبعض الجمعيات الوطنية برامج للدعم النفسي والاجتماعي والصحة الذهنية لصالح موظفيها ومتطوعيها. وقد عرض ممثل هيئة الهلال الأحمر السعودي على سبيل المثال

خدمات دعم الصحة الذهنية والنفسية

الاستجابة المقترحة

الأثر المتوقع على السكان بسبب الأزمات



المصدر: يعتمد الرسم التوضيحي على الشكل الهرمي للتدخل من أجل الصحة الذهنية والدعم النفسي في حالات الطوارئ، والوارد في المبادئ التوجيهية التي وضعتها اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (في عام 2007)

خلال مؤتمر الرعاية الصحية في خطر المنعقد في مكسيكو على المشاركين نظام التقييم الذي وضعته الهيئة لتقييم قوة العمل لديها. وبالمثل، ذكرت جمعية الصليب الأحمر الكولومبي أن لديها برنامجًا منظمًا لاستخلاص المعلومات وُضع خصيصًا لموظفي الرعاية الصحية. ويمكن توثيق هذه البرامج ومواءمتها في سياقات أخرى أيضًا بدلاً من إهدار الجهد وإضاعة الوقت في كل مرة يوضع فيها برنامج جديد.

المشكلة: كما ذكر آنفًا، يواجه أفراد طواقم الرعاية الصحية الذين يعملون في حالات الخطر في أغلب الأوقات أحداثًا تتسبب لهم في إجهاد بل وصدمات في بعض الأحيان. وقد تؤدي هذه التجارب إلى تبعات نفسية طويلة الأمد. علاوة على ذلك، قد تسبب تلك الأحداث انخفاضًا في مستوى اليقظة والأداء، وتؤدي إلى سوء الحكم على الأمور وإلى عواقب على مستوى صحة الفرد وعلاقته بأسرته.

والإرهاك هو أثر آخر شائع بين أولئك الذين يعملون في المواقف العصيبة التي تنطوي على التعرض لإجهاد كبير لفترة طويلة دون الاهتمام بالذات. وهو حالة عاطفية تنجم عن التعرض للإجهاد على المدى الطويل، وتسمم بالاستنزاف العاطفي المزمن واستنفاد الطاقة وضعف الحماس والدافع على العمل، وانخفاض الكفاءة في الأداء، وتدني الشعور بالإنجاز الشخصي، والتشاؤم والسخرية.

التوصيات: حيث أن التجارب المؤلمة والإجهاد والضغط النفسي هي حقائق واقعة في عمل من ينهضون بخدمات الرعاية الصحية في حالات الخطر، يوصى بوضع نظام للدعم النفسي لأفراد الطواقم الطبية التي تضطلع بهذه المهمة. وينبغي أن يكون هذا النظام مزيجًا من الدعم الأساسي والمهني. ويجب على كل جمعية وطنية أن تنشئ شبكات محلية يمكنها أن توفر الرعاية الصحية الذهنية على نحو مهني للعاملين لديها إذا لزم الأمر. ثانيًا، ينبغي أن يتلقى الموظفون تدريبًا على المهارات الأساسية مثل الرعاية النفسية الأولية والرعاية الذاتية. وأخيرًا، في ما يلي بعض النصائح البسيطة للقيادات والفرق والأفراد يمكن أن تساعدهم في التعامل مع ردود الفعل الناجمة عن الإجهاد:

- **القيادة:** يبدأ الدعم من التزام القيادة. ويوصى بما يلي: (أ) اتباع بروتوكولات للفحص والتوجيه قبل المهمة (ب) تقديم الدعم أثناء المهمة وبعد انتهائها و(ج) التدريب على دعم الأقران والرعاية الذاتية وتقديم مبادئ توجيهية في هذا الصدد طوال مدة المشروع. ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أن التجارب التي تتسبب في إصابات وصدمات شديدة تتطلب تدخلًا من إخصائين في الصحة النفسية. وفي ما يلي بعض النصائح للمشرفين والإداريين:
- تقديم التوجيه والدعم لأعضاء الفريق؛
- إجراء تقييم وفحص لقوة العمل قبل المهمة وبعد انتهائها؛
- احترام السرية والخصوصية كي يشعر الأشخاص بالأمان وهم يعترفون بتعرضهم للإجهاد ويطلبون المساعدة؛

