

نطاق تغطية التقرير

يغطي هذا التقرير الثالث عشر الصادر عن تحالف حماية الصحة في حالات النزاع 33 دولة وإقليماً، ويقدم تفاصيل عن الحوادث شملت تهديدات وعنف ضد الرعاية الصحية في 21 دولة (بما في ذلك إقليم واحد) شهدت نزاعات في عام 2025.¹ بالنسبة لهذه البلدان الـ 21 التي لها فصل خاص بها، يقدم تقرير عام 2025 مزيداً من المعلومات حول تأثير العنف على الرعاية الصحية، بما في ذلك التأثير على العاملين في مجال الصحة، وأنظمة الرعاية الصحية، ووصول الناس إلى الرعاية الصحية، استناداً إلى مصادر ثانوية متعددة.

لتحديد ما إذا كان يُعتبر أن بلدًا ما قد شهد نزاعاً في عام 2025، يعتمد التقرير على نظام تحديد النزاعات الذي اعتمده برنامج أوبسالا لبيانات النزاعات (UCDP).² يتم إدراج بلد أو إقليم أو منطقة داخل بلد ما في تقرير SHCC إذا كان مدرجاً في قائمة برنامج أوبسالا لأحد أنواع النزاعات الثلاثة (النزاع المسلح بين الدول، والنزاع المسلح غير الحكومي، والعنف من جانب واحد)،³ وإذا حددت منظمة Insecurity Insight هجوماً واحداً على الأقل على الرعاية الصحية ارتكبه أحد أطراف النزاع، والذي يُعرّف لأغراض هذا التقرير بأنه شخص منتسب إلى جهات منظمة متورطة في نزاع مسلح. ويُخصّص فصل في التقرير للبلدان الـ 21 التي أبلغت عن أكثر من 15 حادثة في عام واحد أو أكثر من 30 حادثة على مدى عدة سنوات. يتم تضمين الحوادث من 12 دولة أخرى في العدد الإجمالي لحوادث العنف ضد الرعاية الصحية، ولكن لا يتم وصف الحوادث ولا الوضع في البلدان المتضررة بالتفصيل.

كانت 19 دولة من الدول التي حُصّصت لها فصول مستقلة في تقرير عام 2025 قد حُصّصت لها أيضاً فصول مستقلة في تقرير عام 2024، بالنسبة لتقرير عام 2025، أدرجت أوصاف تفصيلية لإيران والصومال بعد عدم تضمين فصول تفصيلية لهما في عام 2024. تم تضمين بيانات من أفغانستان وتشاد وهندوراس والهند وإندونيسيا والعراق وإسرائيل وليبيا وموزمبيق والنيجر وروسيا وفنزويلا في العدد الإجمالي، ولكن هذه البلدان الـ 12 لا تحتوي على فصول خاصة بها في تقرير عام 2025.

مصادر البيانات

جمعت مؤسسة Insecurity Insight بيانات هذا التقرير وحللتها، وشاركتها للنشر بالتعاون مع تحالف حماية الصحة في النزاعات SHCC. يستخدم التقرير نهجاً قائماً على الأحداث لتوثيق الهجمات على الرعاية الصحية، والتي يشار إليها باسم "الحوادث" في جميع أنحاء التقرير. لإعداد هذا التقرير، جرى التحقق من المعلومات القائمة على الأحداث والمستمدة من مصادر متعددة، وتوحيدها في مجموعة بيانات واحدة للحوادث المسجلة، التي رُمزت باستخدام تعريفات معيارية. يذكر كل فصل خاص بكل بلد المصادر الرئيسية المستخدمة لتجميع مجموعة البيانات، مشيراً إلى "المصادر المفتوحة" عندما تم الإبلاغ عن الحوادث من قبل وسائل الإعلام المحررة، و"المصادر الخاصة" عندما تم تلقي المعلومات عبر شبكات شخصية، و"آليات تبادل البيانات الخاصة بوكالات الإغاثة" عندما تم توفير المعلومات من قبل وكالة إغاثة أو المنظمة الدولية لسلامة المنظمات غير الحكومية (INSO)، و"مشاريع المعلومات" عندما تمت إضافة المعلومات من خلال المقارنة مع منظمات أخرى تقوم بأعمال ذات صلة. وشملت هذه المنظمات مشروع بيانات مواقع وأحداث النزاعات المسلحة (ACLEDA)؛ وقاعدة بيانات أمن العاملين في مجال الإغاثة (AWSO)، ومنظمة Airwars، والمرصد السوري لحقوق الإنسان (SOHR)، والشبكة السورية لحقوق الإنسان (SNHR) للحصول على بيانات عن سوريا؛ ومشروع رصد الأثر على المدنيين (CIMP) للحصول على بيانات عن اليمن.

يمكن الوصول إلى البيانات المذكورة في هذا التقرير عبر صفحة "الهجمات على الرعاية الصحية في البلدان التي تشهد نزاعات" (SHCC) على موقع "Insecurity Insight" ضمن منصة تبادل البيانات الإنسانية (HDX). ومع ذلك، لم يتم تضمين بعض الحوادث في هذه القوائم عندما طلب الفرد/المنظمة التي قدمت البيانات صراحةً عدم مشاركة المعلومات المتعلقة بهذه الحوادث. لا تتضمن هذه القوائم أي حوادث شاركتها شبكة INSO. تتوفر البيانات الخاصة بالبلدان الـ 21 المدرجة في هذا التقرير كمجموعات بيانات فردية. وترد الروابط في فصول البلدان الفردية. بالنسبة للبلدان الـ 12 المذكورة أعلاه والتي لا توجد

فصول خاصة بها في تقرير عام 2025، تتوفر البيانات أيضًا عبر شبكات بيانات HDX الخاصة بالبلدان ذات الصلة، باستثناء أي بيانات شاركتها شبكة INSO.

البيانات متاحة أيضًا على الخريطة العالمية التفاعلية لمؤسسة Insecurity Insight حول الهجمات على الرعاية الصحية. يتم تحديث هذه المنصة عند توفر معلومات جديدة، لذا قد تختلف أعداد الحوادث المدرجة في هذا التقرير والمعروضة على المنصة.

يغطي التقرير تأثير الهجمات على الرعاية الصحية بقدر ما تشير إليه التقارير المتاحة. و يستشهد بمصادر ثانوية تستخدم عادةً مناهج مختلطة لتلخيص الآثار المعروفة للهجمات على تقديم الرعاية الصحية والوصول إليها.

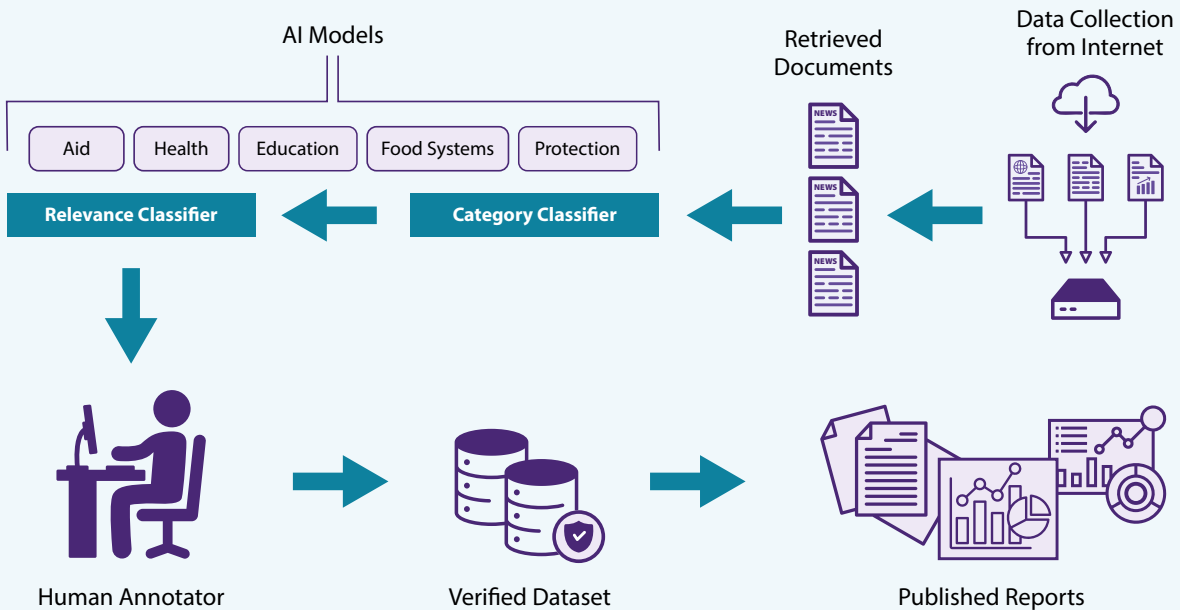


التكنولوجيا وسير العمل في توثيق حوادث العنف ضد الرعاية الصحية المبلغ عنها علنًا

لتوثيق التدفق المتزايد للمعلومات التفصيلية حول العنف ضد العاملين في مجال الرعاية الصحية من المنصات المفتوحة، تستخدم «Insecurity Insight» أدوات مدعومة بالذكاء الاصطناعي للعثور على هذه المعلومات، من خلال تطبيق وظائف التصنيف والفرز على المعلومات المتاحة للجمهور. ويتم العثور على الحوادث من خلال وظائف التصنيف التي تم تدريبها على بيانات تمتد لعشر سنوات حول العنف ضد العاملين في مجال الرعاية الصحية. ويتوفر هذا النظام حاليًا باللغات الإنجليزية والفرنسية والعربية.

