



تشخيص واقع العودة

الأوضاع الصحية وتجارب العائدين
في سوريا

”عندما عدت من إدلب، بكيت. لم يعد هذا هو المنزل الذي غادرناه. لا توجد خدمات صحية ملائمة، وحتى زيارة الطبيب أصبحت مكلفة بما يفوق قدرة الناس. لقد عدنا لتعيد بناء حياتنا. حتى إن بدأنا من الصفر، سنحاول من جديد.”

سوسن، 51 عاماً، من ريف محافظة دمشق

شكر وتقدير

يستند هذا التقرير إلى مزيج من البحوث الأولية والثانوية. وتشمل البحوث الأولية عملاً ميدانياً متعدد المنهجيات كلفت به منظمة الإغاثة الدولية (RI) ونفذته شركة «ميدل إيست للاستشارات والحلول» (MECS) في الفترة ما بين نوفمبر 2025 ويناير 2026، وتضمنت استطلاعات رأي شملت 705 عائداً في محافظات حلب ودير الزور وريف دمشق. كما يعتمد التقرير بشكل مكثف على تقييم الاحتياجات متعدد القطاعات (MSNA) الذي موله الاتحاد الأوروبي (EU) وصمّمته ونفذته منظمة RI بين نوفمبر وديسمبر 2025، والذي يوثق الوضع الإنساني المتغير بين 2,109 سورياً في شمال شرق (محافظات دير الزور، الحسكة والرقة)، والشمال الغربي (محافظات حلب وإدلب وحماة)، وجنوب سوريا (محافظات درعا). يتم الاستشهاد بالمصادر الثانوية، بما في ذلك التقارير والدراسات المنشورة، في جميع أنحاء التقرير، ويتم سردها بالكامل في الحواشي الختامية. ويستند التحليل أيضاً إلى الخبرة المباشرة لمنظمة RI في سوريا في قطاعات الصحة والتغذية، والحماية، والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية (WASH)، بالإضافة إلى المعرفة التشغيلية لشركاء المنظمة.

تعرب منظمة RI عن امتنانها العميق لجميع المشاركين في البحث - العائدون، وأفراد المجتمعات المضيفة، والشركاء، والعاملون في المجال الصحي، والسلطات المحلية والوطنية - الذين كرسوا وقتهم وقدموا رؤاهم، في كثير من الأحيان في ظل ظروف صعبة. وتشكل شهاداتهم وتجاربهم الأساس الذي استند إليه هذا التقرير.

وتشكر RI مركز MECS على قيادته لجميع جوانب دراسة العائدين، بما في ذلك تصميم البحث، وتنسيق العمل الميداني، وجمع البيانات، والتحليل، وإعداد التقارير الفنية. وقد أضفى فريق MECS الدقة المنهجية والمهنية على بيئة بحثية معقدة وسريعة التطور.

كُتبت هذا التقرير راشيل سايدر. وتشكر المؤلفة زملاءها آدم سامبييف، وفدوي ناشد، وفرانكي هارينغتون، وهاني عكاشه، وإبراهيم جاوويش وماتيو مايبيليا، ومحمد شريف، وأسامة المصطفى، وبيتروس باساس، وقتيبة شهاب على مراجعتهم المتخصصة، ومساهماتهم الموضوعية، ومشاركتهم المدروسة في المسودات المتتالية. كما يتوجه الشكر إلى العديد من الأفراد والمنظمات والشركاء في جميع أنحاء المنطقة الذين ساهموا بمعرفتهم وتحليلاتهم.

منظمة الإغاثة الدولية في سوريا

الإغاثة الدولية (Relief International) هي منظمة إنسانية وإنمائية دولية تتعاون مع المجتمعات المحلية في أكثر المناطق هشاشة وتعقيداً في العالم لإنقاذ الأرواح وبناء القدرة على الصمود والكرامة والرفاهية على المدى الطويل. تعمل منظمة الإغاثة الدولية في سوريا منذ عام 2012، عندما أطلقت برامجها في شمال غرب سوريا استجابة لتصاعد النزاع. وعلى مدار السنوات التي تلت ذلك، قدمت المنظمة خدمات متكاملة للأشخاص المحتاجين في جميع أنحاء البلاد. تقدم فرقها وشركاؤها خدمات طارئة ومجانية في مجالات الرعاية الصحية والحماية والتغذية، كما توفر المياه النظيفة والطاقة الشمسية للمرافق الصحية والمجتمعات المتضررة من النزوح. تلتزم المنظمة بتعزيز النظام الصحي في سوريا في الوقت الذي تشرع فيه البلاد في عملية إعادة إعمار واسعة النطاق، بما في ذلك من خلال المناصرة القائمة على الأدلة. وهذا يعكس قناعة منظمة الإغاثة الدولية بأن الجهود الرامية إلى التوصل إلى حلول مستدامة يجب أن تستند إلى تجارب وأصوات السوريين أنفسهم.

ملخص تنفيذي

أدى انهيار حكومة الأسد في ديسمبر 2024 إلى تغيير مسار النزوح السوري بين عشية وضحاها تقريباً، مما أعاد إحياء الأمل الذي طالما قُمع لدى الكثيرين في أن العودة إلى الوطن قد تصبح أخيراً ممكنة. ولا يزال السوريون يواجهون عوائق كبيرة تحول دون عودتهم بأمان وإعادة بناء حياتهم، على الرغم من جهود الاستقرار الجارية. ويتجلى ذلك بشكل خاص في القطاع الصحي.

يعد الوصول إلى الرعاية الصحية عاملاً حاسماً في اتخاذ قرارات العودة وفي الواقع الميداني. تعكس جودة الرعاية ومسافتها وتكلفتها التفاوتات الصارخة بين ما يحتاجه السوريون وما هو متاح في مناطق واسعة من البلاد. كان ما يزيد قليلاً عن نصف المستشفيات وثُلث مرافق الرعاية الصحية الأولية تعمل بكامل طاقتها في أواخر عام 2024. وقد فرَّ أكثر من 15,000 طبيب - أي ما يقارب نصف القوى العاملة الطبية في سوريا قبل الحرب - من البلاد. وفي ريف دير الزور اليوم، يذكر 78% من العائدين أن الرعاية الصحية غير متوفرة. ويصف ما يصل إلى 51% من العائدين جودة الخدمات الصحية بأنها منخفضة أو غير موثوقة. وتؤدي تكاليف الرعاية الصحية فعلياً إلى استبعاد معظم السكان من العلاج في مناطق معينة.

يعاني العديد من السوريين من الصدمات النفسية والأمراض المزمنة وسوء التغذية والإصابات غير المعالجة - وهي حالات غالباً ما فشل النزوح في حلها. في الواقع، كما تقول الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة، "أدى النزوح والاحتفاظ إلى تفاقم الضغوط النفسية والاجتماعية مع الحد من استمرارية الرعاية." تشكل العودة إلى المناطق التي دمرت فيها البنية التحتية الصحية، واستنفدت الخبرات، وأصبحت تكاليف العلاج باهظة، مخاطر صحية كبيرة للعائدين.



يقوم فريق التلقيح بإجراء حملات تطعيم في أحد الأحياء المتضررة في إدلب. يُنفذ المشروع من قبل منظمة الإغاثة الدولية (RI) ويموّل من قبل منظمة الصحة العالمية (WHO) الصورة من (Frontline in Focus, 2025).

تستدعي أوضاع الهشاشة الصحية الخاصة والحادة اهتمامًا عاجلاً في هذا السياق. إذ تُظهر النساء العائدات أعلى مستويات القلق والضغط النفسية المسجلة في هذه الدراسة، نتيجة تراكم آثار النزاع والنزوح وما يرافق العودة من تحديات وضغوط معيشية. وتتفاقم هذه الأوضاع في ظل شبه غياب خدمات الصحة الإنجابية ورعاية الأمومة، وضعف الاستجابة لحالات العنف القائم على النوع الاجتماعي، إلى جانب فجوة حادة على المستوى الوطني في خدمات الصحة النفسية.

في الوقت ذاته، يُقدَّر أن نحو 28% من السوريين — أي ما يقارب ضعف المعدل العالمي — يعيشون مع شكل من أشكال الإعاقة، وهي نسبة مرشحة للارتفاع المستمر في ظل الانتشار الواسع للألغام الأرضية ومخلفات الحرب غير المنفجرة. ورغم ذلك، تُعد خدمات إعادة التأهيل، مثل الأطراف الصناعية والعلاج الفيزيائي وصيانة الأجهزة المساعدة، من بين أكثر مكونات النظام الصحي هشاشة وضعفاً في الموارد. أما بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة والمصابين بالأمراض المزمنة، فإن العودة إلى مناطق تفتقر إلى خدمات الرعاية المتخصصة لا تهدد فقط استمرارية علاجهم، بل قد تؤدي أيضاً إلى تراجع التحسن الوظيفي الذي تحقق لهم خلال فترة النزوح.

يستند هذا التقرير إلى بحث ميداني أولي بتكليف من منظمة ريليف إنترناشونال، نفذته شركة الشرق الأوسط للاستشارات، وشمل مسجلاً لـ 705 من العائدين في محافظات حلب ودير الزور وريف دمشق. كما يعتمد على نتائج تقييم متعدد القطاعات للاحتياجات، ممول من الاتحاد الأوروبي ونفذته المنظمة نفسها، وشارك فيه 2,109 سوريين في محافظات دير الزور والحسكة والرققة وحلب وإدلب وحماة ودرعا. وتُظهر النتائج أن وتيرة وحجم عودة النازحين قد تجاوزا بشكل كبير قدرات البنية التحتية الصحية وإمكاناتها والموارد المتاحة، اللازمة لاستقبال العائدين بشكل آمن وضمان صحتهم ورفاههم.