- التشديد على ضرورة الرعاية الذاتية؛
 - ضمان وجود فواصل زمنية بين المهام الصعبة؛
 - إنشاء نظام لدعم الأقران بغية تبادل الخبرات؛
 - توفير التدريب اللازم لقوة العمل على الإسعافات النفسية الأولية والرعاية الذاتية؛
 - خلق مساحة آمنة لتبادل المشاعر والمتابعة.
- الفرق: يعود إنشاء نظام لدعم الأقران بالكثير من الفوائد. على سبيل المثال، يقوم شخص على دراية بالحالة بتقديم الدعم والمساعدة في فترة قصيرة من الزمن. وقد يحول الدعم الفوري للأقران دون نشوء مشاكل أخرى، وهو يساعد الأفراد على تطوير مهاراتهم الشخصية في التواؤم مع الظروف. ويساعد تنظيم الأقران في فرق عمل على تشكيل مجموعات داعمة تحشد معارفها ووجهات نظرها وخبراتها لصالح كل منها. ويمكن لمجموعة الأقران تقديم ما يلي:
- العمل بمثابة جماعة دعم غير رسمية قوامها أشخاص يختلطون سويًا في علاقات شخصية أثناء وبعد العمل على حدٍ سواء؛
 - وجود إطار رسمي لمناقشة العمل وحل المشاكل معًا؛
 - خلق مساحة للتحديث مع شخص تشعر معه بالراحة، وتصف له أفكارك ومشاعرك بحرية؛
 - توفير فرصة للاستماع إلى الآخرين وتبادل الأفكار معهم، ومعرفة ما يقولون وما يظنون عن الحدث؛
 - إتاحة الفرصة لتشجيع ودعم زملائك في العمل ووقوفك بجانبهم بطريقة لا تنطوي على تطفل أو اقتحام لخصوصيتهم؛
 - المساعدة في ضبط النفس - علاج الشخص كزميل أو صديق وليس كضحية؛
 - السرية - وهي حجر الزاوية في كافة أشكال الدعم؛
 - المتابعة بطريقة غير تطفلية ومعرفة ما يثير حنق أو حفيظة الزملاء. على سبيل المثال إذا عبر شخص ما عن رغبته في إيذاء نفسه أو إيذاء شخص آخر.
- الأفراد: يقوم أفراد الطواقم الطبية بدور كبير في التعامل مع الإجهاد الذي يتعرضون هم أنفسهم له. ولا يولي الناس اهتمامًا في كثير من الأحيان لردود فعلهم النفسية إزاء المواقف العصبية بسبب ضيق الوقت أو عدم المعرفة. ويوصى بتدريب الأفراد على الرعاية الأساسية البسيطة. وفي ما يلي بعض النصائح الموجهة للأفراد:
- اعتن بنفسك عناية خاصة، واحصل على تغذية جيدة، وقلل من تناول الكحول وتدخين التبغ وحافظ على لياقتك البدنية؛
 - لا تحاول إخفاء مشاعرك؛
 - خفف من حدتك لفترة وجيزة كلما واجهتك حوادث مزعجة وبعد كل نوبة عمل؛
 - لا تداو نفسك بنفسك؛
 - واصل أداء المهام الروتينية؛
 - ابحث عن متنفس صحي؛
 - هون على نفسك؛
 - التمس المشورة المهنية المتخصصة؛
 - تحدث بصراحة وشارك مشكلتك مع من حولك دون خوف من العواقب؛
 - خذ قسطًا من الراحة عندما تشعر أن قدرتك على التحمل أو راحة صدرك تتناقص؛
 - ابقَ على اتصال مع العائلة والأصدقاء؛
 - تجنب التوقعات التي تشد الكمال لأنها غالبًا ما تؤدي إلى خيبة أمل وصراع؛

ملخص

يكون مقدمو الرعاية الصحية الذين يعملون في حالات خطرة عرضة للصدمات والإجهاد ويحتاجون إلى دعم نفسي واجتماعي مناسب. ويقدم مركز الدعم النفسي والاجتماعي التابع للاتحاد الدولي دعمًا فنيًا للجمعيات الوطنية من أجل وضع وتنفيذ برامج للدعم النفسي والاجتماعي في سياقات مختلفة، بما في ذلك دعم العاملين والمتطوعين. وتهدف هذه البرامج إلى تسهيل عملية الصمود من خلال تعزيز الموارد الداخلية والخارجية. وينبغي أن يمزج نظام دعم قوة العمل بين الدعم الأساسي والمهني. ويقدم هذا القسم بعض التوصيات الخاصة بالتدخل من أجل الدعم النفسي والاجتماعي للموظفين العاملين بأجر والمتطوعين المشاركين في مشروع الرعاية الصحية في خطر.