تُعرض المعلومات المحددة على منصة مصممة خصيصًا لهذا الغرض، حيث يتحقق موظفو Insecurity Insight يدويًا من موثوقية المصدر ومصداقية الحوادث كجزء من عملية التحقق عن بُعد. تتيح الأدوات المدعومة بالذكاء الاصطناعي الكفاءة والوصول إلى المعلومات. يتم اتخاذ جميع قرارات الإدراج من قبل موظفين مدربين.

عملية جمع البيانات مفتوحة المصدر التي تتبعها منظمة Insecurity Insight



لقد لعبت عملية جمع البيانات هذه دوراً أساسياً في جلب المعلومات من المناطق التي لا تستطيع وكالات الإغاثة الوصول إليها، والتي يتم فيها تقديم الخدمات الصحية من قبل منظمات محلية مستقلة عن نظام المجموعات الصحية التي تديرها الأمم المتحدة. وقد أصبح ذلك ممكناً بفضل زيادة عدد التقارير المباشرة من الشهود في مناطق النزاع، التي أتاحتها الانتشار المتزايد للهواتف الذكية والإنترنت والوصول إلى المنصات الدولية. يمكن أن تؤدي القيود المتزايدة على الإنترنت، والقيود المفروضة على الوصول إلى منصات معينة للتواصل الاجتماعي، والتدابير التقييدية المفروضة على الصحفيين المستقلين إلى الحد من مدى إمكانية مشاركة هذه المعلومات بشكل فعال، وبالتالي جمعها.

تعريف الهجمات على الرعاية الصحية

يتبع هذا التقرير تعريف منظمة الصحة العالمية للهجوم على الرعاية الصحية: "أي عمل من أعمال العنف اللفظي أو الجسدي، أو التهديد بالعنف أو غيره من أشكال العنف النفسي، أو العرقلة التي تتدخل في توفر الخدمات الصحية العلاجية و/أو الوقائية والوصول إليها وتقديمها".⁴

يركز التقرير على حوادث العنف ضد الرعاية الصحية في سياق النزاعات المسلحة، أو النزاعات المسلحة غير الحكومية، أو العنف من جانب واحد، وفقاً لتعريف مشروع قاعدة بيانات النزاعات المسلحة (UCDP)، بينما تركز منظمة الصحة العالمية على الهجمات التي تحدث خلال حالات الطوارئ.

ووفقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية، يمكن أن تشمل حوادث العنف ضد الرعاية الصحية القصف، والانفجارات، والنهب، والسرقات، وعمليات الاختطاف، وإطلاق النار، وإغلاق المرافق الصحية قسراً، والتفتيش العنيف للمرافق الصحية، والحرائق، والحرق المتعمد، والاستخدام العسكري للمرافق الصحية، والاستيلاء العسكري على المرافق الصحية، والهجمات الكيميائية، والهجمات الإلكترونية، واختطاف العاملين الصحيين، والحرمان من الخدمات الصحية أو تأخيرها، والاعتداءات، وإجبار الموظفين على التصرف ضد مبادئهم الأخلاقية، والإعدامات، والتعذيب، والمظاهرات العنيفة، والمضايقات الإدارية، والعرقلة، والعنف الجنسي، والعنف النفسي، والتهديدات بالعنف.

وقد أُدرجت جميع هذه الفئات بقدر ما وردت في المصادر. ومع ذلك، نادراً ما يتم الإبلاغ عن بعض أشكال العنف، مثل العنف النفسي، أو عرقلة الوصول إلى الرعاية الصحية، أو التهديد بالعنف. كما نقوم بتسجيل حوادث العنف ضد المرضى في المرافق الصحية عندما تتضمن أوصاف الحوادث إشارات إلى آثار العنف على المرضى.

تعريف النزاع

يغطي تقرير SHCC ثلاثة أنواع من النزاعات وفقاً لتعريف UCDP للبلدان التي أبلغت عن حادثة واحدة على الأقل من حوادث العنف ضد الرعاية الصحية التي ارتكبتها أحد أطراف النزاع:⁵

- يُعرّف **النزاع المسلح الذي تقوم به الدولة** بأنه "تعارض متنازع عليه يتعلق بالحكومة و/أو الإقليم حيث يؤدي استخدام القوة المسلحة بين طرفين، أحدهما على الأقل هو حكومة دولة، ما يؤدي إلى وقوع ما لا يقل عن 25 حالة وفاة مرتبطة بالقتال في سنة تقويمية واحدة".
- يُعرّف **النزاع المسلح غير الحكومي** بأنه "استخدام القوة المسلحة بين مجموعتين مسلحتين منظمين، لا تمثل أي منهما حكومة دولة، مما يؤدي إلى وقوع ما لا يقل عن 25 حالة وفاة مرتبطة بالقتال في عام واحد".⁶

المنهجية المتبعة في إعداد تقرير تحالف حماية الصحة في حالات النزاع (SHCC) لعام 2025

- يُعرّف **العنف الأحادي الجانب** بأنه "الاستخدام المتعمد للقوة المسلحة من قبل حكومة دولة أو جماعة منظمة رسمياً ضد المدنيين، مما يؤدي إلى وقوع ما لا يقل عن 25 حالة وفاة في السنة".

يقتصر هذا التقرير على العنف الذي ترتكبه أطراف النزاع. ولا يشمل هذا التقرير العنف بين الأفراد والعنف الذي يرتكبه المرضى ضد مقدمي الرعاية الصحية، حتى لو وقع في بلدان متأثرة بالنزاع.

لا يتم تضمين الحوادث إلا عندما (أ) يكون الجاني عضواً في أحد أطراف النزاع، و(ب) تشير الأدلة المتاحة إلى أن الحادث وقع إما في سياق نزاع على السيادة على الأراضي أو كعمل عنف من جانب واحد من قبل قوات الأمن المدرجة في قائمة UCDP للبلدان التي سجلت أكثر من 25 حالة وفاة ناجمة عن العنف من جانب واحد المنسوب إلى قوات الأمن أو الجهات المسلحة غير الحكومية.

تصور تأثير الهجمات على الرعاية الصحية

تُجمع بيانات تحالف حماية الصحة في النزاعات (SHCC) بهدف دعم السياسات والممارسات التي تعزز حماية العاملين في مجال الصحة والنظام الصحي، وتسهيل الوصول إلى الرعاية الصحية. ويكمن الهدف في توجيه الجهود السياسية لتشجيع محاسبة الجناة، وتحديد الفرص المتاحة لمنع العنف الذي تمارسه الجهات الفاعلة المسلحة ضد مقدمي الرعاية الصحية، ودعم التدابير الرامية إلى التخفيف من آثار العنف على النظم الصحية والوصول إلى الرعاية. ولتحقيق التوازن بين الطموحات التحليلية والقيود العملية المتعلقة بتوافر البيانات وما هو مطلوب للحصول على رؤى قابلة للتنفيذ، تُستخدم البيانات لاستكشاف سياق العنف ضد الرعاية الصحية، وهشاشة النظام الصحي، ووسائل ونوايا أطراف النزاع، وتأثير العنف على الخدمات الصحية والنتائج الصحية عبر الزمان والمكان في سياق المعايير القانونية الدولية (انظر أدناه).⁷

المفاهيم الأساسية

يشير مصطلح **"الضعف"** إلى العوامل المتداخلة التي تفسر كيفية تعرض الخدمات الصحية للضرر أثناء النزاع. وتشمل هذه العوامل خصائص النظم الصحية والمرافق والعمليات التي تزيد من المخاطر، فضلاً عن العناصر التي يمكن تعزيزها للحد من هذا الضعف.