إن مواجهة هذه التحديات تتطلب تحركاً منسقاً بين ثلاثة أطراف رئيسية. فالتزام الحكومة السورية والمجتمع الإنساني بحل قضية النزوح واحترام رغبة السوريين في العودة، ينبغي أن يُترجم إلى أطر زمنية واقعية لتحسين الأوضاع في مناطق العودة، مع مواءمة تقديم الخدمات وفقاً لذلك. كما يتعين على المجتمع الدولي مواصلة زيادة دعمه للاستجابة الإنسانية وجهود إعادة الإعمار بشكل ملموس، بما يهيئ الظروف لعودة آمنة وطوعية، مع تجنب الضغوط الرامية إلى تسريع العودة قبل الأوان. وفي الوقت ذاته، ينبغي للجهات العاملة في القطاع الصحي الاستثمار في إدماج البعد الصحي ضمن برامج دعم العودة، وتعزيز قدرات المنظمات الصحية السورية بوصفها حجر الأساس لأي تعافٍ مستدام. ومن شأن تكامل هذه الجهود أن يحد من خطر أزمة صحية عامة تلوح في الأفق، وأن يمهّد الطريق نحو حلول مستدامة لقضية النزوح، بما ينعكس إيجاباً على صحة ورفاه جميع السكان

مقدمة

شكّل سقوط حكومة بشار الأسد في 8 كانون الأول/ديسمبر 2024 نقطة تحوّل مفصلية في مسار قضية النزوح السوري، وفتح للمرة الأولى منذ عام 2011 أفقاً واقعياً أمام ملايين السوريين للتفكير في العودة إلى ديارهم. ففي ظل الحكومة السابقة، كانت العودة إلى العديد من المناطق داخل سوريا شبه مستحيلة، في ظل منظومة راسخة من العنف والقمع، تمثلت في استمرار الأعمال العدائية، وسياسات العقاب الجماعي، والاعتقال التعسفي، والإخفاء القسري، والتعذيب، إلى جانب أشكال متعددة من العنف، بما في ذلك العنف القائم على النوع الاجتماعي ضد النساء والفتيات. وقد أدى انهيار الحكومة إلى لحظة عميقة من المراجعة النفسية لدى السوريين، أعادت إحياء الأمل بإمكانية العودة إلى الوطن بعد سنوات طويلة من الغياب.

ما أعقب ذلك كان تحوّلاً غير مسبوق من حيث الحجم والنطاق. فقد أظهرت البيانات التي وثقتها منظمة الإغاثة الدولية (RI) وشركة الشرق الأوسط للحلول الاستشارية (MECS) أن 76% من حالات العودة المسجّلة حدثت خلال عام 2025. وبين كانون الأول/ديسمبر 2024 ونيسان/أبريل 2025 فقط، عاد ما يُقدَّر بنحو 372,550 سورياً إلى البلاد عبر دول الجوار، إضافة إلى أكثر من 1.05 مليون نازح داخلي عادوا إلى مناطقهم الأصلية. إلا أن قرار البقاء في مناطق العودة أو الانتقال إلى أماكن أخرى ظل مرتبطاً بمدى توافر مقومات الأمان الجسدي، والاستقرار القانوني، والقدرة على تأمين الاحتياجات المعيشية الأساسية. ففي محافظة حلب، جاءت غالبية حالات العودة من خارج سوريا (71%)، وكانت تركيا المصدر الرئيسي لهذه العودة بنسبة بلغت 93%. أما في ريف دمشق ودير الزور، فقد كانت معظم حالات العودة المسجّلة عودة داخلية من مناطق سورية أخرى، بنسبة 60% و81% على التوالي.

وخلال عام 2025، شهدت أنماط العودة تغيراً واضحاً في تركيبها الديموغرافية؛ فبعد أن بدأت على شكل زيارات استكشافية يغلب عليها الرجال بهدف تقييم الأوضاع، تطورت تدريجياً إلى عودة أسر كاملة ولمّ شمل عائلي. وتؤكد بيانات المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ذلك، إذ شكّل الأطفال دون سن الثامنة عشرة نحو 40% من إجمالي العائدين من الأردن.



عند عودتهما إلى بلدة التبني، وجد أب وابنته المركز الصحي المحلي مغلقاً. المشروع مدعوم من الاتحاد الأوروبي (EU) الصورة من (Frontline in Focus, 2026)

لقد تجاوزت سرعة وحجم حركة العودة قدرة الجهات المعنية على إعادة تأهيل المقومات الأساسية اللازمة لجعل العودة مستدامة، ولا سيما في القطاع الصحي. فقد واجه العائدون في المحافظات المشمولة بالدراسة واقعاً بالغ الصعوبة، حيث تبين أن ما بين 40% و70% من المساكن مدمر كلياً أو غير صالح للسكن من الناحية الإنشائية، فيما لا تصل الكهرباء إلى معظم المنازل إلا لساعات محدودة لا تتجاوز ست ساعات يومياً. كما تعرّضت شبكات المياه لتدهور واسع ومنهجي، في حين أن العديد من المرافق الصحية إما مدمرة أو مغلقة أو تعمل بقدرات محدودة للغاية. وتؤكد المعايير الدولية الخاصة بالعودة الآمنة والطوعية على ضرورة تمكّن الأفراد من اتخاذ قرار العودة بحرية وبناءً على معلومات واضحة، بعيداً عن أي شكل من أشكال الإكراه أو الضغوط الناتجة عن ظروف النزوح القاسية التي قد تدفعهم عملياً إلى غياب البدائل الأخرى. إلا أن واقع حركة العودة في سوريا خلال عام 2025 - كما توثقه مراجعة البيانات الثانوية والمسوح الميدانية للأسر التي يستند إليها هذا التقرير - يبدو أكثر تعقيداً بكثير. فمن جهة، تظهر المؤشرات بوضوح وجود دوافع إيجابية وحقيقية للعودة، إذ أفاد ما بين 95% و98% من العائدين بأن لمّ شمل الأسرة، واستعادة الممتلكات، وتوقف العمليات القتالية شكّلت أبرز أسباب عودتهم. لكن في المقابل، لا يمكن إغفال عوامل الضغط السلبية التي لعبت دوراً أساسياً أيضاً، والتي لا يمكن فصلها عن قرار العودة بحد ذاته.

في لبنان، على سبيل المثال، أدى انهيار مؤسسات الدولة وتراجع قدرتها على أداء وظائفها الأساسية إلى معدلات تضخم مفرطة تجاوزت 250%، وارتفاع واسع في معدلات البطالة، الأمر الذي ساهم في تصاعد الخطاب والمواقف العدائية تجاه اللاجئين السوريين، كما أدى إلى تنفيذ عمليات إخلاء قسري حرمت العديد من الأسر من أي بدائل واقعية سوى العودة إلى سوريا. كما أن تزايد حركة العبور عبر الحدود نتيجة تجدد الأعمال القتالية في أذار/مارس 2026 فاقم من هذه المخاوف. وفي تركيا، أسهم تشديد القيود المرتبطة بإقامة اللاجئين، وتزايد الضغوط المتعلقة بالوثائق والإجراءات القانونية، إلى جانب عوامل أخرى، في خلق واقع باتت فيه العودة إلى سوريا تبدو بالنسبة لكثيرين خياراً أقل قسوة من الاستمرار في النزوح. ويُفسر ذلك جزئياً سبب إشارة 41% من العائدين إلى حلب ممن شملهم الاستطلاع إلى أن عوامل الضغط السلبية كانت من أبرز دوافع عودتهم.

أما داخل سوريا، فقد شكّلت تخفيضات التمويل الإنساني من قبل الجهات المانحة، وما رافقها من تقليص وإغلاق مواقع النزوح في محافظات الشمال، عوامل ضغط إضافية على النازحين داخلياً، لا سيما مع انسحاب الجهات المعنية بإدارة المخيمات وتدهور الخدمات الأساسية. كما أدى تراجع الدعم المالي الدولي المخصص للقطاع الصحي السوري مطلع عام 2025 إلى توقف ما لا يقل عن 77 مرفقاً صحياً، بينها 17 مستشفى، عن العمل في شمال غرب سوريا، ما حرم نحو 1.5 مليون شخص من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية المنقذة للحياة وخدمات الطوارئ، وترك أثراً عميقة امتدت إلى مختلف جوانب الحياة المجتمعية. وقد عجزت وزارة الصحة والجهات المحلية عن سد الفراغ الناتج عن هذا التراجع في الخدمات، الأمر الذي أدى إلى ترسيخ فجوات خطيرة في الرعاية الصحية، وزاد من تقويض المقومات الأساسية اللازمة لتحقيق عودة آمنة ومستدامة.

”بدأ الناس يفكرون في العودة فور سقوط النظام... فقد شعرنا أن المرحلة الأصعب قد انتهت، وأن فرصة حقيقية للاستقرار بدأت تتشكل.“

- علياء، في دوما، ريف محافظة دمشق

يشكّل هذا التداخل بين عوامل الدفع والجذب واقعاً ديموغرافياً متحرّكاً ومعقّداً. فالعائدون لا يعودون بشكل اجباري، بل يمارسون قدرًا من الإرادة والقدرة على اتخاذ القرار، إلا أن خياراتهم غالباً ما تكون شديدة المحدودية ومقيّدة بظروف قاسية، تجعل من الصعب اعتبار العودة قراراً طوعياً بالكامل. وتكتسب هذه الحقيقة أهمية مباشرة في كيفية توصيف السلطات السورية والمجتمع الدولي لحركات العودة هذه، وآليات متابعتها والاستجابة لها، بما يشمل القطاع الصحي وما يرتبط به من محددات اجتماعية أوسع كالمياه والطاقة والأمن الغذائي.

ومن هذا المنطلق، لا يمكن فصل مسار التعافي في سوريا عن الوضع الصحي للعائدين. فأربعة عشر عامًا من النزاع خلفت مجتمعات مثقلة بتراكمات المرض غير المشخص، والأوبئة غير المعالجة، وسوء التغذية، والصدمات النفسية، وهي أعباء فاقمتها تجربة النزوح في كثير من الأحيان بدلاً من أن تخففها. إن العودة إلى مناطق دُمّرت فيها البنية التحتية الصحية، وغادرها الكوادر الطبية أو باتوا عاجزين عن العمل بسبب غياب الرواتب، وأصبحت فيها الأدوية خارج القدرة الشرائية للسكان، تجعل من العودة نفسها مخاطرة صحية حقيقية. وتواجه النساء على وجه الخصوص مستويات أشد من الهشاشة في هذا السياق، إذ تعد خدمات الصحة الإنجابية ورعاية الأمومة من أكثر الخدمات غياباً ضمن نظام صحي يعاني أصلاً من انهيار واسع.

وتُظهر أبحاث RI/MECS أن معدلات القلق والضغط النفسية، المرتفعة أصلاً بين النازحين، تبلغ ذروتها بين النساء العائدات (86%)، اللواتي يواجهن أعباء العودة في ظل غياب الخدمات الأساسية واستمرار مخاطر الحماية، مثل مشكلات الوثائق المدنية، وأعباء الرعاية غير المدفوعة، والقيود المفروضة على حرية الحركة. ففي ريف دمشق، أفادت 81% من النساء بأنهن يشعرن بضغط هائل في مواجهة متطلبات الحياة اليومية، فيما تعاني 58% منهن من القلق المتكرر، مقارنة بـ 21% و 15% فقط بين الرجال على التوالي. وكما يؤكد التقرير الاستراتيجي لوزارة الصحة، فإن "اضطرابات الصحة النفسية غير المعالجة تسهم بدورها في تفاقم الأمراض المزمنة". وتبقى هذه التحديات عاملاً أساسياً في تحديد ما إذا كانت العودة تمثل فعلاً حلاً مستداماً ودائماً.