الدعم النفسي: المشروع التجريبي في «سيوداد خواريز» بالمكسيك

السياق والتاريخ

ارتفعت حدة العنف في ولاية «تشيواوا» المكسيكية في الفترة من 2006 وحتى عام 2012، مما كان له عواقب مزرية بشكل كبير على السكان في كافة المستويات. وخلال هذه الفترة، أصبحت «سيوداد خواريز» - وهي المدينة الأكبر من حيث عدد السكان في «تشيواوا»، حيث بلغ تعدادها 1495145 نسمة في عام 2012 - المكان الأكثر عنفاً في العالم، فقد سُجِّلت فيها 3116 جريمة قتل في عام 2012 وحده. وكانت العواقب الإنسانية واضحة بشكل صارخ: فقد نزح حوالي 210000 نسمة، وانخفضت الإنتاجية الاقتصادية بنسبة بلغت نحو 40٪ في المناطق الحضرية و80٪ في المناطق الريفية؛ وحدثت هجرة جماعية بين العاملين في مجال الرعاية الطبية، من المناطق الريفية بصفة رئيسية؛ وأخيراً، تقوضت الصحة النفسية لعدد كبير من الناس.

وتأثرت الفرق التابعة لفرع الصليب الأحمر المكسيكي في «سيوداد خواريز» مباشرةً من هذا الوضع. ففي عام 2010، قدم فنيو الطوارئ الطبية خدمات الرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى إلى 18582 حالة (أي بمعدل 50 حالة يوميًا) من بينها ما يقرب من 30 حالة في اليوم الواحد اعتُبرت «حالات خطيرة للغاية» بالنسبة لفرق الطوارئ والمرضى على حدٍ سواء.

وعندما شعر فرع «سيوداد خواريز» بالقلق إزاء السلامة البدنية والنفسية لأفراد طواقمه، طلب دعمًا تقنيًا من برنامج الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي الذي تقدمه بعثة اللجنة الدولية الإقليمية في المكسيك.

النظرية والمنهجية

كان فرع «سيوداد خواريز» في ما مضى يقدم لأعضاء فرق الطوارئ استشارات نفسية فردية للتعامل مع الآثار الناجمة عن العنف الذي يتعرضون له أثناء أداء واجبهم. وكانت الاستجابة غير مواتية، وحضر الجلسات عدد قليل للغاية من الموظفين، وشعر معظمهم أنهم ليسوا بحاجة إلى الاستشارات لأنهم لم يكونوا «مختلين».

ووضع فرع «سيوداد خواريز» أيضًا إطار الوصول الآمن محل التنفيذ. «كان من الضروري لتغيير سلوك الأفراد في حالات عالية المخاطر التأكيد مجددًا على تلك العناصر من الإطار التي تتناول قبول المخاطر والعواقب المترتبة على العنف. وقد أدرك هذا الهدف، على المستويين الفردي والجماعي».

ويجب أن يؤخذ رد أفراد فرق الطوارئ الطبية على عرض الاستشارات النفسية على محمل الجد. فالتفسيرات من قبيل «مقاومة العلاج» أو «قضايا المساواة بين الجنسين» (حيث أن معظم أفراد الطواقم الطبية هم من الذكور) جد سطحية وينبغي تجنبها. وبدلاً من ذلك ينبغي للمرء أن يتساءل عما إذا كان العرض المقدم للطب العلاجي مناسباً للحالات التي ينبغي أن تكون الاستجابات فيها ذات طبيعة وقائية. ويعارض المرضى أحياناً نزوح الأطباء إلى الإفراط في وصف الدواء. وقد يُتبع النهج نفسه بالنسبة لرجال الإنقاذ وعلماء النفس.

ويمكن القول من هذا المنطلق أن أفراد فرق الطوارئ الطبية كانوا يلتزمون جادة الصواب تمامًا عندما لم يعتبروا أنفسهم مختلين أو مضطربين عقلياً. فقد كانت لديهم بالفعل مخاوف وصراعات، وكانوا يحاربون مشاعر عدوانية متزايدة وشعوراً باليأس، وهلم جرا. وتلك ردود فعل طبيعية لتجربة مواجهة حالات من العنف كل يوم. ولم يكونوا بحاجة إلى استشارات نفسية فردية لتشخيص مرضهم ومن ثم وصمهم بالعار، بل كانوا يحتاجون إلى أسلوب لفهم الأثر الذي تخلفه أعمال العنف عليهم وكيفية التعامل معه على مستوى الفرد والفرق.