يصف **السياق والوسائل والنية** كيف تساهم التكتيكات والاستراتيجيات وأنظمة الأسلحة (الوسائل) التي تستخدمها أطراف النزاع في الإضرار بالرعاية الصحية في مجموعة من السياقات. كما يتم النظر في الدوافع المحتملة (النية) وراء الهجمات على الرعاية الصحية أو التدخل فيها، والتي تعتبر أساسية لتقييمات القانون والمساءلة.

يشير **التأثير** إلى العمليات التي يؤدي من خلالها العنف إلى إضعاف النظم الصحية تدريجياً وتقيد الوصول إلى الرعاية. تقلل هذه العمليات من جودة الخدمات وتوافرها وإمكانية الوصول إليها، وغالباً ما تتكشف بطرق معقدة وتراكمية بدلاً من أن تكون حوادث فورية أو منعزلة. وبمرور الوقت، تسهم في نتائج صحية أسوأ، وزيادة معدل الوفيات، وعواقب محلية وعالمية واسعة النطاق.

المعايير: تندرج حماية الرعاية الصحية ضمن الالتزامات المنصوص عليها في القانون الإنساني الدولي والقانون الدولي لحقوق الإنسان. وتحمل الدول مسؤولية ضمان احترام هذه الالتزامات.

يستند هذا الإطار إلى المعايير الخاصة بإدراج الحوادث في قاعدة البيانات. إن تأثير حوادث العنف ضد المرضى بعيد المدى ويؤثر على العاملين في مجال الصحة، وعمل النظام الصحي المعني، ووصول المرضى إلى الرعاية الصحية، وتصورات الناس التي تؤثر على خياراتهم فيما يتعلق بالبحث عن الرعاية الصحية.

المنهجية المتبعة في إعداد تقرير تحالف حماية الصحة في حالات النزاع (SHCC) لعام 2025

تؤثر الهجمات على الرعاية الصحية على العاملين الصحيين نفسياً وجسدياً، مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى مغادرة الموظفين المؤهلين للمهنة أو المنطقة التي تقع فيها الهجمات. لذلك، يشمل هذا التقرير جميع أعمال العنف ضد العاملين الصحيين التي ترتكبها أطراف النزاع، بدءاً من الحوادث التي وقعت في منشأة صحية وصولاً إلى تلك التي أثرت على العاملين في طريقهم إلى العمل، أو في منازلهم، أو أثناء التسوق، وما إلى ذلك، لأن جميع هذه الحوادث تؤثر على رفاهية العاملين الصحيين وشعورهم بالأمان، وبالتالي على قدرتهم على تقديم الرعاية أو استعدادهم لمواصلة العمل في بيئات شديدة انعدام الأمن.

ويؤثر إتلاف البنية التحتية المادية للرعاية الصحية أو تدميرها على جودة الرعاية التي يمكن تقديمها. ويمكن أن يكون الضرر مباشراً عندما تتضرر منشأة صحية في هجوم، أو غير مباشر نتيجة لأضرار لحقت ببنية تحتية أخرى مثل أنظمة إمدادات الكهرباء أو المياه أو نهب الأدوية. ويتنشر تأثير الأحداث العنيفة الفردية عبر الزمان والمكان، وغالباً ما يكون التأثير التراكمي للحوادث المتعددة وآثارها المتنوعة هو الذي يخلق الآثار الأكثر إثارة للقلق التي تقلل من نطاق وجودة الرعاية المقدمة.

كما يؤثر انعدام الأمن والخوف من استهداف النظم الصحية بالهجمات في كيفية اتخاذ الناس قرار طلب المساعدة الطبية وتوقيته. وقد يؤدي التأخير في الحصول على الرعاية إلى زيادة صعوبة العلاج، مما يسهم في تفاقم النتائج الصحية. وتركز دراسات متنوعة على جوانب مختلفة من تأثير الهجمات على الرعاية الصحية تغطي فترات زمنية مختلفة، ولا تزال المعلومات المتعلقة بالعواقب المعقدة للحوادث الفردية محدودة في كثير من الحالات.

لا توجد طريقة واحدة لجمع البيانات يمكنها تغطية هذه الآثار الواسعة النطاق بشكل كامل. ويوفر نظام مراقبة الحوادث Insecurity Insight، الذي يجمع البيانات لصالح مركز الرعاية الصحية في حالات النزاع (SHCC)، الأساس اللازم لتحديد ما إذا كان ينبغي النظر في الحوادث، وتوفر المناهج المختلطة الخيار الأفضل لفهم سلاسل التأثيرات المعقدة.

أخلاقيات إدارة البيانات

يطبق مركز SHCC مبادئ صارمة لضمان إدارة بيانات مسؤولة وآمنة وأخلاقية وفعالة. تستند هذه المبادئ إلى التوجيهات التشغيلية للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (IASC) بشأن المسؤولية عن البيانات في العمل الإنساني وعمل مجموعة العمل المعنية بالمسؤولية عن البيانات، وتركز على مبادئ أمن البيانات وخصوصية البيانات واستخدام البيانات، مع الأخذ في الاعتبار أن عمل مركز SHCC ينطوي على مسؤولية تجاه العاملين الصحيين والنظم الصحية ومقدمي الرعاية الصحية الإنسانية.

وتتمثل الأهداف الرئيسية في ما يلي:

- تُستخدم البيانات لاتخاذ قرارات أكثر استنارة لحماية العاملين في مجال الصحة ونظام الرعاية الصحية؛
- يتم حماية خصوصية وأمن المعلومات المتعلقة بالأشخاص المعرضين للخطر؛
- يتم تبادل البيانات ونشرها لتحسين فهم أصحاب المصلحة لكيفية تأثير النزاعات على تقديم الرعاية الصحية؛
- تساهم الشفافية فيما يتعلق بمصادر البيانات في التحسين الجماعي للبيانات والمعلومات؛ و
- تكون عمليات جمع البيانات مفتوحة وشفافة، مما يتيح للجمهور الوصول إلى البيانات والمساءلة فيما يتعلق باستخدامها.

يطبق التحالف SHCC أخلاقيات البيانات لتحديد حلول للمعضلات المتعلقة بالبيانات، عندما تتطلب المبادئ المتعارضة اتخاذ قرارات ذات أولوية تسترشد بمبدأ عدم إلحاق الضرر. وبناءً على هذه الاعتبارات، نقدم تقريراً بالمعلومات المتاحة عن مرتكبي العنف. المعلومات المتعلقة بمرتكبي العنف ليست مهمة من الناحية المنهجية فقط لتحديد ما إذا كان الحادث

مرتبطاً بالنزاع، ولكن الأهم من ذلك أنها توفر المعلومات الأساسية اللازمة لوضع استراتيجيات وقائية وتدابير تخفيفية تقلل من حدوث الهجمات وتأثيرها، ولدعم عمليات المساءلة. ونظراً لأننا نعتقد أن الهدف الرئيسي لجميع أعمال البيانات يجب أن يكون إمكانية استخدامها لمعالجة الضرر والتخفيف من حدته، فإن SHCC تعتبر المعلومات المتعلقة بالمرتكبين ومواقع الحوادث في البلدان ذات أهمية قصوى. كما تدرك SHCC الطبيعة الضارة لعمليات جمع البيانات وتحليلها التي تحول المعلومات التي توفرها المجتمعات إلى بيانات سرية ومملوكة. نحن نتيح مجموعات البيانات الخاصة بنا بشكل مفتوح كسلعة عامة لمنح جميع المجتمعات إمكانية الوصول إليها. وتُطبق مبادئ صارمة لأمن البيانات على المعلومات الشخصية القابلة للتعريف وعلى أي معلومات ترتبط بأشخاص أو منظمات معرضة لخطر أي تداعيات محتملة من أطراف النزاع.