أعربت حكومة الجمهورية العربية السورية عن نيتها تسريع إغلاق مخيمات النزوح باعتبار ذلك خطوة في اتجاه إعادة الاستقرار والتعافي، كما أصدرت وزارة الصحة خطة استراتيجية لإعادة بناء النظام الصحي الوطني. ويعكس هذان التوجهان توجهاً ضرورياً نحو التعافي وإيجاد حلول مستدامة. إلا أن الوتيرة المتسارعة لإغلاق المخيمات تثير مخاوف جدية من دفع السكان إلى العودة أو الانتقال دون توافر المقومات الأساسية التي تجعل هذه العودة آمنة ومستدامة. فغياب التحضير الكافي، وضعف توفر المعلومات الموثوقة، وتدهور الخدمات الأساسية في مناطق العودة، كلها عوامل قد تجعل من إغلاق المخيمات وسيلة لإظهار العودة وكأنها "طوعية"، في حين أنها في الواقع قد تؤدي إلى مزيد من المعاناة والنزوح المتكرر. وفي هذا السياق، يبرز قطاع الرعاية الصحية كعامل حاسم لا يمكن تجاهله.

يتناول هذا التقرير واقع العودة لدى المجتمعات المتضررة، من خلال تحليل من يعودون، وإلى أي ظروف يعودون، وما مدى قدرتهم على الوصول إلى الخدمات الأساسية، وما المخاطر التي يواجهونها، مع تركيز خاص على الجوانب الصحية والاحتياجات المرتبطة بها. وتوضح نتائج التقرير بصورة جلية أن وتيرة وحجم العودة تجاوزا بكثير قدرة البنية التحتية والمؤسسات والموارد المتاحة على استقبال العائدين بشكل آمن وتوفير الرعاية اللازمة لهم. وتمثل هذه الفجوة تحدياً ملحاً على صعيدي الحماية والصحة العامة، الأمر الذي يتطلب استجابة جادة ومتكاملة من الحكومة السورية، إلى جانب دعم فعال ومتواصل من المجتمع الدولي.

**"مهما كانت الظروف صعبة، فإن بلدك يظل عزيزاً. إنه مسقط رأسك،
وذكرياتك. لا يمكنك محو ذلك."**

- غسان، 67 عاماً، في ريف محافظة درعا

مخاطر التعامل مع البيانات بمعزل عن سياقها

تُعدّ بيانات العودة إلى سوريا من أكثر الملفات إثارةً للجدل، سواء من الناحية المنهجية أو السياسية. فهناك ما لا يقل عن أربع آليات متوازية لإحصاء العائدين، تنتج عنها أرقام تختلف جزئياً، وفي بعض الحالات يصعب التوفيق بينها بشكل كامل.

تعتمد أرقام العائدين التي تتحقق منها مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين على الحالات التي جرى رصد عودتها بشكل مباشر من خلال عملياتها الميدانية، ما يعني أنها قد لا تعكس الحجم الحقيقي الكامل لحركات العودة. كما أن منهجية المفوضية لا تعتمد معياراً زمنياً ثابتاً لتحديد ما إذا كانت العودة مستقرة ودائمة، الأمر الذي يحدّ من قدرتها على رصد حالات التنقل المتكرر أو العودة المؤقتة ثم المغادرة مجدداً. ويضاف إلى ذلك القيود المرتبطة بصعوبة الوصول إلى بعض المناطق غير الآمنة أو النائية، ما يؤثر على شمولية عمليات المتابعة والرصد.

في المقابل، تُظهر الأرقام الصادرة عن الحكومة السورية معدلات عودة تتجاوز تقديرات المفوضية بنحو 15% إلى 20%. ويُرجّح أن يعود هذا التفاوت إلى عدة عوامل متداخلة، من بينها احتساب الزيارات المؤقتة أو ما يُعرف بـ«الزيارات الاستطلاعية» على أنها عودة نهائية، إضافة إلى احتمال تكرار احتساب بعض الأفراد أثناء عبورهم أكثر من معبرٍ أو نقطة تفتيش. كما تلعب الاعتبارات السياسية والمؤسسية دوراً في تضخيم الأرقام بوصفها مؤشراً على الاستقرار والتعافي.

أما الإحصاءات التركية، فلم تتطابق دائماً مع أعداد العائدين التي وثقتها المفوضية من تركيا إلى سوريا. كذلك أثار توصيف هذه الحركات على أنها «عودة طوعية» مخاوف لدي منظمات حقوقية، وثقت حالات تعرض فيها اللاجئين لضغوط أو ممارسات قسرية أثرت على الظروف التي اتخذت فيها قرارات العودة.



يقوم أب لاثني عشر طفلاً بتفقد بقايا منزله العائلي في بلدة بوسط إدلب، حيث لم يستأنف مركز الرعاية الصحية الأولية فيها عمله بعد. يُنفذ المشروع من قبل منظمة الإغاثة الدولية (RI) ويمول من قبل منظمة الصحة العالمية (WHO) الصورة من (Frontline in Focus، 2025).

تعتمد مصفوفة تتبع النزوح التابعة للمنظمة الدولية للهجرة (DTM) على منهجية تقييم أساسية تجرى على مستوى المجتمعات المحلية، وذلك من خلال مقابلات مع أشخاص مفتاحيين رئيسيين بهدف إنتاج تقديرات محلية لحركات نزوح النازحين داخلياً وعمليات العودة. ورغم إعادة تفعيل هذه الآلية في شباط/فبراير 2025، إلا أنها لا توفر خط أساس يمكن مقارنته بشكل مباشر مع التحركات السكانية المرتبطة بتطورات أواخر عام 2024. وبينما تتيح هذه المنهجية جمع البيانات بسرعة وعلى نطاق جغرافي واسع، فإن اعتمادها على إفادات الأشخاص المفتاحيين والتقديرات المجمعة قد يترك مجالاً للتباين في التفسير، كما قد يحدّ من إمكانية المقارنة الدقيقة مع مصادر بيانات أخرى تعتمد مناهج مختلفة.

تؤكد البيانات الميدانية الأولية وجود تفاوتات على مستوى المجتمعات المحلية، حيث أعرب مشاركون في دير الزور وريف دمشق عن مخاوفهم من أن الأرقام الرسمية لا تعكس الحجم الحقيقي للعودة، نتيجة اعتماد العديد من العائدين على معابر غير رسمية، وغموض إجراءات التسجيل، وافتقار كثيرين للوثائق المدنية. وقد أسهمت هذه العوامل في خلق بيئة معلوماتية مضطربة تعيق تكوين صورة دقيقة حول حجم العودة واتجاهاتها، ما ينعكس سلباً على فهم الواقع وتقييم مدى توافقها مع معايير العودة الطوعية والآمنة والكريمة. كما يحد ذلك من قدرة الجهات الإنسانية والسلطات المحلية على التنبؤ بموجات العودة والاستعداد لها، بما في ذلك الاستجابة للضغط المتزايد على المرافق الصحية.

”الصحة لا يمكنها الانتظار. التعليم مهم، ولكن عندما يمرض شخص ما، لا مجال للتأخير. بدون الرعاية الصحية، لا يمكن للناس إعادة بناء حياتهم.“

- عارف، 56 عاماً، في ريف محافظة دير الزور

1- رحلة العودة واتخاذ القرار

نادراً ما يُتخذ قرار العودة في ظل توفر معلومات كاملة وواضحة. فبالنسبة لمعظم السوريين، يستند هذا القرار إلى روايات منقولة، ومنشورات على وسائل التواصل الاجتماعي، وشهادات أقارب سبق لهم القيام بزيارات استطلاعية إلى مناطقهم الأصلية، وذلك كله عبر سنوات طويلة من الغياب، مدفوعاً بالأمل في أن تصبح الحياة في الوطن ممكنة من جديد. ويُعد مدى تطابق هذه التصورات مع الواقع عند الوصول عاملاً حاسماً في تحديد ما إذا كانت موجة العودة الحالية ستتحوّل إلى استقرار دائم، أم ستقود إلى موجات جديدة من النزوح المتكرر.

وتشير أبحاث منظمة RI/MECS إلى وجود منظومتين مختلفتين للمعلومات أثرتا في كيفية استعداد العائدين لرحلة العودة. فقد كان العائدون من النزوح الداخلي، ممن حافظوا على روابط عائلية وعشائرية فاعلة داخل سوريا طوال فترة النزوح، أكثر قدرة على تكوين صورة دقيقة نسبياً عن الأوضاع الأمنية ومستوى الخدمات في مناطقهم الأصلية. في المقابل، اعتمد اللاجئون العائدون، ولا سيما القادمون من تركيا أو أوروبا، بصورة أكبر على وسائل التواصل الاجتماعي وعلى الزيارات الاستطلاعية القصيرة المعروفة بـ ”أذهب وانظر“. ورغم أن هذه الزيارات تتيح فهماً سريعاً للواقع الميداني والظروف الظاهرة، فإنها غالباً ما تعجز عن كشف التحديات البنيوية والتفاصيل الدقيقة التي تؤثر على فرص إعادة الاندماج والاستقرار على المدى الطويل.

في جميع المحافظات الثلاث، أظهرت نتائج البحث الميداني نمطاً متسقاً يشمل فئتي النازحين داخلياً واللاجئين على حد سواء: إذ كانت المعلومات المتعلقة بالوضع الأمني بشكل عام دقيقة وموثوقة، في حين اتسمت المعلومات المرتبطة بالخدمات والبنية التحتية وظروف الأسواق بالنقص أو عدم الدقة أو التفاؤل المبالغ فيه. في حلب، تبين وجود تطابق كبير بين ما كان العائدون قد سمعوه وما وجدوه على أرض الواقع، مثل توقف الاعتقالات التعسفية وتحسن حرية الحركة. غير أن الواقع الاقتصادي كان أكثر قسوة مما توقعه معظمهم. ففي مدينة شمارة الريفية، على سبيل المثال، دفع ضعف الدخل وغياب فرص العمل بعض العائدين إلى العودة مجدداً إلى مناطق نزوحهم.