وقد اختار برنامج اللجنة الدولية للصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي لهذا السبب تمكين فرق الطوارئ الطبية من خلال التدريب والتوجيه والتعليم، وتحويلها إلى مستجيبين أوائل - أو «معاونين». وهذا الدور محبّب أكثر من إحالتهم إلى إخصائين نفسيين.

وقرر فريق اللجنة الدولية للدعم النفسي والاجتماعي تقديم معلومات أفضل للمستجيبين وتزويدهم بأدوات أكثر كفاءة لإدارة الإجهاد في ما يتعلق بالمساعدة النفسية الأولية والدعم النفسي والاجتماعي والدعم العاطفي للأفراد والجماعات التي تواجه حالات حرجية. وأخذ فريق اللجنة الدولية في الاعتبار أيضاً أن الغالبية العظمى من رجال الإنقاذ أو أفراد فرق الطوارئ الطبية هم من المتطوعين وأن دافعهم الأساسي هو مساعدة الآخرين. ولا يُعتبر مفهوم المساعدة الذاتية أو الاعتماد على الذات - أي أن يعرّى المرء نفسه أولاً كي يكون قادراً على مساعدة الآخرين - دافعاً أساسياً لدى كثير من المتطوعين (ولا بالنسبة لكثير من علماء النفس أيضاً). ولذلك، اقترح أن يسترشد رجال الإنقاذ أو أفراد فرق الطوارئ الطبية بالقيم الأساسية التي يعتنقونها، وأن يتلقوا برنامجاً تدريبياً يمنحهم فرصة لتعلم كيفية مساعدة الأشخاص المتضررين من أعمال العنف على نحو أفضل. وكانت النتيجة المرجوة من وراء ذلك الجهد هي أن تصبح مساعدة الآخرين هي الهدف أو الإنجاز الرئيسي، أي أن يحظى هؤلاء بتقدير أوسع وقبول أكبر لردود أفعالهم والتغيرات التي تطرأ عليهم نتيجة لأعمال العنف، وأن يتمكنوا في الوقت نفسه من تعلم كيفية التحكم في ردود الأفعال والتغيرات تلك. وقد وقع الاختيار على مجموعة مختلطة نصفها تقريباً من علماء النفس، في حين كان الباقون يتمتعون بخلفيات مهنية أخرى.

الدعم النفسي: المشروع التجريبي في «سيوداد خواريز» بالمكسيك (تابع)

وقد استغرق التدريب ستة أشهر وقُسّم إلى ثلاث مراحل: المرحلة «أ»، وتتألف من حلقة دراسية لمدة ثلاثة أيام، حُصص 15٪ منها لنظرية الإجهاد ما بعد الإصابة أو الصدمة، بينما تضمن الوقت المتبقي تمارين تطبيقية حول إدارة الإجهاد والمساعدة أثناء الحوادث العصبية والدقيقة وبعدها، والمساعدة النفسية الأولية والتهوين على النفس ونزع فتيل التوتر والإجهاد، وفك رموز الحالة الانفعالية-الإدراكية (وفقاً لنموذج الصدمة الذي وضعه المعهد السويسري للاضطرابات النفسية). وتتألف المرحلة «ب» من ممارسة مرصودة يجري فيها الإشراف على المستجيبين أثناء العمل وتقديم تعليقات مستمرة لهم. وعُقدت في إطار المرحلة «ج» حلقة دراسية لمدة ثلاثة أيام أجال فيها المشاركون الفكر حول تجربة العمل في الأشهر القليلة الماضية، واستعرضوا ما تعلموه منها؛ وبالإضافة إلى ذلك، تم توسيع نطاق تقنيات الاستجابة الجماعية.