إدراج الحوادث

لوصف الهجمات على الرعاية الصحية، لا يتضمن التقرير سوى الحوادث التي استوفت معايير الإدراج لأنواع النزاعات المحددة من قبل UCDP والجهات المرتبطة بالنزاع التي ارتكبت هذه الهجمات. وبناءً على هذا المبدأ، قمنا بإدراج الأنواع التالية من الحوادث والتفاصيل في مجموعة بيانات التقرير:

- الحوادث التي أثرت على المرافق الصحية، مع تسجيل ما إذا كانت قد دمرت أو تلفت أو نُهبَت أو احتلت من قبل أفراد/جماعات مسلحة؛⁸
- الحوادث التي أثرت على العاملين في مجال الرعاية الصحية، مع تسجيل ما إذا كانوا قد قُتلوا أو اختُطفوا أو أصيبوا أو تعرضوا للاعتداء أو الاعتقال أو التهديد أو العنف الجنسي (سجلنا عدد المرضى المتضررين، عند توفره، على الرغم من إدراكنا لاحتمال وجود نقص كبير في الإبلاغ عن هذه الأرقام)؛
- الحوادث التي أثرت على وسائل النقل/المركبات الخاصة بالرعاية الصحية، مع تسجيل ما إذا كانت سيارات الإسعاف أو غيرها من المركبات الرسمية الخاصة بالرعاية الصحية قد تعرضت للتدمير أو التلف أو الاختطاف/السرقَة أو التوقيف/التأخير؛ و
- الحوادث التي أثرت على الإمدادات الصحية، مع تسجيل ما إذا كانت قد سُلبت أو نُهبَت أو تعرضت للتلف أو تم إيقافها أو تأخيرها.

هذه الفئات لا تستبعد بعضها بعضاً. على سبيل المثال، قد يتعرض العاملون الصحيون للهجوم أثناء وجودهم في منشأة صحية، أو أثناء استخدامهم لوسائل النقل الصحية الرسمية، أو في أي مكان آخر.



التعريفات الرئيسية

يشير مصطلح **"العامل الصحي"** إلى أي شخص يعمل بصفة مهنية أو تطوعية في تقديم الخدمات الصحية أو يقدم دعماً مباشراً للمرضى، بما في ذلك الإداريون، وموظفو الإسعاف، والعاملون الصحيون المجتمعيون، وأطباء الأسنان، والأطباء، والمسؤولون الصحيون الحكوميون، وموظفو المستشفيات، وموظفو التعليم الطبي، والممرضين، والقبالات، والمسعفين، وأخصائيو العلاج الطبيعي، والجراحين، والعاملون في مجال التطعيم، والمتطوعون، أو أي موظفين آخرين في المجال الصحي لم يرد ذكرهم هنا.

يشير مصطلح **"العامل الصحي المتضرر"** إلى الحوادث التي لقي فيها عامل صحي واحد على الأقل مصرعه أو أصيب أو اختُطف أو اعتُقل، أو تعرض للعنف الجنسي أو التهديدات أو المضايقات.

يشير مصطلح **"منشأة صحية"** إلى أي منشأة تقدم دعماً مباشراً متعلقاً بالصحة للمرضى، بما في ذلك العيادات والمستشفيات والمختبرات والمستشفيات المؤقتة ومرافق التعليم الطبي والعيادات المتنقلة والصيديات والمستودعات أو أي منشأة صحية أخرى لم يتم ذكرها هنا.

يشير مصطلح **"منشأة صحية متضررة"** إلى الحوادث التي تعرضت فيها منشأة صحية واحدة على الأقل للتلف أو التدمير أو الاقتحام المسلح أو الاحتلال العسكري أو النهب أو القصف في المنطقة المجاورة.

يشير مصطلح **"وسيلة النقل/المركبة الصحية"** إلى أي مركبة تُستخدم لنقل أي شخص مصاب أو مريض أو امرأة في المخاض إلى مرفق صحي لتلقي الرعاية الطبية.

يشير مصطلح **"وسيلة النقل/المركبة الصحية المتضررة"** إلى الحوادث التي تعرضت فيها سيارة إسعاف واحدة على الأقل أو أي وسيلة نقل/مركبة رعاية صحية أخرى للتلف أو التدمير أو الاختطاف أو التأخير، سواء كان على متنها شخص يحتاج إلى مساعدة طبية أم لا.

تشير **الإمدادات الصحية** إلى الأدوية واللقاحات والمنتجات الأخرى ذات الصلة بالصحة التي تتسم بالسلامة والفعالية والجودة العالية وبأسعار معقولة، بما في ذلك المعدات الطبية وأدوات التشخيص ومعدات الحماية الشخصية والتقنيات المساعدة وغيرها من السلع الأساسية ذات الصلة بالصحة. كما تُعد قدرة الناس على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية التي توفر هذه السلع العلاجية عاملاً مهماً في هذا الصدد.

مصادر الحوادث المبلغ عنها المتعلقة بالهجمات على الرعاية الصحية

يهدف هذا التقرير إلى تجميع المعلومات المعروفة عن الهجمات الفردية على الرعاية الصحية التي تم جمعها من مصادر متعددة. يختلف الوصول إلى المصادر من بلد إلى آخر، ولكل مصدر نقاط قوته ونقاط ضعفه. يمكن ملاحظة بعض الاختلافات في تعريفات ما يشكل هجمات على الرعاية الصحية المستخدمة من قبل المصادر المختلفة التي تم استخدامها لتجميع مجموعة بيانات SHCC. يقدم كل مصدر تحيزات فريدة في الإبلاغ والاختيار، والتي سيتم مناقشتها أدناه.

لتحديد الحوادث التي تستوفي معايير الإدراج، استخدمت Insecurity Insight، عند جمع البيانات لـ SHCC، مجموعة من المصادر المتميزة التي قدمت مزيجاً من الحوادث التي أوردتها وسائل الإعلام والحوادث التي أبلغ عنها الشركاء ومنظمات الشبكة:

1. المعلومات الواردة في نشرات Insecurity Insight الإخبارية عن الهجمات على الرعاية الصحية، والتي تتكون من مزيج من المصادر الإعلامية التي تم تحديدها من خلال تقنية الذكاء الاصطناعي المصممة خصيصاً ومعلومات أخرى تمت مشاركتها علناً من شبكات الشركاء، مثل قاعدة بيانات أمن العاملين في مجال الإغاثة (AWSO) للحصول على البيانات العالمية من وكالات الإغاثة الدولية التي تتسق برامج الرعاية الصحية؛ منظمة Airwars والمرصد السوري لحقوق الإنسان (SOHR) والشبكة السورية المستقلة لحقوق الإنسان (SNHR) للحصول على بيانات عن سوريا؛ ومشروع رصد الأثر على المدنيين (CIMP) للحصول على بيانات عن اليمن؛ وقواعد البيانات مثل تلك الخاصة بمشروع بيانات مواقع وأحداث النزاعات المسلحة (ACLEDA)؛

2. الأبحاث التي أجراها فريق صغير من أعضاء Insecurity Insight لتحديد الحوادث الإضافية التي أبلغت عنها وكالات الأمم المتحدة ووسائل الإعلام ومصادر أخرى؛

3. الحوادث التي تؤثر على الرعاية الصحية التي شاركها مركز البيانات الإنسانية والصراعات (CHDC) التابع لـ INSO عن 15 دولة: أفغانستان، بوركينافاسو، الكاميرون، جمهورية أفريقيا الوسطى، جمهورية الكونغو الديمقراطية، هايتي، مالي، موزمبيق، النيجر، نيجيريا، الصومال، جنوب السودان، السودان، سوريا، وأوكرانيا؛
4. الحوادث التي تؤثر على الرعاية الصحية في إثيوبيا والتي شاركتها جمعية أمهرة الأمريكية؛
5. الحوادث التي أثرت على الرعاية الصحية في اليمن والتي شاركتها منظمة "مواتانا" لحقوق الإنسان في اليمن؛ و
6. معلومات من مسجلي الضحايا في الأراضي الفلسطينية المحتلة والتي كانت تستند في الغالب إلى الأسماء وأرقام الهوية الإسرائيلية، ولكنها لم تقدم أي معلومات عن تاريخ وموقع حادث معين، مما تطلب مطابقة معقدة. هذا العمل مستمر.