أما في دير الزور وريف دمشق، حيث شكّل النازحون داخلياً غالبية العائدين، فلم يكن التباين في التوقعات الاقتصادية بقدر ما كان في مستوى الخدمات. فقد اصطدمت التوقعات الإيجابية بشأن توفر الخدمات بواقع بنية تحتية مدمرة أو غائبة أو مثقلة بالضغط. وكانت أوضاع الخدمات في دير الزور أسوأ مما وصفته حتى أكثر الروايات تشاؤماً، بينما فوجئ العائدون إلى ريف دمشق، الذين أبلغوا بعودة التيار الكهربائي، بأن التغذية لا تتجاوز بضع ساعات يومياً. هذا النمط — دقة المعلومات الأمنية مقابل ضعف دقة المعلومات الخدمية — ليس أمراً عارضاً، بل يعكس طبيعة انتقال المعلومات وما هو ”مرئي“ لمن ينقلها. فالوضع الأمني قابل للرصد المباشر، ويتغير بسرعة ويمكن ملاحظته بسهولة، وغالباً ما يكون محل تغطية إعلامية وتصريحات رسمية. في المقابل، فإن أوضاع الخدمات أكثر تعقيداً وتفصيلاً وتفاوتاً، ولا تظهر بوضوح إلا عند الحاجة الفعلية إليها. فالعائد يمكنه معرفة إزالة الحواجز الأمنية من خلال مكالمات هاتفية مع أحد الأقارب، لكن معرفة توفر الإنسولين في أقرب صيدلية تتطلب استشارة مختص أو تجربة مباشرة.

في سياق الصحة تحديداً، يمكن أن يتحول هذا النقص في المعلومات إلى مسألة حياة أو موت. فالسؤال الذي يواجه العائد لا يقتصر على ”هل العودة آمنة؟“، بل يمتد إلى سلسلة أسئلة دقيقة لا تستطيع قنوات المعلومات الحالية الإجابة عنها بشكل كافٍ: هل الدواء متوفر في الصيدليات المحلية؟ هل يوجد اختصاصي قريب من المجتمع؟ وهل يمكن تحمّل تكلفة العلاج؟

وقد أفاد العائدون بأنهم واجهوا فجوة حادة بين التوقع والواقع، ولم يحصلوا على إجابات واضحة لهذه الأسئلة إلا بعد وصولهم إن حصلوا عليها أصلاً. وهذا لا يؤثر فقط على قرار البقاء أو العودة، بل ينعكس أيضاً على قدرة الجهات الإنسانية على دعم التعافي في المرحلة الحرجة التي تلي العودة.

إن الديناميكيات التي يصفها السوريون ينبغي أن تُترجم بشكل مباشر إلى سياسات وبرامج العمل الإنساني. فالإكتفاء بتطمينات عامة من قبيل "الوضع آمن للعودة" قد يكون مضللاً إذا غابت المعلومات التفصيلية المرتبطة بالظروف المعيشية والخدمات الأساسية. إن العودة الآمنة والطوعية تعتمد على قدرة الأفراد على اتخاذ قرارات صحيحة تستند إلى ظروفهم الخاصة، وهو معيار بالغ الأهمية خاصة عندما يرتبط الرفاه بشكل مباشر بإمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية.

وبالنسبة للأشخاص الذين لديهم احتياجات صحية مستمرة، فإن ذلك يتطلب توفير معلومات دقيقة وفي الوقت المناسب حول توفر الخدمات بما في ذلك الكوادر الطبية والمرافق والأدوية عبر قنوات يمكن الوصول إليها وتعتبر موثوقة لدى المجتمع.

قصة سالم: استعادة الأمل والوطن في إدلب

عندما أصبح من الممكن العودة إلى قريته في ريف إدلب، لم يتردد سالم، البالغ من العمر 53 عاماً. قال: "هذه قريتي. أرضي. جذوري. لا يمكن لأي مكان آخر أن يعوّض المكان الذي وُلدت فيه".

بعد عقدٍ كامل قضاه متنقلاً بين أماكن متعددة، من دون دخل ثابت أو إحساس بالاستقرار، قرّر سالم أن يعود أولاً في زيارة استطلاعية لتقييم الوضع. وعند وصوله، اكتسّف أن منزله تعرض لأضرار جسيمة. فقد كانت بلدته جوباس تقع على خط تماس مباشر، تغيّرت السيطرة عليها أكثر من مرة، وعاشت سنوات طويلة من القتال البري والقصف الجوي، وبلغت ذروتها بين عامي 2019 و2020. وقد ترك ذلك كله أثراً واضحاً على منزله الذي بدا وكأنه يحمل ندوب تلك الحرب.



بعد عشرة أيام فقط، عاد سالم مجدداً لبدء أعمال الترميم. وخلال شهر واحد، كانت أسرته قد عادت للعيش في المنزل. يقول: «أعدنا بناء البيت، وأعدنا بناء حياتنا من جديد. أخيراً طويينا صفحة النزوح». ويضيف موضحاً: «في حالة النزوح، مهما كانت ظروفك مريحة، تبقى في نظر الآخرين شخصاً نازحاً. أما هنا فأنا حرٌّ. هذه قريتي، وهذا مكاني الذي أنتمي إليه».

سالم ووالدته في منزلهما في جوباس بريف إدلب. يُنفذ المشروع من قبل منظمة الإغاثة الدولية (RI) الصورة من (Frontline in Focus, 2025).

وبالنسبة لعائلات مثل عائلة سالم، فإن الوصول إلى خدمات صحية ذات جودة يُعد شرطاً أساسياً للعودة الآمنة والمستدامة. فبعد وقت قصير من عودتهم، تعرضت والدته المسنة لكسور إثر سقوط مفاجئ، ما استدعى إجراء عملية عاجلة لاستبدال مفصل الورك. وقد قدّم مستشفى سراقب القريب رعاية طبية متكاملة شملت الفحوصات التشخيصية، والجراحة، والأدوية، والرعاية بعد العملية. واليوم، استعادت والدته قدرتها على المشي من جديد".

قال سالم: «يمكنك أن تعيد بناء منزل، لكن من دون رعاية صحية لا يمكن إعادة بناء حياة». وأضاف: «لدينا منزلنا، ولدينا عملنا، ولدينا مستشفى يعاملنا بكرامة. وهذا يكفي لنبدأ من جديد».

مستشفى سراقب هو المستشفى العام الوحيد في المنطقة الذي يقدم خدمات رعاية صحية مجانية على مدار الساعة، بما في ذلك رعاية المرضى الداخليين، والعناية المركزة، والجراحة المنقذة للحياة، والاستشارات المتخصصة في طب العيون والأعصاب. بعد أن تم نقله في عام 2020 وسط الهجمات، أعيد تشكيل المرفق وموظفيه بالقرب من موقعه الأصلي في ديسمبر 2025. ويقدم المرفق حالياً خدماته لحوالي 13,000 مريض كل شهر، إلى جانب عدد متزايد من حالات الطوارئ مع عودة العائلات إلى المنطقة.

2- الظروف عند العودة



تصل فرق التلقيح المتنقلة إلى الأطفال في كفر جالس في شمال إدلب. يُنفذ المشروع من قبل منظمة الإغاثة الدولية (Relief International) ويموّل من قبل منظمة الصحة العالمية (WHO) الصورة من (Frontline in Focus, 2025).

غالباً ما يُتخذ قرار العودة إلى سوريا بدافع الأمل في استعادة حياة كريمة تحفظ للإنسان كرامته. إلا أن الواقع الذي يواجهه مئات الآلاف ممن خاضوا هذه التجربة عند وصولهم، يتمثل في خسائر عميقة وظروف حرمان قاسية. فالبنية التحتية للحياة اليومية من كهرباء ومياه وأسواق تكاد تكون غائبة أو غير فعّالة في أجزاء واسعة من البلاد.

إن فهم مستوى الخدمات المتاحة للعائدين ومدى قدرتهم على الوصول إليها يُعدّ أمراً أساسياً لدعم اندماجهم وتعافيهم، إلى جانب بقية السكان في سوريا الذين ما زالوا يتحملون تبعات سنوات طويلة من الإهمال وتدهور الخدمات

المواد الأساسية ومعايير المعيشة

يتسم الوصول إلى الكهرباء والمياه بتدهور حاد وغير متكافئ، ما يكشف عن نظام غير قادر على استيعاب الأعداد المتزايدة من السكان الذين يعتمدون عليه. ففي دير الزور، يحصل العائدون إلى منازلهم على متوسط لا يتجاوز خمس ساعات ونصف من الكهرباء يومياً، دون أن يُسجل أي وصول يتجاوز ثماني ساعات. أما في ريف دمشق، فالوضع يكاد يكون مماثلاً. وفي حلب، وعلى الرغم من تسجيل متوسط أعلى يبلغ 15.2 ساعة يومياً، إلا أن هذا الرقم يخفي تفاوتات كبيرة داخل المحافظة، حيث أفاد 10% من الأسر الريفية بانعدام الكهرباء تماماً، فيما أبلغ 31% عن مستويات وصول متدنية للغاية.

في المقابل، ينعكس وضع المياه بصورة أشد خطورة ويكشف عن أزمة أعمق. فحلب، رغم أفضلية نسبية في الكهرباء، تعاني من فشل حاد في خدمات المياه؛ إذ إن 99% من الأسر العائدة في المناطق الحضرية و90% في المناطق الريفية تحصل على مياه الشبكة العامة لمدة تقل عن أربع ساعات يومياً. وفي المراكز الحضرية ضمن محافظة ريف دمشق، يبلغ الوضع ذروته، حيث أفاد 28% من الأسر بعدم توفر المياه بشكل كامل. أما دير الزور، وبفضل قربها من نهر الفرات، فتسجل نسب تزويد مائي أعلى نسبياً، بمتوسط يصل إلى 14.2 ساعة يومياً في المناطق الحضرية، إلا أن هذا التحسن المحدود لا يعوض النقص الحاد في الكهرباء، الذي ينعكس سلباً على تشغيل مضخات المياه، وأنظمة الصرف الصحي، وسلاسل التبريد الخاصة بالأدوية، وعمل المرافق الصحية، إضافة إلى سلامة الغذاء داخل المنازل.

وتعكس هذه المؤشرات هشاشة الخدمات الأساسية في ظل تزايد أعداد العائدين. وتؤكد السلطات المحلية أن ارتفاع الاستهلاك الناتج عن تدفق العائدين أدى إلى اضطرابات متكررة في شبكات المياه، فيما تضاعفت كميات النفايات الصلبة في بعض البلديات دون أي زيادة موازية في القدرة على إدارتها. ولا يمكن فصل هذا التدهور عن السياق التمويلي، إذ إن تعليق 117 مليون دولار من المساعدات الخارجية الموجهة تحديداً إلى شمال شرق سوريا أدى مباشرة إلى إغلاق محطات معالجة المياه والمرافق الصحية، وذلك في لحظة بلغ فيها عدد العائدين ذروته، مما أسهم في تدهور سريع وفوري في ظروف التعافي.