النتائج

- أشارت ردود فعل المستجيبين خلال السنة الأولى من التنفيذ إلى النتائج التالية بصفتها بعض جوانب مردود المشروع التجريبي:
- كان باستطاعة المستجيبين أنفسهم التعامل مع ما يقرب من 80٪ من الحوادث العصبية والدقيقة التي تعرضت لها الفرق، عن طريق التنفيذ الفوري والعملية لتقنية التخفيف من حدة الوضع التي تُعرف «بنزع الفتيل» (لمدة تتراوح بين 5 دقائق إلى 20 دقيقة).
- تكشف النقاب عن تحسن كبير في العلاقات بين أعضاء الفريق (انخفاض في مستويات الصراع، واستقرار أكبر في الانفعالات، وزيادة في مستوى الرضا أثناء العمل).
- تحسّن نوعية الخدمات المقدمة: على سبيل المثال، أبدى المستجيبون مزيداً من الدفء في المشاعر إزاء الضحايا وصبراً عند التعامل معهم.
- لوحظ مستوى أعلى من تحمّل المسؤولية في تشغيل المعدات وصيانتها (على سبيل المثال، أبدى مشغلو سيارات الإسعاف مزيداً من العناية عند استخدامها).
- حظيت الأساليب النفسية والاجتماعية والعلاج النفسي (الاستشارات النفسية) بقبول أوسع. وذكر أفراد الطواقم الطبية أنهم فقدوا الإحساس بالخوف عند التعامل مع علماء النفس وشعروا بقرب المسافة بينهم، وأنهم يشعرون الآن بأنهم يتحدثون نفس اللغة كعلماء النفس.

التوصيات

- رغم النتائج الإيجابية المسجلة خلال السنة الأولى، من الضروري إرساء عملية تقييم وبحث مستمرة تجعل من الممكن تتبع أثر المشروع التجريبي.
- ينبغي ضمان التدريب المستمر في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي لمتطوعي وموظفي الصليب الأحمر المكسيكي فضلاً عن غيرهم - على سبيل المثال، من سعوا للحصول على مساعدتهم نتيجة لأعمال العنف.
- وجوب تنمية قدرات المنظمة أو تلك التي تتبع من داخلها عن طريق وضع نموذج أو وحدة نمطية لتدريب المدربين.
- نظراً للقبول الذي حظي به الدعم النفسي والاجتماعي لدى فرق خدمات الرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى، ينبغي للإخصائيين العاملين في مجال الصحة النفسية التجاوب مع هذا القبول، باتباع نهج للصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي يسعى إلى تمكين المتطوعين والموظفين على حدٍ سواء.



6. ملاحظات ختامية

كما ورد في بداية هذه المطبوعة، في حين نالت بعض التحديات والتوصيات التي برزت خلال حلقة العمل اعترافاً واسع النطاق من قبل المشاركين، لا بد من وضع الحلول للمشاكل في نصابها الصحيح. فلا بد للجهات المعنية المختلفة التي تشارك في تقديم خدمات الإسعاف والرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى في حالات الخطر من مناقشة تلك الحلول ومواءمتها مع الحقائق السائدة.

وتوضح الأمثلة التي سبقت في النص بأكمله الكيفية التي يجري بها التعامل بالفعل مع بعض التحديات على المستوى الوطني أو الإقليمي. وهنا أيضاً ينبغي للمرء ألا يقلل من شأن أو أهمية وضعها في نصابها الصحيح. على سبيل المثال، بينما تتسم الحلول المعتمدة على تقنيات متقدمة في التنسيق بين الجهات المعنية بالفعالية في التعامل مع تحدي الحفاظ على مستوى الخدمات المقدمة في حالات الخطر في سياق ما، قد يكون الاتفاق على المستوى الميداني والحوار المباشر هو الحل الأمثل في سياق آخر. وينبغي للمرء أن يضع في اعتباره دائماً أن الهدف النهائي هو نقل أو إجلاء الضحايا إلى المرافق الطبية أو الجراحية في أسرع وقت ممكن وبأعلى كفاءة ممكنة. وقد تختلف أساليب تحقيق هذا الهدف اختلافاً كبيراً من مكان لآخر.

- وأظهرت حلقة العمل المنعقدة في مكسيكو أيضاً أن بعض المبادئ ينبغي تطبيقها في أي حالة من الحالات وهي:
- ينبغي مواءمة الأطر القانونية الوطنية من أجل التعامل مع التحديات المحددة؛
 - لا غنى عن وضع آليات فعالة للتنسيق بين من يقدمون خدمات الإسعاف والرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى في حالات الخطر؛
 - ينبغي منح العاملين في مجال الرعاية الصحية - من موظفين ومتطوعين - تدريباً ذا صلة بعملهم ومتوائماً مع السياق الذي يعملون فيه؛
 - ينبغي استكشاف إمكانيات تبادل المعرفة بشأن أفضل الممارسات والدروس المستفادة ووضعها حيز التنفيذ.



Christian Cardon De Lichtbuer/ICRC