مبادئ ترميز الحوادث

تم اتباع النظرية والمبادئ العامة للترميز القائم على الأحداث. أولاً، تم الحرص على عدم إدخال الحادث نفسه أكثر من مرة. ثانياً، تم تحويل المعلومات الواردة في الأوصاف النصية للأحداث إلى بيانات عن طريق ترميز "الأسئلة الستة": من فعل ماذا لمن، وأين، ومتى، وبأي سلاح. ترد مبادئ الترميز القياسية في دليل ترميز البيانات العام لـ SHCC. يرجى الاطلاع على www.insecurityinsight.org/projects/healthcare/shcc للحصول على التفاصيل الكاملة لترميز SHCC والمرفقات.



تحديد وفيات العاملين الصحيين: نهج تسجيل الحوادث والإصابات

تستخدم Insecurity Insight نهجاً قائماً على الحوادث لتحديد المعلومات الخاصة بـ SHCC ثم تصنيفها. باستخدام المكان والزمان الفريدين للحادث كمعلومات أساسية، يتم إعطاء جميع المعلومات المبلغ عنها رقم تعريف (ID) فريداً للتصنيف. ويتم تسجيل عدد العاملين الصحيين الذين قُتلوا خلال حادث معين ضمن تفاصيل الحادث. يتم دائماً تسجيل العاملين الصحيين المتعددين الذين قُتلوا في نفس الحدث تحت نفس رقم تعريف الحادث. في التسجيل القائم على الحوادث، يتم تسجيل الأفراد كأعداد للأشخاص الذين قُتلوا دون تسجيل أسمائهم وأعمارهم بالضرورة.

تتبع العديد من منظمات حقوق الإنسان/تسجيل الضحايا نهجاً قائماً على الأفراد لتسجيل الضحايا القتلى. في هذا النهج، يتم تسجيل كل فرد قُتل تحت رقم تعريف فريد يتضمن عادةً اسم الضحية وعمرها، وظروف وفاتها (التاريخ والمكان). لا تسجل معظم هذه المنظمات بشكل روتيني المعلومات المتعلقة بمهنة الضحية.

يؤدي هذان المنهجان في التوثيق إلى أرقام مختلفة لعدد القتلى في النزاع، مما قد يغذي نقاشات غير مفيدة حول «العدد الحقيقي» للضحايا. على سبيل المثال، استندت منظمة «مراقبة العاملين في مجال الرعاية الصحية - فلسطين» في إحصاءات إلى أسماء الفلسطينيين الذين قُتلوا، مستخدمة أرقام الهوية الشخصية الصادرة عن إسرائيل لتحديد هوية كل فرد على حدة. ومع ذلك، لا تتضمن هذه القوائم مواقع أو تواريخ هذه الوفيات. ووفقاً لهذا المصدر، قُتل 1,571 عاملاً صحياً منذ أكتوبر 2023، في حين أفادت الأمم المتحدة بوقوع أكثر من 1,000 حالة وفاة بين العاملين الصحيين.

سجلت مؤسسة (Insecurity Insight) مقتل 757 عاملاً صحياً في غزة و21 في الضفة الغربية في عام 2025، من خلال تحليل جميع تقارير الحوادث المميتة التي عُرف أن عمالاً صحيين كانوا من بين القتلى. ومع ذلك، فإن هذا النهج القائم على الحوادث يقلل من عدد العاملين الصحيين القتلى، لأنه لا يشمل أي عامل صحي قُتل في حوادث لم يتم فيها تحديد مهنة الضحية على الفور. ولا تزال عملية المقارنة مع مصادر أخرى مستمرة، وستتغير الأرقام. على سبيل المثال، بحلول وقت نشر تقرير SHCC لعام 2023 في مايو 2024، كانت مؤسسة Insecurity Insight قد سجلت مقتل 146 عاملاً صحياً في عام 2023، ولكن بعد عام، تم تسجيل مقتل 414 عاملاً صحياً في نفس الفترة من عام 2023 نتيجة المقارنة المستمرة مع المصادر. وبالمثل، في مايو 2025، سجلت المؤسسة مقتل 617 عاملاً صحياً في غزة و11 في الضفة الغربية في عام 2024، ولكن بحلول مايو 2026، ارتفع عدد الوفيات المسجلة للعاملين الصحيين لعام 2024 إلى 757 في غزة و21 في الضفة الغربية.

وبالمقارنة، في السودان، بحلول وقت نشر تقرير SHCC لعام 2023 في مايو 2024، كانت مؤسسة Insecurity Insight قد سجلت مقتل 56 عاملاً صحياً في عام 2023، ولكن بعد عام، تم تسجيل مقتل 55 عاملاً صحياً في الفترة نفسها من عام 2023 نتيجة للتحقق المستمر من المصادر.

تستغرق الجهود الرامية إلى الجمع بين هذين المنهجين المنفصلين ومواءمتها وقتاً طويلاً للغاية وتعد معقدة للغاية. يفقد كلا المنهجين إلى معلومات حيوية، مثل الأسماء أو أرقام الهوية الرسمية أو المهنة أو تاريخ وموقع الحوادث التي من شأنها أن تساعد في مطابقة المعلومات. ومن شأن زيادة توحيد الأساليب المستخدمة في تسجيل الضحايا سواء على أساس الحوادث أو على أساس الأفراد أن يساعد في تحسين موثوقية البيانات والمعلومات. وتعمل مؤسسة Insecurity Insight مع Airwars على المقارنة المزدوجة لجميع الأسماء المسجلة باستخدام أداة مصممة خصيصاً لهذا الغرض لمطابقة الأسماء الجزئية والكاملة عبر مجموعات بيانات متعددة، والتي يمكن استخدامها بعد ذلك لتحديد مواقع الأفراد عبر سجلات مختلفة حيث قد لا يتم تحديد معلومات مثل المهنة بطريقة أخرى.

إدراج وترميز الحوادث المبلغ عنها في نظام مراقبة الهجمات على الرعاية الصحية (SSA) التابع لمنظمة الصحة العالمية

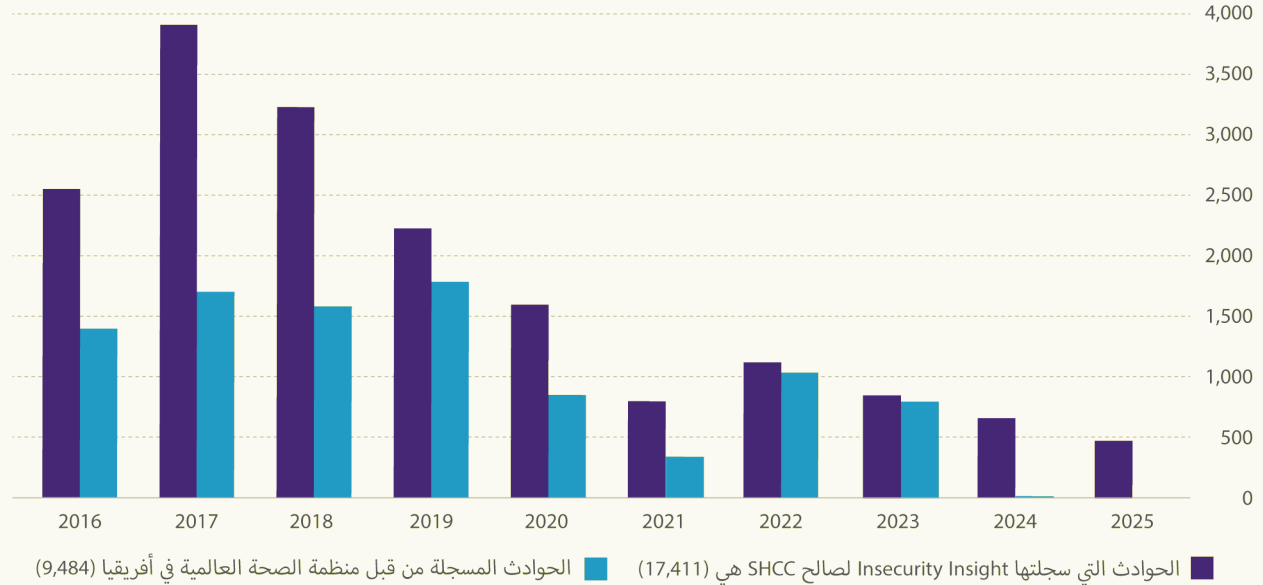
قامت Insecurity Insight بمقارنة المعلومات بشكل مستمر مع البيانات الواردة في قاعدة بيانات نظام منظمة الصحة العالمية لمراقبة الهجمات على الرعاية الصحية (SSA). حتى 19 أبريل 2026، أبلغ نظام منظمة الصحة العالمية لمراقبة الهجمات على الرعاية الصحية (SSA) عن ما مجموعه 1,385 هجمة على الرعاية الصحية في 19 دولة لعام 2025. وفي الفترة نفسها، أبلغت مراقبة Insecurity Insight الخاصة بـ SHCC عن 2,546 حادثة في 33 دولة لعام 2025. علاوة على ذلك، سجلت بيانات Insecurity Insight زيادة إجمالية في الحوادث المبلغ عنها بنسبة 15% لعام 2024 مقارنة بعام 2023، وزيادة بنسبة 62% مقارنة بعام 2022. سجلت بيانات منظمة الصحة العالمية لأفريقيا زيادة في الحوادث المبلغ عنها لعام 2024 بنسبة 6% مقارنة بعام 2023، لكن هذا لا يزال يمثل انخفاضاً بنسبة 7% عن عدد الحوادث المبلغ عنها في عام 2022.