”ازدادت عمليات تقنين المياه... وأصبحت انقطاعات الكهرباء أكثر مقارنة بالمناطق المجاورة.”

- هشام، موظف بلدية في قدسيا، محافظة ريف دمشق

هشاشة النظام الصحي في شمال شرق سوريا

كشفت عودة السكان إلى ريف محافظة دير الزور عن حجم القيود البنيوية العميقة التي يعاني منها القطاع الصحي في شمال شرق سوريا، إلى جانب اتساع الفجوة المقلقة بين الريف والمدينة. فقد أدت 14 عاماً من النزاع، وضعف الاستثمارات المزمن، وتدهور البنية التحتية إلى نظام صحي غير قادر على تلبية احتياجات السكان الحاليين، فضلاً عن استيعاب الأعداد المتزايدة من العائدين. وتؤكد نتائج تقييم الاحتياجات متعدد القطاعات الذي أجرته منظمة ريليف انترناشونال (RI) أن شبه جميع النواحي العشر في المنطقة شهدت تغيراً ديموغرافياً كبيراً خلال الأشهر الستة إلى الاثني عشر الماضية، مدفوعاً بشكل رئيسي بعودة العائلات النازحة، حيث تضاعف عدد السكان أو حتى ثلاثة أضعاف في بعض المناطق مثل ناحية التبني. وبدون دعم عاجل ومستدام، لا يمكن ضمان بيئة آمنة وطوعية وكريمة لعودة السكان.

في ناحية التبني، الواقعة على الضفة الغربية لنهر الفرات، يواجه كل من العائدين والسكان المقيمين فجوات خطيرة ومتداخلة في إمكانية الحصول على الرعاية الصحية. فقد أدت سنوات من النزاع المسلح، والتهجير القسري، والحرمان الطويل إلى تدمير البنية الصحية المحلية أو تعطيلها أو جعلها تعمل بإمكانات شديدة المحدودية. وتفتقر البلدة بشكل كامل إلى خدمات التحاليل المخبرية، والتمريض الإسعافي، والتصوير الشعاعي. أما أقرب المرافق القادرة على تقديم الرعاية التخصصية أو الطارئة فتقع على مسافة تصل إلى 65 كيلومتراً، ولا يمكن الوصول إليها إلا عبر طرق غير مستقرة وبكلفة مرتفعة تفوق قدرة معظم الأسر ذات الدخل المحدود.

وتشير نتائج التقييم إلى أن 81% من الأسر في ناحية التبني تضطر للاعتماد على وسائل نقل خاصة مدفوعة للوصول إلى المرافق الصحية في الحالات الحرجة أو المهددة للحياة، وهي من أعلى النسب المسجلة في جميع المناطق التي شملها التقييم، ما يعكس غياب خدمات الإسعاف بشكل شبه كامل. كما أفادت 41% من الأسر في الناحية بأن أحد أفرادها على الأقل لم يتمكن من الوصول إلى الرعاية الطارئة خلال الأشهر الستة الماضية، وهي نسبة تتجاوز المعدل الإقليمي البالغ 35%. وفي حالات الأمراض المزمنة، أو المضاعفات الولادية، أو الأمراض الحادة لدى الأطفال، فإن هذا البعد الجغرافي ونقص الخدمات يتحول إلى خطر مباشر على الحياة.

ويُعد وضع الأطفال مصدر قلق بالغ على وجه الخصوص. إذ لا تتجاوز نسبة تغطية فحوصات سوء التغذية للأطفال دون سن الخامسة في منطقة التبني 10% فقط، وهي من أدنى النسب المسجلة. ومن بين الأطفال القلائل الذين خضعوا للفحص، تبين أن جميعهم يعانون من سوء تغذية حاد متوسط (MAM)

إن تسجيل نسبة 100% من سوء التغذية الحاد المتوسط بين الأطفال المفحوصين، إلى جانب تدني معدلات الفحص، يشير إلى أزمة تغذوية قد تكون أبعادها الحقيقية أكبر بكثير مما تعكسه البيانات المتاحة حالياً. كما أكد التقييم وجود فجوات كبيرة في خدمات رعاية ما قبل الولادة وما بعد الولادة. وتزداد هذه المخاطر تعقيداً نتيجة تداخل عوامل الهشاشة المختلفة، بما في ذلك انتشار الفقر، وانعدام الأمن الغذائي الحاد، وضعف الوصول إلى خدمات الإحالة والرعاية التخصصية، ما يؤثر بشكل غير متناسب على الفئات الأكثر عرضة للخطر مثل الأطفال الصغار، والنساء الحوامل والمرضعات، والأشخاص ذوي الإعاقة، وكبار السن.



يجري أخصائي تغذية فحصاً للكشف عن سوء التغذية الحاد في مركز الجزرات الصحي في دير الزور. ينفذ المشروع من قبل منظمة الإغاثة الدولية (RI) ويمول من صندوق سوريا الإنساني (SHF) الصورة من (Frontline in Focus, 2025).

وتتفاقم هذه التحديات بفعل ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية إلى درجة تُقصي فعلياً معظم سكان التبني عن إمكانية الحصول على العلاج. فقد أفاد 93% من الأسر في المنطقة الفرعية بأنها احتاجت إلى رعاية طبية خلال الأشهر الستة الماضية لكنها لم تتمكن من الحصول عليها بسبب عدم القدرة على تحمل التكاليف، وهي أعلى نسبة احتياج غير مُلبى مسجلة في جميع المناطق التي شملها التقييم، وبفارق كبير عن متوسط المحافظة. وعلى مستوى المنطقة الفرعية، لم يتمكن سوى 17% من الأسر من الوصول إلى الخدمات الصحية دون صعوبات مالية. وحتى في الحالات التي تمكن فيها السكان من الوصول إلى المرافق الصحية، سادت حالة من عدم الرضا، حيث اعتبر 34% فقط من المستجيبين في شمال شرق سوريا أن جودة الرعاية في أقرب مرفق صحي لديهم كافية. وفي التبني ومعدان المجاورة، ركز السكان على غياب الأدوية وضعف جودة الخدمات كأبرز التحديات، وهو ما يتعزز بفعل القيود المالية والنقص الحاد في الكوادر الطبية النسائية، الأمر الذي ينعكس بشكل خاص على خدمات الحماية والرعاية. وتشير أبحاث RI/MECS إلى أن السكان وصفوا الوصول إلى الرعاية الصحية بشكل متكرر بأنه "سيئ جداً أو شبه معدوم"، في ظل غياب شبه كامل للمرافق الطبية الفعالة على المستوى المحلي.

وأمام هذه العوائق، تركت المجتمعات إلى حد كبير للتعامل مع الأمراض السارية في المنازل وبدون أي دعم سريري، وهو ما يؤدي إلى تسريع انتقال العدوى، وتأخير علاج الحالات المتدهورة حتى تصبح حرجية، ويثقل بشكل خاص كاهل النساء باعتبارهن مقدّمات الرعاية الأساسيات. وقد وثقت الفرق الطبية المتنقلة التابعة لـ RI، والمدعومة من الاتحاد الأوروبي، نمطاً من النتائج الصحية يعكس غياب الخدمات لفترات طويلة، بما في ذلك انتشار أمراض مزمنة في مراحل متقدمة وضعيفة السيطرة مثل السكري وارتفاع ضغط الدم، إضافة إلى تأخر طلب الرعاية وما يترتب عليه من مضاعفات لدى المرضى. كما أن سلوكيات طلب الرعاية الصحية في التبني منخفضة بشكل ملحوظ إذ لا تتجاوز 45%، ما يشير إلى أن العوائق ليست مالية وبنوية فقط، بل تمتد أيضاً إلى ضعف الثقة بالخدمات الصحية والتردد في استخدامها. ويتضح ذلك أيضاً في سياق خدمات رعاية ما بعد الولادة والتطعيمات، حيث تعكس هذه الاتجاهات أهمية تعزيز الوصول الفعّال والتواصل المباشر مع كل من المجتمعات العائدة والمضيفة على حد سواء.

أما ما يجعل وضع التبني أكثر تعقيداً فهو أن عمليات العودة ما تزال مستمرة، وأن ثقة المجتمع، مقارنة بالمناطق الأخرى، تُعد مرتفعة نسبياً. إذ تُصنف تصورات الأمان بين الأعلى في المناطق التي شملها التقييم، حيث أفاد 84% من السكان بشعورهم باستقرار نسبي وتماسك اجتماعي أقوى، وهو ما يتأثر جزئياً بتجربة المجتمع السابقة مع العسكرة الشديدة من قبل جماعات مسلحة غير حكومية والهجمات التي شنها تنظيم الدولة الإسلامية. إن عودة السكان رغم النقص الموثق في خدمات الصحة والمياه والخدمات الأساسية الأخرى تعكس في جوهرها عمق ارتباطهم بالمكان وغياب بدائل حقيقية في كثير من الحالات، أكثر مما تعكس قبولاً بالظروف الحالية أو اعتبارها كافية أو مستدامة. وهي بذلك إشارة واضحة إلى استعداد السكان للعودة، حتى في ظل غياب الأنظمة القادرة على تلبية احتياجاتهم الأساسية

”أحياناً، عندما تصل سيارة الإسعاف، يكون الوقت قد فات بالفعل.“

- عارف، 56 عاماً، في ريف محافظة دير الزور

الإحتياجات الاساسية وسبل العيش

في المحافظات الثلاث التي شملها التقييم الذي أجرته RI/MECS، أفاد ما بين 50% و72% من العائدين بأن قدرتهم على تلبية الإحتياجات الأساسية للأسر غير كافية، وهو ما يعكس واقعاً يتمثل في عودة السكان دون تحقيق استقرار معيشي فعلي حتى الآن. ويظهر الفرق بين الدخل الفعلي والإحتياجات المُدرّكة فجوة تتراوح بين 82% و120%، مع تسجيل أعلى مستويات العجز في ريف دمشق.

ولا يتمثل التحدي الرئيسي في هذا السياق بغياب فرص العمل بقدر ما يرتبط بمستوى الأجور. إذ أشار ما بين 71% و93% من المشاركين في المناطق الريفية، وما بين 75% و88% في المناطق الحضرية، إلى أن تدني الأجور هو العائق الأساسي، وليس نقص الوظائف. ويعكس ذلك اقتصاداً لم يتعافَ بعد في قاعدته الإنتاجية، ما يرفع من مخاطر لجوء العائدين إلى أشكال عمل استغلالية أو تدابير سلبية أخرى من أجل تأمين إحتياجاتهم الأساسية.