في حين أن أعداد الحوادث المبلغ عنها لم تختلف كثيراً بين عامي 2018 و2019، استمرت الحوادث التي أبلغت عنها Insecurity Insight في الزيادة على مدار السنوات الماضية مقارنة بتقارير منظمة الصحة العالمية (WHO SSA). في عام 2020، أبلغت Insecurity Insight عن 460 حادثة أكثر من منظمة الصحة العالمية (WHO SSA)، بينما أبلغت في عام 2024 عن 1,981 حادثة أكثر من منظمة الصحة العالمية (WHO SSA).

المنهجية المتبعة في إعداد تقرير تحالف حماية الصحة في حالات النزاع (SHCC) لعام 2025

الحوادث التي أبلغ عنها مركز SHCC و SSA التابع لمنظمة الصحة العالمية، 2016-2025

في حين كانت أعداد الحوادث متشابهة في 2018-2019، ارتفعت الهجمات على الرعاية الصحية التي أبلغ عنها Insecurity Insight/SHCC منذ عام 2020، متجاوزة تقارير منظمة الصحة العالمية (WHO SSA) بأكثر من 2,000 حادثة بحلول عام 2024.



المصدر: Insecurity Insight لصالح تحالف حماية الصحة في النزاعات (SHCC).

لا يزال التحقق من الحوادث الفردية مقابل المعلومات التي جمعتها Insecurity Insight لصالح SHCC يمثل تحديًا، نظرًا لأن منظمة الصحة العالمية في أفريقيا لا تقدم أي معلومات عن الموقع، باستثناء البلد الذي وقعت فيه الحادثة. ومع ذلك، فإن هذا التحقق مهم لتقدير الأرقام الإجمالية. أظهر تقييم مفصل للاختلافات في البيانات لعام 2017 عددًا متشابهًا من الحوادث المبلغ عنها، لكن المقارنة بين كل حادثة على حدة أظهرت تداخلًا بنسبة 12.9% فقط بين الحوادث المبلغ عنها، مما يشير إلى وجود نقص كبير في الإبلاغ في كلا مجموعتي البيانات.¹⁰ منذ ذلك الحين، استثمرت Insecurity Insight في تحسين وظائف البحث عبر الإنترنت بمساعدة تطوعية من شركات تكنولوجيا رائدة.¹¹ ومن المرجح أن يكون هذا قد ساهم في تغطية أفضل للحوادث المبلغ عنها من مصادر مفتوحة. ومن المرجح أيضًا أن يكون لدى منظمة الصحة العالمية في أفريقيا (WHO SSA) وصول أفضل إلى المعلومات حول الحوادث التي يتم الإبلاغ عنها بشكل سري من خلال نظام المساعدة، بما في ذلك المعلومات حول الحالات الحساسة مثل عمليات الاختطاف أو الاعتقالات.

الحوادث التي أبلغ عنها مركز التنسيق الإنساني (SHCC) وفرع منظمة الصحة العالمية في أفريقيا (WHO SSA) في عام 2025

في عام 2025، سجلت رصدات Insecurity Insight لتحالف حماية الصحة في النزاعات «SHCC» عددًا من الحوادث فاق ما سجلته منظمة الصحة العالمية في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى في جميع البلدان التي تغطيها تقريبًا، حيث لوحظت أكبر الفروق في جمهورية الكونغو الديمقراطية والأراضي الفلسطينية المحتلة وميانمار والسودان واليمن.

المنهجية المتبعة في إعداد تقرير تحالف حماية الصحة في حالات النزاع (SHCC) لعام 2025

عدد الحوادث التي أبلغت عنها منظمة الصحة العالمية في عام 2025	عدد الحوادث التي أبلغت عنها مؤسسة Insecurity Insight لصالح مركز SHCC في عام 2025	
9	13	بوركينافاسو
20	30	الكاميرون
	23	جمهورية أفريقيا الوسطى
	28	كولومبيا
40	325	جمهورية الكونغو الديمقراطية
	69	إثيوبيا
11	23	هايتي
6	27	إيران
3	15	لبنان
21	22	مالي
	27	المكسيك
70	259	ميانمار
	43	نيجيريا
461	625	الأراضي الفلسطينية المحتلة
	32	باكستان
	18	الصومال
9	31	جنوب السودان
65	134	السودان
32	74	الجمهورية العربية السورية
582	613	أوكرانيا
2	48	اليمن
54	71	بلدان أخرى
1,385	2,546	المجموع

مصادر المعلومات حول تأثير الهجمات على الرعاية الصحية

تم تضمين دراسات ذات منهجية مختلطة من مصادر متنوعة في المراجعة المتعلقة بتأثير الهجمات على الرعاية الصحية. وتشمل هذه:

- الدراسات الأكاديمية؛ و
- الدراسات التطبيقية التي تركز على السكان المتضررين أو تصورات المخاطر الأمنية بين العاملين في مجال الصحة.

المنهجيات التحليلية

يصف هذا التقرير أنماط العنف ضد الرعاية الصحية في بلدان مختارة استناداً إلى المعلومات المتاحة حول ما حدث خلال الحوادث المسجلة. ويقدم معظم التفاصيل حول العنف ضد الرعاية الصحية أولئك الذين عانوا من العنف أو شاهدهوا وأبلغوا عنه للآخرين، الذين قاموا بدورهم بمشاركة هذه المعلومات في شكل تقرير عن الحادث. ولا يقدم الجناة أي معلومات عن الحوادث إلا في حالات استثنائية. ونتيجة لذلك، فإن جميع الأنماط الموصوفة تستند إلى الحقائق الملاحظة، مثل الزي الذي كان يرتديه الجناة، وما إذا كانوا يعملون بمفردهم أو في مجموعات، وأنظمة الأسلحة التي كان بإمكانهم الوصول إليها. بالإضافة إلى ذلك، تشير بعض التفاصيل المتعلقة بموقع الهجوم وطبيعته إلى دوافع محتملة. على سبيل المثال، إذا دخل أعضاء جماعة مسلحة قسراً إلى منشأة صحية ونهبوا الأدوية فقط، فمن المحتمل أنهم نفذوا الهجوم لأنهم كانوا بحاجة إلى إمدادات طبية لمقاتلي الجماعة. وإذا تم اختطاف أطباء وطُلب فدية، فمن المحتمل أن العاملين الصحيين تعرضوا للهجوم بسبب ثروتهم المفترضة.

وفي حالات أخرى كثيرة، قد لا يوفر موقع الهجوم سوى القليل من الأدلة الموثوقة حول الدوافع. على سبيل المثال، لا تشير حقيقة تعرض عامل صحي لهجوم خارج مرفق صحي مباشرة إلى أن الهجوم استهدف العامل الصحي تحديداً بسبب مهنته. فقد يكون الهجوم مجرد هجوم عشوائي استهدف أشخاصاً في الشارع صادف أن أحدهم كان عاملاً صحياً وصادف أن وقع خارج مرفق صحي، لكنه كان يمكن أن يستهدف أي شخص ويحدث في أي مكان آخر. ومع ذلك، يبقى من الممكن أن يكون الهجوم قد استهدف بالفعل عاملاً صحياً بسبب مهنته، وأن الموقع قد تم اختياره لأسباب استراتيجية، على سبيل المثال لأن المنزل الخاص أو السيارة المتحركة يمثلان هدفاً "أسهل" من منشأة صحية أكثر أمناً حيث قد يعمل الطبيب أو الممرضة في أجنحة تبعد مسافة عن المدخل. علاوة على ذلك، هناك ما يشير إلى أن تتبع الهواتف قد يسمح بتخطيط هجمات موجهة في أوقات وأماكن يكون فيها العاملون الصحيون في أضعف حالاتهم. ومع ذلك، على الرغم من عدم اليقين بشأن الدافع في حالات مثل هذه، يظل موقع الهجوم عنصراً بالغ الأهمية في المعلومات المستخدمة لتصميم استراتيجيات لتحسين سلامة العاملين الصحيين.

محدودية البيانات

يستند هذا التقرير إلى مجموعة بيانات عن حوادث العنف ضد العاملين في مجال الرعاية الصحية، تم تجميعها بشكل منهجي من مجموعة من المصادر الموثوقة وترميزها بعناية. يمكن الاستشهاد بالأرقام الواردة في التقرير باعتبارها العدد الإجمالي لحوادث الاعتداءات على العاملين في مجال الرعاية الصحية في عام 2025، والتي أبلغ عنها مركز SHCC حددها منظمة Insecurity Insight. وتقدم هذه الأرقام تقديراً أدنى للأضرار التي لحقت بقطاع الرعاية الصحية جراء أعمال العنف والتهديدات بالعنف التي وقعت خلال السنة المشمولة بالتقرير. ومع ذلك، من المرجح أن تكون خطورة المشكلة أكبر بكثير، لأن العديد من الحوادث ربما لم يتم الإبلاغ عنها وبالتالي لم يتم احتسابها هنا. علاوة على ذلك، تشير الاختلافات في التعريفات والتحيزات في المصادر الفردية إلى أن السياقات التي تم تحديدها ليست ممثلة للسياقات الفعلية، وأن مجموعة بيانات SHCC تعاني من تحيز في الإبلاغ والاختيار.

التحيز في الإبلاغ والاختيار

"التحيز في الإبلاغ" هو المصطلح الفني الذي يصف الإبلاغ الانتقائي المحتمل من قبل أولئك الذين يجمعون المعلومات التي تم الحصول عليها من مصادر متنوعة في مجموعة بيانات واحدة. بينما تحاول عملية البحث التي تقوم بها Insecurity Insight/ SHCC تجنب أي تحيز واضح في الاختيار وتركز عملية الاختيار حصرياً على الحوادث بناءً على معايير إدراج مختارة بعناية، فإن مجموعة بيانات SHCC تحتوي على تحيز في الاختيار؛ لأنه من خلال جمع المعلومات المتاحة من مصادر مختلفة حول العنف

والتهديدات بالعنف ضد الرعاية الصحية، فإن SHCC تدخل حتمًا كل التحيز في الاختيار الكامن في المصادر الأصلية التي تجمعها في مجموعة بيانات واحدة. قد يختار أولئك الذين يبلغون عن الحوادث الفردية حوادث معينة أو يتجاهلون لها عدة أسباب، بما في ذلك الخيارات التحريرية، عندما يكون المصدر وسيلة إعلامية؛ ونقص المعرفة، لأن المجتمعات المتضررة لم تكن لها صلة بالجهة التي تجمع المعلومات في المقام الأول؛ وبسبب الرقابة المتعمدة، أو انقطاع خدمة الإنترنت في البلد المعني، أو مجرد أخطاء الإغفال. تعني هذه التحيزات أن مجموعة الحوادث التي جمعتها SHCC ليست كاملة ولا تمثيلية. وهذا له آثار مهمة على الاستنتاجات التي يمكن استخلاصها من البيانات.

1. ولا ينبغي مقارنة أعداد الحوادث المبلغ عنها حسب البلد بأعداد البلدان الأخرى دون مراعاة العوامل التي تؤثر على تدفق المعلومات والتحيز المحتمل في الاختيار.

على سبيل المثال، في أوكرانيا، يستطيع باحثون ذوو مهارات عالية توثيق العديد من الحوادث دون خوف من انتقام السلطات في الأجزاء من أوكرانيا التي ظلت تحت سيطرة الحكومة الأوكرانية. وفي الأراضي الفلسطينية المحتلة، واصل الصحفيون الشجعان توثيق العنف والدمار الذي يحدث حولهم، في حين تشكل شبكات الشتات من ميانمار والسودان والكاميرون مصادر مهمة للمعلومات التي يتم تبادلها مع العالم الخارجي. وأدى ذلك إلى وصول أعداد أكبر من الحوادث المبلغ عنها إلى مركز SHCC فيما يتعلق بالحوادث التي يمكن لهؤلاء الباحثين والصحفيين الوصول إليها.

في عدد من البلدان، وبشكل متزايد في بلدان الساحل، وكذلك في ميانمار والسودان، قد يعرض المهنيون الصحيون والصحفيون المحترفون سلامتهم وسلامة الآخرين للخطر من خلال الإبلاغ العلني عن الحوادث، مما قد يؤدي على الأرجح إلى عدم الإبلاغ عن المزيد من الحوادث على الرغم من شبكات المعلومات الفعالة للشتات. ومن المرجح أيضًا أن تؤدي القيود المتكررة على الإنترنت التي حدثت في ميانمار وغزة وإيران، من بين أماكن أخرى، إلى عدم نقل بعض المعلومات. بشكل عام، من المرجح أن يؤثر انخفاض انتشار الإنترنت والخوف من الانتقام على التغطية من منطقة الساحل والبلدان المحيطة بها. ومن المرجح أيضًا أن يكون تزايد انعدام الأمن والإغلاق الواسع النطاق للبرامج الصحية لأسباب تتعلق بالتمويل والأمن قد قلل من الوصول إلى المعلومات، لأن انخفاض عدد الموظفين يعني غالبًا أنه لم يعد من الممكن الحفاظ على أنشطة التغطية. لا تزال الوصول إلى أجزاء من شمال نيجيريا صعبًا، في حين أن طرد وكالات الإغاثة من غزة والنيجر يعني أن الوصول إلى هذين البلدين ليس سهلاً بالنسبة للجهات الخارجية، ومن المرجح أن يكون هذا قد أثر على تدفق المعلومات من هذه المناطق. ومن المرجح أيضًا أن يكون سحب ترخيص التسجيل لمنظمات رئيسية في جنوب السودان قد أثر على العدد الإجمالي للحوادث التي تم الإبلاغ عنها، وبالتالي التي أتيحت للجنة التنسيق الإنساني في جنوب السودان (SHCC) في عام 2025.

2. قد تتفاوت دقة المعلومات والتعريفات المتعلقة بما يُعد هجومًا على الرعاية الصحية.

تسجل بعض المنظمات أنواعًا معينة فقط من الحوادث، مثل تلك التي تشمل المرافق الصحية أو تلك التي تؤثر على وكالات الإغاثة الدولية، في حين أن أوصاف الحوادث المتاحة قد تحتوي أيضًا على أخطاء. بالإضافة إلى ذلك، لا تدرج جميع المنظمات التي تجمع معلومات عن الحوادث ذات الصلة جميع التفاصيل اللازمة لترميز جميع جوانب هذه الحوادث بشكل منهجي. وعلى وجه الخصوص، غالبًا ما تكون المعلومات المتعلقة بالجاني (الجناة) وسياق حادثة معينة مفقودة أو قد تكون متحيزة في المصدر الأصلي. كما أنه في بعض الحالات، لا سيما تلك التي تنطوي على عمليات سطو واختطاف، غالبًا ما يكون من الصعب التأكد من المعلومات المتاحة ما إذا كان الفعل قد ارتكبه طرف في النزاع أم مجرمون. وقد استندنا في قراراتنا بإدراج معلومات من هذا النوع إلى تقييمات حول الدوافع الأكثر احتمالاً للهجوم، دون الادعاء بالدقة التامة.

بالنسبة لبعض البلدان، يمثل تجميع المعلومات المتاحة تحديًا عندما لا تتبادل الجهود المختلفة لجمع البيانات بطرق تسمح بمقارنة المعلومات. علاوة على ذلك، لم يوفر جميع المساهمين إمكانية الوصول إلى مصادرهم الأصلية، وفقدت العديد من التفاصيل في هذه العملية، مما أثر على قدرتنا على ضمان تصنيف أكثر دقة واتساقًا.