يخضع طفل يبلغ من العمر 10 سنوات لفحص للكشف عن فقر الدم في مركز المحميّدة الصحي في دير الزور. يُنفذ المشروع من قبل منظمة الإغاثة الدولية (Relief International) ويُمول من صندوق سوريا الإنساني (SHF) الصورة من (Frontline in Focus, 2025).



تطبّق قابلة مدربة مهاراتها في الكشف عن المضاعفات المحتملة أثناء الولادة واتخاذ قرارات سريعة للإحالة المنقذة للحياة في مركز الجزرات الصحي في دير الزور. يُنفذ المشروع من قبل منظمة الإغاثة الدولية (Relief International) ويُمول من صندوق سوريا الإنساني (SHF) الصورة من (Frontline in Focus, 2025).

في حلب التي تُعد المركز الصناعي لسوريا والمنطقة التي تتوافر فيها فرص سُبل العيش بشكل أكبر ضمن مناطق الدراسة تتمثل أبرز القيود أمام تلبية الإحتياجات الأساسية في شدة المنافسة على الوظائف المحدودة، إضافة إلى أن الفرص المتاحة للنساء تتركز غالباً في أعمال زراعية منخفضة الأجر.

أما في دير الزور، فقد أدى الانهيار البنوي لقطاع النفط والغاز، الذي كان تاريخياً يستوعب نسبة كبيرة من القوة العاملة الذكورية، إلى نشوء سوق عمل محدود التنوع وضعيف القدرة على خلق فرص بديلة. ويواجه العائدون من اللاجئين في هذه المحافظة وضعاً أكثر هشاشية؛ إذ أفاد 50% منهم بعدم توفر فرص سُبل العيش بسهولة، مقارنة بـ 28% فقط بين العائدين من النازحين داخلياً، وهو فارق يعكس على الأرجح عمق الهشاشة الاقتصادية لدى من عاشوا تجربة اللجوء خارج البلاد دون امتلاك شبكات محلية أو معرفة سياقية تساعد على الاندماج.

وفي ريف دمشق، يؤدي الفقر المدقع إلى جانب شدة المنافسة وعدم الاستقرار الاجتماعي إلى بيئة اقتصادية صعبة للغاية، وهو ما ينعكس في أعلى نسبة من العائدين غير القادرين على تلبية إحتياجاتهم الأساسية (72% مقارنة بـ 50-51% في المناطق الأخرى).

وفي ظل هذه الظروف، تواجه النساء عوائق خاصة ومركّبة لا تعكسها الأرقام الإجمالية بشكل كامل. فالأعراف الاجتماعية، وغياب خدمات رعاية الأطفال، والأهم من ذلك الخوف من التعرض للتحرش أثناء التنقل، جميعها عوامل تحدّ من قدرة النساء على العمل خارج أحيائهن المباشرة.

وبالنسبة للأسر التي تعيلها نساء، بما في ذلك الأرمال وزوجات المفقودين، تتقاطع هذه العوائق مع أزمة أوسع تتعلق بالهوية القانونية، حيث يشكل الحصول على الوثائق المدنية الرسمية تحديات إدارية إضافية، لا سيما في ريف دمشق. فغياب إثباتات مثل سندات الملكية أو تسجيل الزواج أو الولادات يحرمان من الحصول على المساعدات الإنسانية والحماية القانونية، مما يؤدي إلى الإقصاء الاقتصادي، والتعرض للاستغلال، وارتفاع مخاطر الحماية الأخرى.

”عاش الكثير من الناس لسنوات دون رعاية طبية مناسبة أثناء النزوح أو المنفى. تتطلب الحالة الصحية العامة مزيداً من الدعم بسبب ضعف البنية التحتية ومحدودية الخدمات، خاصة خلال فصل الشتاء عندما تزداد الاحتياجات بشكل كبير.”

- الدكتور محمد وفاء حمود الحسين، المسؤول الطبي في منظمة R1 في سراقب، محافظة إدلب

3- الوصول إلى الرعاية الصحية: واقع قيد التقييم

لا يوجد قطاع يكشف الفجوة بين وتيرة العودة ومدى جاهزية الاستقبال بوضوح كما يفعل قطاع الصحة. فالعائدون إلى مجتمعات أنهبها الدمار يحملون معهم عبئاً مركباً من الأمراض المزمنة غير المعالجة، والصدمات النفسية، والحالات المرضية غير المشخصة، وانقطاع الرعاية الطبية، إضافة إلى نسب ملحوظة من الإعاقات. غير أن النظام الصحي الذي يعودون إليه غير قادر هيكلياً على تلبية هذه الاحتياجات. فبحلول مطلع عام 2025، لم يكن سوى ما يزيد قليلاً عن نصف المستشفيات ونحو ثلث مرافق الرعاية الصحية الأولية تعمل بشكل كامل. كما غادر البلاد خلال سنوات النزاع أكثر من 15,000 طبيب، أي ما يقارب نصف القوى الطبية قبل الحرب، ما أدى إلى انخفاض الكثافة إلى نحو 2.2 طبيب لكل 10,000 نسمة. وتواجه مئات آلاف النساء الحوامل نظاماً صحياً عاجزاً عن ضمان الرعاية الإسعافية التوليدية، حيث أفادت الجهات الإنسانية بأن الوصول إلى الخدمات المنقذة للحياة بات “شبه مستحيل” في المناطق الأكثر تضرراً من الصراع. وفي ظل غياب استثمارات كافية، يُتوقع أن تتسع هذه الفجوات في نظام صحي متشظٍ مع استمرار عودة السكان.

نظام معلق بين الحياة والموت

تفوق سرعة العودة قدرة النظام الصحي على التعافي. فقد رصدت المنظمات الشريكة تدفق أعداد جديدة من الوافدين إلى مرافق صحية صُممت في الأصل لخدمة سكان أقل عدداً وأكثر استقراراً. ففي مستشفى النور في مدينة تفتناز شمال شرق إدلب، ارتفعت استشارات النساء والأطفال بنسبة 35% بين كانون الأول/ديسمبر 2024 وكانون الأول/ديسمبر 2025. وفي المقابل، تراجعت مراجعات مركز قطعة للرعاية الصحية الأولية بنسبة 43% بين أيار/مايو 2025 وشباط/فبراير 2026 نتيجة مغادرة العائلات لمواقع النزوح المؤقتة وعودتها إلى مناطقها الأصلية داخل إدلب. وبعد أسابيع فقط من افتتاحه، بلغ مركز حماية المرأة التابع للجنة الإنقاذ الدولية IRC في حمص كامل طاقته الاستيعابية، بالتزامن مع ازدياد ملحوظ في الضغط على عيادات ومستشفيات أخرى. كما أظهرت منظمة أطباء بلا حدود، التي تقدم خدمات العيادات الخارجية والدعم النفسي والصحة الإنجابية في 15 منشأة صحية في مناطق مثل داريا، أن العائدين قضوا سنوات دون رعاية طبية موثوقة، واضطروا إلى إدارة الأمراض والحمل والحالات الطارئة بشكل فردي.

تتراوح إمكانية الحصول على الرعاية الصحية بين المحدودة جداً والمنعدمة فعلياً. فقد أظهر مسح الاحتياجات متعدد القطاعات في شمال شرق سوريا أن 59% من الأسر أبلغت عن إصابة أحد أفرادها بمرض أو إصابة خلال الأشهر الستة السابقة للتقييم، بما في ذلك معدلات مرتفعة من الأمراض غير السارية. وتنتشر هذه الأمراض بشكل خاص بين السكان الذين عاشوا سنوات من النزوح دون علاج أو متابعة طبية منتظمة، ما يجعل التعامل معها مرهوناً باستمرار رعاية لا تزال الأنظمة المحلية عاجزة عن توفيرها. وتتجلى حدة الأزمة في دير الزور، حيث أفاد 78% من المشاركين بعدم توفر الخدمات الصحية في المناطق الريفية. وتعكس هذه الأرقام واقع نظام صحي غائب في أكثر المناطق التي تشهد عودة مرتفعة وحاجة شديدة.

ولا تقل جودة الرعاية سوءاً عن توفرها. ففي دير الزور وحدها، وصف ما يصل إلى 51% من العائدين جودة الخدمات الصحية بأنها متدنية أو غير موثوقة. وعلى مستوى البلاد، تفتقر المرافق الصحية إلى أدوات التشخيص الأساسية، كما تفتقد المعدات اللازمة للجراحة ورعاية الأمومة والتخصصات الطبية الدقيقة. وتبين أن تسعة من كل عشرة أجهزة طبية يزيد عمرها عن خمس سنوات، فيما تؤدي ندرة قطع الغيار والأوكسجين والمستلزمات المخبرية إلى تعطيل استمرارية الخدمة. كما أن نقص الكوادر، وتراجع برامج التدريب، وعدم انتظام الاعتماد المهني، يجعل من استعادة القدرة السريرية عملية تتجاوز بكثير الإطار الزمني لوتيرة العودة.

إن الجهود المبذولة لإعادة تأهيل المراكز الصحية وإنشاء مسارات إحالة، رغم أهميتها، تكشف حجم الفراغ الذي تحاول الجهات الوطنية والدولية ملأه، في وقت تواجه فيه المنظمات السورية تحديات إضافية بسبب تراجع التمويل. وكما حذر مجلس اللاجئين الدنماركي DRC، فإن الدفع نحو عودة السكان إلى ظروف "شبه غير قابلة للعيش" قد يؤدي ببساطة إلى موجات نزوح جديدة، إذ يجبر الناس على المغادرة مجدداً بحثاً عن الأمان والرعاية. فعلى سبيل المثال، قد يضطر العائدون إلى الانتقال من المناطق الريفية التي تفتقر إلى الرعاية الأولية إلى مراكز حضرية مكتظة أصلاً، ما يزيد من الضغط والازدحام ويعمق الأزمة.

"في الأشهر الأخيرة، شهدنا زيادة كبيرة في عدد العائدين ليس فقط إلى سراقب، بل أيضاً إلى القرى المحيطة بها وحتى إلى مناطق ريف حلب الجنوبي. وللاستجابة لهذا الضغط، تعمل فرقنا الطبية على مدار 24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع، في جميع أقسام المستشفى."