3. لا ينبغي قراءة الفئات المبلغ عنها للسياقات التي وقعت فيها الحوادث على أنها تصف النطاق الكامل للحوادث أو مدى تكرار حدوثها.

على سبيل المثال، من المرجح أن يتم تسجيل عمليات قتل واختطاف الأطباء أو تفجير المستشفيات في أنظمة الإبلاغ أكثر من حصار الإمدادات والمعدات. وبالتالي، من المرجح أن تحصل هذه الحوادث بتكرار أكبر مما تشير إليه التقارير.

علاوة على ذلك، يركز هذا التقرير حصرياً على التهديدات وأعمال العنف التي ترتكبها أطراف النزاع ولا يغطي العنف الذي يرتكبه المرضى أو أسرهم أو المرتبط ببيئات العمل. وهذا يعني أن العنف الذي تمت ملاحظته يشمل العنف المرتبط بالنزاع ويعكس أنماط العنف الذي ترتكبه أطراف النزاع. وهذا يعني أنه قد لا يعكس النطاق الكامل للعنف الذي يتعرض له العاملون الصحيون، الذين قد تكون التهديدات والعنف الذي يمارسه المرضى وأسرهم وربما رؤسائهم تجربة أكثر شيوعاً بالنسبة لهم من الهجمات التي يشنها جنود أو ضباط شرطة أو أعضاء في جماعات مسلحة غير تابعة للدولة.



التحيزات المعروفة في الإبلاغ والاختيار في مصادر

Insecurity Insight/SHCC

تعاني مجموعة البيانات التي يستند إليها هذا التقرير من القيود الكامنة في مصادر البيانات التي استخدمها المساهمون لتجميعها. تستخدم بعض مصادر البيانات التقارير الإعلامية، بينما تجمع مصادر أخرى التقارير وتصنيفها من خلال شبكة من الشركاء أو المراقبة المباشرة أو المقارنة بين المصادر. يستخدم العديد من مزودي المعلومات مزيجاً من هذه الأساليب. هناك سبعة انحيازات محتملة في الإبلاغ تؤثر على تدفق المعلومات:

1. في بعض البلدان، كثيراً ما تورد وسائل الإعلام تقارير عن مجموعة واسعة من الهجمات على مرافق الرعاية الصحية، بينما في بلدان أخرى، لا تورد وسائل الإعلام الرسمية أي تقارير عن مثل هذه الحوادث تقريباً.
2. في بعض البلدان، يُعد الصحفيون المواطنون الذين يقومون بأنفسهم بأعمال التوثيق والتحقيق مصادر رئيسية للمعلومات، وقد تؤدي البيئة التقييدية التي يواجهها الصحفيون وعمليات قطع الإنترنت التي تفرضها الحكومات إلى تعطيل تدفق هذه المعلومات خلال فترات زمنية محددة.
3. في بعض البلدان، يمكن العثور على شبكات نشطة للغاية تابعة لمنظمات شريكة لـ SHCC تساهم في توفير المعلومات، بينما لا توجد مثل هذه الشبكات في بلدان أخرى. يستغرق بناء الشبكات وقتاً، وعادةً ما تكون هذه الشبكات أكثر تطوراً في البلدان التي تعاني من صراعات طويلة الأمد. يمكن أن تؤدي التغييرات في الموظفين أو نقص التمويل إلى تعطيل تدفق المعلومات.
4. في بعض البلدان، توجد العديد من عمليات جمع البيانات المتوازية التي تنشر أرقاماً مختلفة بسبب الاختلافات في التغطية الجغرافية أو القدرة على الوصول إلى مزودي المعلومات. إذا لم يتم مشاركة البيانات الأصلية، فمن المستحيل التحقق من وجود تقارير مزدوجة عن نفس الأحداث.
5. في بعض البلدان، قد تنشر مبادرات جمع البيانات في سنة معينة وتؤدي إلى ارتفاع مفاجئ في الحوادث المبلغ عنها. وإذا لم تواصل هذه المبادرات عملها في السنوات اللاحقة، فإن أعداد الحوادث المبلغ عنها تنخفض.
6. يجب العثور على الحوادث التي تحدث في المراحل المبكرة من النزاعات في مصادر متنوعة حتى يتم إنشاء شبكات لجمع البيانات.
7. لا تشارك بعض المنظمات الحوادث، من أجل حماية استقلاليتها وحيادها. في البلدان التي تعتبر فيها هذه المنظمات مقدمي رعاية صحية رئيسيين، قد يظل تدفق المعلومات محدوداً للغاية.

- 1 وللتبسيط، سيشار إلى كل هذه الكيانات باسم «الدول» في المناقشة التالية.
- 2 قسم أبحاث السلام والصراع، جامعة أوبسالا. برنامج بيانات الصراع في أوبسالا. <https://ucdp.uu.se/> (تم الوصول إليه في 7 أبريل 2026).
- 3 <https://ucdp.uu.se>. نظرًا لأن قائمة النزاعات القطرية لعام 2025 الصادرة عن برنامج بيانات النزاعات في أوبسالا (UCDP) لم تكن متاحة للجمهور عند كتابة هذا التقرير، فقد استشرنا موظفي البرنامج عبر البريد الإلكتروني للحصول على معلومات حول التغييرات المتعلقة بالبلدان المدرجة في قائمة البرنامج لعام 2025.
- 4 منظمة الصحة العالمية (2020) "مبادرة الهجمات على الرعاية الصحية: توثيق المشكلة". 22 يوليو. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/attacks-on-healthcare-initiative-documenting-the-problem>
- 5 قسم أبحاث السلام والصراع، جامعة أوبسالا. تعريفات <https://www.pcr.uu.se/research/ucdp/definitions/>. UCDP.
- 6 وبموجب هذا التعريف، يتم تضمين عنف العصابات في هاييتي والمكسيك لأن العصابات تصنف على أنها "مجموعات منظمة" أسفرت أنشطتها عن ما لا يقل عن 25 حالة وفاة مرتبطة بالنزاع.
- 7 بالإضافة إلى الأسس النظرية لقاعدة بيانات "الأمان في الأرقام" (SiND) التابعة لـ "إنسيكيوريتي إنسايت"، يعتمد هذا الإطار على أبحاث اتحاد مشروع "دراسة تأثير الهجمات على الرعاية الصحية" (RIAH)، والعمل الذي كرسه ليونارد روبنشتاين طوال حياته (لا سيما كتابه "الطب المحفوف بالمخاطر: النضال من أجل حماية الرعاية الصحية من عنف الحرب"، الذي نُشر في عام 2023) وأعمال روين كوبلاند (انظر المقال "دور البيانات المتعلقة بالصحة في تعزيز أمن الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى"، الذي نُشر في المجلة الدولية للصليب الأحمر في عام 2013).
- 8 وفي حالة قطاع غزة في الأراضي الفلسطينية المحتلة، تشمل المنهجية أيضًا حوادث العنف والأضرار والدمار التي وقعت في المناطق المجاورة مباشرة للمرافق الصحية، لأن الخصائص الجغرافية لهذا الشريط الضيق من الأرض تعني أن أي حادث عنيف على الطرق الرئيسية المحدودة المتاحة للاستخدام يمكن أن يعيق بشكل مباشر وصول سيارات الإسعاف والمرضى الأفراد، ويؤثر بشكل كبير على تنقل العاملين الصحيين من وإلى العمل.
- 9 وبناءً على طلب المكتب الدولي للخدمات الميدانية (INSO)، لم تُدرج هذه الحوادث في قواعد البيانات المتاحة للجمهور.
- 10 <https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-023-00498-w>
- 11 <https://arxiv.org/abs/2410.06370>

SAFEGUARDING HEALTH IN CONFLICT

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

<https://safeguarding-health.com>

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

اقتراح للاستشهاد: ائتلاف حماية الصحة في النزاعات 2026، (SHCC). الرعاية الصحية في مرمى النيران: العنف ضد الرعاية الصحية في النزاعات، مايو 2026.

<https://shcc.pub/YearReview2025AR>

تحالف حماية الصحة في النزاعات

رقم 615 شارع وولف، ي7143، بالتيمور، م د 21205

جيني جون، safeguardinghcc@gmail.com