-الدكتور محمد حمود، مسؤول طبي في منظمة ريليف إنترناشونال في سراقب، محافظة إدلب

فجوة في الكوادر الطبية والتشخيص

وكما تُظهر نتائج هذا البحث، فإن جودة الخدمات الصحية لا تقل أهمية عن توفرها أو تكلفتها. فقد وصف ما يصل إلى 51% من العائدين في المناطق الحضرية في دير الزور جودة الرعاية الصحية بأنها متدنية أو غير موثوقة. كما ذكرت نساء في دوما ومناطق أخرى من ريف دمشق أنهن كنَّ ينتظرن لساعات طويلة لمقابلة طبيب، الذي كان بدوره يواجه ضغطاً كبيراً بسبب كثافة المرضى، ما كان يحد من قدرته على إجراء فحوصات دقيقة وشاملة. وفي بلدة شمارين شمالي حلب، ركز المستشفى المحلي على جراحات العظام والقلب، ما خلق فجوات واضحة في خدمات أمراض النساء والتوليد وطب الأطفال. وقد اعتبر 62% من المشاركين في المناطق الحضرية بدير الزور (مقابل 48% في المناطق الريفية)، و60% في المناطق الحضرية في ريف دمشق (مقابل 53% في الريف)، و38-39% في حلب، أن نقص الكوادر المؤهلة يشكل عائقاً رئيسياً أمام الحصول على الرعاية الصحية. وتعكس هذه الأرقام تحدياً بنيوياً عميقاً يواجه النظام الصحي في سوريا. إذ ما يزال النقص الحاد في الكوادر الطبية النسائية يشكل مشكلة بارزة، وهو ما يؤثر بشكل خاص على إمكانية الوصول إلى خدمات الحماية، بما في ذلك الرعاية السريرية لحالات العنف القائم على النوع الاجتماعي وإدارة الحالات، والدعم النفسي والاجتماعي، وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية، إضافة إلى متابعة حالات حماية الطفل.

إن القدرات السريرية التي تراكمت عبر سنوات من التدريب والخبرة لا يمكن إعادة بنائها بسهولة في السياق الحالي، لا سيما في ظل هجرة عدد كبير من الكوادر التعليمية والطبية ذات الخبرة، وتضرر أو تعطل الجامعات وبرامج التدريب، وعدم انتظام معايير اعتماد الشهادات والتأهيل المهني. وكما تقرّ وزارة الصحة، فإن هذه العوامل مجتمعة تُضعف مسار رفد النظام الصحي بالكوادر الجديدة، وتُكرّس النقص المستمر في الكفاءات الطبية عبر مختلف مكوناته

إحياء قطاع الصحة في جنوب سوريا

مع بدء عودة السوريين إلى الجنوب، كان مركز صحة الأسرة في بلدة صيدا بريف درعا يعمل بقدره محدودة للغاية. فباستثناء اللقاءات الروتينية للأطفال، لم يكن يقدم سوى خدمات أساسية محدودة. وقد تدهورت الخدمات الأساسية بشكل حاد في البلدة؛ إذ لم تكن المياه تصل إلى المنازل إلا مرة كل 15 إلى 20 يوماً، وانقطعت الكهرباء بشكل مزمن، فيما انهارت البنية التحتية للصرف الصحي إلى حد كبير. وأسهمت هذه الظروف في تفاقم المخاطر الصحية العامة، ورفعت احتمالية تفشي الأمراض المنقولة عبر المياه، مثل التهاب الكبد والإسهال المائي الحاد، بين سكان أضعفتهم سنوات طويلة من النزوح وتداعياته الإنسانية. شهد مركز صحة الأسرة في صيدا ارتفاعاً ملحوظاً في الطلب على خدماته مع تسارع حركة العودة إلى المنطقة. واستجابةً لذلك، قامت منظمة الإغاثة الدولية (RI) بحفر آبار جديدة وتركيب نظام ضخ يعمل بالطاقة الشمسية، ما أتاح الوصول إلى الكهرباء وضمان إمداد مستقر من المياه النظيفة والآمنة للمركز وللأحياء المحيطة. كما استثمرت المنظمة بشكل كبير في تعزيز قدرات المركز وتوسيع نطاق خدماته. وقد ساهمت هذه التدخلات في معالجة الفجوة بين حركة العودة من جهة، والقدرة الاستيعابية المحلية من جهة أخرى، وهي فجوة كان من شأنها أن تقوّض شروط العودة المستدامة والكريمة في درعا وغيرها من المناطق لو تُركت دون معالجة.

ويقدم المركز اليوم حزمة خدمات صحية موسعة بشكل ملحوظ، تشمل طب الأطفال، والداخلية، وصحة الإنجاب والأمومة، واستشارات التغذية، إضافة إلى خدمات الإسعاف والعلاج الطارئ، بدعم من صيدلية تعمل بشكل كامل. ووفقاً لأحد أعضاء المجلس المحلي، يخدم المركز ما بين 25,000 و30,000 شخص، وهو نطاق يمتد إلى ما هو أبعد من البلدة نفسها. وقال: "لا يقتصر المرضى على صيدا فقط، بل يأتون من القرى المجاورة ومخيمات النزوح أيضاً. نستقبل يومياً نحو 100 مريض، وخلال ثلاثة أشهر فقط تم تسجيل أكثر من 3,300 استشارة طبية". ومع استمرار عودة العائلات النازحة إلى صيدا، حدد الطاقم الطبي الحاجة الملحة لتعزيز خدمات التحاليل المخبرية، وطب الأسنان، وإدارة مرض السكري كأولويات للاستثمار العاجل.

وقد انعكست القدرات المتعززة للمركز بشكل ملموس على قرارات العائلات بشأن العودة. بالنسبة لأحمد، 42 عاماً، الذي عاد بعد عقدين من العيش في الخارج، لم يكن توفر الرعاية الصحية مجرد مسألة خدمية، بل عاملاً أساسياً عزز ثقته بالعودة نفسها. فقد احتاج ابنه إلى رعاية طبية بعد أيام قليلة من وصولهم، فراجعوا المركز. ويقول: "كان الاستقبال والرعاية على مستوى يضاها ما عشته في الخارج. وخلال أيام قليلة تعافى ابني، وهذا ما منحنا الثقة بأن قرار العودة إلى الوطن كان صحيحاً

”بالنسبة للكثيرين، هذا هو السبيل الوحيد للحصول على الرعاية الصحية. فهم لا يستطيعون تحمل تكاليف العيادات الخاصة. وبدون هذا الدعم، لن يكون لديهم مكان يذهبون إليه.”

- حسن، ممرض وعضو في المجلس المحلي في صيدا، محافظة درعا



أصبح مركز صيدا لصحة الأسرة شريان حياة لخدمات الرعاية الصحية الأولية في البلدة والمناطق المحيطة. يُنفذ المشروع من قبل منظمة الإغاثة الدولية (Relief International) ويُمول من فريق الإغاثة الدولية (IRT) الصورة من (Frontline in Focus, 2026).

استجابة نظام متصدع

يشهد القطاع الصحي في مناطق العودة حالة من التكيف المستمر، يتمثل في نقل مراكز الرعاية الصحية الأولية، وتشغيل عيادات متنقلة، ودمج بعض الخدمات. إلا أن هذه الاستجابة تعكس في جوهرها محدودية الموارد المتاحة أكثر مما تعكس تخطيطاً منهجياً أو استجابة مُمَوَّلة بشكل كافٍ لتزايد الطلب الناتج عن عودة السكان. فقد قامت مرافق مثل مركز رأس الحصن للرعاية الصحية الأولية ومستشفى الرحمن في إدلب بإعادة التمركز في آذار/مارس ونيسان/أبريل 2025 على التوالي، بهدف مواكبة حركة العودة في مناطقها الأصلية. ويستقبل كل منهما اليوم ما بين 3,000 و4,000 استشارة طبية شهرياً.

ورغم أن هذا النوع من التكيف ذو قيمة عالية ويستحق التقدير والدعم، إلا أنه لا ينبغي اعتباره حلاً طويلاً الأمد. فالعيادات المتنقلة، رغم قدرتها على توسيع نطاق الوصول الجغرافي، لا توفر استمرارية الرعاية المطلوبة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة، ولا يمكنها إجراء العمليات الجراحية، كما أنها لا تعوّض النقص في القدرات التخصصية التي تآكلت على مدى سنوات.

تقدّم الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة رؤية تهدف إلى الانتقال نحو «نظام صحي متكامل وقادر على الصمود، يوفر رعاية صحية عادلة وعالية الجودة، تكون ميسورة التكلفة ومتاحة للجميع». وتشير أولوياتها المتعلقة بتعزيز تكامل الرعاية الصحية الأولية، وإعادة التأهيل، وتنمية القوى العاملة، إلى ركائز أساسية لإعادة بناء وتحديث النظام الصحي الوطني على المدى الطويل. ويُعد عمل المنظمات غير الحكومية الوطنية والدولية، بالشراكة مع وزارة الصحة، عنصراً محورياً في تحقيق هذه الجهود.

ففي العام الماضي، قامت منظمة سورية غير حكومية هي منظمة يداً بيد للإغاثة والتنمية (HIHFAD)، بدعم من صندوق مساعدات سوريا، بإعادة تأهيل خمسة مراكز للرعاية الصحية الأولية في مناطق خطوط التماس السابقة جنوب إدلب، كما أعادت بناء 60% من مستشفيات معرة النعمان الوطني، بما في ذلك إنشاء قسم عيادات خارجية مجهز بالكامل، وتحديث أنظمة الصرف الصحي والتهوية والتدفئة والإضاءة في مختلف أقسامه. كما تعمل منظمة إنترسوس "Intersos" على إعادة تأهيل مراكز الرعاية الصحية الأولية والبنية التحتية الأساسية، إلى جانب أنشطة الرصد والحماية، لضمان سلامة وكرامة العائدين وإعادة اندماجهم في مجتمعاتهم.

علاوة على ذلك، فإن استعادة الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية لا يمكن أن تتم بمعزل عن باقي القطاعات. وكما تُظهر المقاربات القائمة على المناطق التي تنفذها منظمة Un Ponte Per وشريك الإغاثة الدولية Action for Humanity، فإن تمكين المجتمعات من عيش حياة صحية وأمنة وتحقيق حلول دائمة يعتمد على إعادة تأهيل حزمة متكاملة من الخدمات الأساسية على مستوى المنطقة، بما في ذلك المياه والصرف الصحي (WASH)، والمدارس، والبنية التحتية. ويشمل ذلك أيضاً الجهود الرامية إلى الحد من الآثار الصحية لتغير المناخ، كما تؤكد عليه خطة الشبكة القطرية للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (IFRC).



يقوم عارف وابنته باستلام أدويةهما الموصوفة من الكادر في العيادة المتنقلة التابعة لمنظمة الإغاثة الدولية (RI) في التبني. المشروع مدعوم من الاتحاد الأوروبي (EU) (Frontline in Focus, 2026).

الإعاقة في سياق العودة: ما التوقعات؟

إن قرار العودة بالنسبة للسوريين الذين يعيشون مع إعاقات أو أمراض مزمنة يتجاوز مسألة الأمان والسكن، ليصبح في جوهره سؤالاً حول إمكانية الحصول على رعاية صحية مناسبة وضمن مستوى مقبول من جودة الحياة. وتشير التقديرات إلى أن نحو ثلاثة ملايين سوري تعرضوا لإصابات خلال سنوات النزاع، يعيش ما يقارب نصفهم اليوم مع إعاقات دائمة، من بينهم حوالي 86 ألف شخص خضعوا لعمليات بتر أطراف. واليوم، يُقدّر أن 28% من السوريين يعيشون مع شكل من أشكال الإعاقة، ما يجعل القضية ليست هامشية، بل عنصراً أساسياً في واقع العودة وإعادة الاستقرار.

تفرض المخاطر المتعلقة بالحماية، والعوائق المادية، والفجوات الكبيرة في الخدمات الأساسية قيوداً شديدة على إمكانية العيش بكرامة واستقلالية خلال فترات النزوح. وتتفاقم هذه التحديات في معظم مناطق سوريا، حيث أدت الهجمات المتعمدة على البنية التحتية الصحية والكادر الطبي إلى إضعاف النظام الصحي بشكل هيكلي، وجعله غير قادر على تلبية احتياجات الأشخاص ذوي الحالات المعقدة أو المستمرة. وتعد خدمات التأهيل مثل الأطراف الصناعية والعلاج الفيزيائي وصيانة الأجهزة المساعدة من أكثر الجوانب ضعفاً وندرة داخل نظام صحي يعاني أصلاً من هشاشة شديدة.



تتلقى فتاة يافعة جلسات علاج فيزيائي من خلال الألعاب، ضمن مبادرة ينفذها شريك منظمة الإغاثة الدولية (RI)، مؤسسة NSPPL، في تركيا الصورة من (Ramzy Shrayyef 2025).

ففي شمال غرب سوريا، أشار ما يقارب نصف الأشخاص ذوي الإعاقة إلى حصولهم على أجهزة مساعدة بشكل جزئي فقط خلال عام 2024، بينما أفاد 41% بعدم حصولهم عليها إطلاقاً. وفي شمال شرق سوريا، أكد 86% من المشاركين في تقييم الاحتياجات متعددة القطاعات غياب الخدمات المتخصصة لهذه الفئة، مع وجود فجوات واضحة في نواحي صفاة، مومحسن والميادين. بالنسبة لكثير من الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة، لم تكن سنوات النزوح مجرد فترة معاناة، بل أيضاً مرحلة لتكوين شبكات رعاية صحية دقيقة ومترابطة: طبيب يعرف تاريخهم الطبي، صيدلية قادرة على توفير أدويتهم بشكل منتظم، مستشفى مجهز للتعامل مع احتياجاتهم، أو برنامج تديره منظمات غير حكومية يغطي تكاليف العلاج. وعلى الرغم من الفجوات الكبيرة الموثقة في خدمات الصحة ضمن بيئات النزوح، فإن من تمكنوا من الوصول إلى الرعاية غالباً ما بذلوا جهوداً كبيرة للحفاظ عليها

وقد لعبت المنظمات السورية، سواء داخل البلاد أو في الأردن وتركيا ولبنان، دوراً محورياً في هذا الإطار. إلا أن العودة إلى سوريا قد تعني انقطاع هذه الشبكات بشكل كامل، وربما بصورة لا يمكن تعويضها، مع ضرورة بناء مسارات علاج جديدة ضمن نظام صحي متجزئ وضعيف الموارد. وبالنسبة للمرضى الذين يحتاجون إلى متابعة دورية، أو تعديل جرعات، أو إعادة تركيب أطراف صناعية، أو جلسات علاج متكررة، فإن هذا الانتقال يحمل مخاطر صحية مباشرة وحادة. كما أن خدمات التأهيل اللازمة للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية ما تزال غير متوفرة بشكل كافٍ في مختلف أنحاء البلاد. وبالتالي، فإن العودة إلى مناطق تفتقر إلى الرعاية التخصصية التي حافظت على الاستقلال الوظيفي خلال سنوات النزوح لا تعني بالضرورة استعادة الحياة الطبيعية، بل قد تؤدي في كثير من الحالات إلى تدهور الحالة الصحية.

ولا تقتصر آثار ضعف خدمات التأهيل وباقي مكونات الرعاية الصحية على الجانب الصحي فقط، بل تمتد لتؤثر على فرص التعليم والعمل والمشاركة الاجتماعية، بطريقة تتراكم أثارها عبر مسار الحياة. إذ يتضح أن واحدًا من كل خمسة من العائدين ذوي الإعاقة بين عمر 12 و23 عامًا ملتحق بالتعليم، مقارنة بمعدلات أعلى بكثير بين أقرانهم غير ذوي الإعاقة. كما أن ما يقارب ثلثي العائدين ذوي الإعاقة ضمن الفئة العمرية 16-26 عامًا لا يشاركون في التعليم أو العمل، ما يضعهم في موقع متأخر بشكل كبير في مرحلة مفصلية من حياتهم. ويضاف إلى ذلك أن الأشخاص ذوي الإعاقة يواجهون استبعادًا أكبر من الفرص الاقتصادية بسبب المواقف التمييزية، وغياب فرص العمل المكيفة، وعدم ملاءمة البنية التحتية. وتزداد هذه التحديات حدة بالنسبة للنساء اللواتي يعانين من قيود مركبة ومتداخلة. وتكتسب هذه القضايا أهمية متزايدة في سياق التعافي الاقتصادي وإعادة الإعمار في سوريا.

إن تراجع مستوى الخدمات في بيئات النزوح يفاقم هذه التحديات بشكل ملحوظ. ففي لبنان - الذي يستضيف ما يُقدَّر بنحو 716,000 لاجئ سوري مسجلين لدى المفوضية السامية لشؤون اللاجئين، والذي يُعد أيضًا نقطة انطلاق لجزء كبير من حركات العودة الحالية - توقفت خمسة مراكز تأهيل عن تقديم خدماتها، وأغلقت عشرة مدارس متخصصة للأطفال ذوي الإعاقة، كما لم يعد نحو 113,000 شخص من ذوي الإعاقة يستفيدون من الدعم الممول للوصول إلى الرعاية الصحية. إن تقلص المساحات الآمنة في دول اللجوء الإقليمية، إلى جانب تفكيك الخدمات نتيجة خفض المساعدات الإنمائية الدولية، يساهم في زيادة الضغوط الدافعة نحو العودة، حتى وإن كانت غير آمنة أو غير مستدامة.

إضافة إلى ذلك، يشكّل انتشار الذخائر غير المنفجرة تهديدًا خطيرًا على السلامة الجسدية، وتحتمل الفئات الأكثر هشاشة، وخاصة الأشخاص ذوي الإعاقة وذوي صعوبات الحركة، العبء الأكبر من هذه المخاطر. إذ لا تزال المناطق التي كانت سابقاً خطوط تماس أو مناطق زراعية - بما في ذلك أجزاء من دير الزور، وحلب، وإدلب، وحماة - ملوثة بشكل واسع بهذه المخلفات القاتلة. وخلال شهري يناير وفبراير 2025 فقط، تم تسجيل 136 حادثة مرتبطة بالذخائر غير المنفجرة، أسفرت عن 61 حالة وفاة و93 إصابة بين المزارعين والرعاة. ومنذ انهيار الحكومة السابقة، لقي نحو 1,600 مدني مصرعهم أو أصيبوا نتيجة هذه الذخائر، بينهم 165 طفلاً قضوا في هذه الحوادث. إن العودة إلى هذه المناطق دون معالجة شاملة لمخلفات الحرب، وغياب برامج إزالة الألغام والتوعية بمخاطرها على نطاق كافٍ وعاجل، ينطوي على مخاطر عالية، وقد يؤدي إلى موجات جديدة من الإعاقات والإصابات.

في هذا السياق، تعمل منظمة RI وشركاؤها على سد الفجوة بين النزوح وإمكانية العودة المستدامة للسوريين ذوي الإعاقة في تركيا. ويعيد البرنامج، المدعوم من الاتحاد الأوروبي، تمكين الأفراد من استعادة وتحسين وظائفهم اليومية من خلال حزمة متكاملة من خدمات التأهيل المتخصص والتقنيات المساعدة، بما في ذلك الدعم النفسي والاجتماعي للأشخاص ذوي الإعاقة ومقدمي الرعاية لهم؛ والعلاج الفيزيائي وإعادة التأهيل، مع توسيع نطاق الخدمة عبر إعادة التأهيل عن بُعد للوصول إلى المرضى في المناطق الريفية والنائية؛ وتوفير الأطراف الصناعية والأجهزة التقويمية؛ إضافة إلى دعم الوسائل المساعدة مثل أجهزة الحركة، وأجهزة السمع، والنظارات الطبية. ومن بين الجهات المتخصصة القليلة في هذا المجال، يعمل المشروع الوطني السوري للأطراف الصناعية (NSPPL) على ربط المرضى اللاجئين في تركيا بمقدمي الخدمات داخل سوريا، بما يضمن استمرارية خدمات التأهيل وإدارة الحالات خلال مسار العودة. ويمثل هذا النموذج العابر للحدود مثالاً عملياً مهماً على مفهوم استمرارية الرعاية، والذي ينبغي توسيعه على نطاق أوسع لضمان عودة آمنة وكريمة ومستدامة، خصوصاً للفئات الأكثر ضعفاً.

”بفضل طرفي الاصطناعي وإعادة التأهيل، استعدت استقلاليتي وعُدت إلى دراستي وعملي.“

- هشام، 24 عاماً، الذي تلقى خدمات إعادة تأهيل متخصصة في مركز مدعوم من NSPPL في الريحانلي، تركيا

الخلاصة

تقدم هذه النتائج بمجملها، صورة شاملة عن واقع النظام الصحي في سوريا عبر مختلف المحافظات، ومن خلال مستويات متعددة من التحليل والمنهجيات البحثية. فالسكان الذين يعودون اليوم إلى مناطقهم لديهم احتياجات صحية مرتفعة، وفي كثير من الحالات عاجلة وحرجة، بينما يجدون أنفسهم أمام نظام صحي لا يزال محدود الحضور، متفاوت القدرة، وبعيداً عن تناول شريحة واسعة من الناس بسبب الكلفة وضعف الإمكانيات. فالعوائق المتمثلة في ارتفاع التكاليف، وبعد المسافات، ونقص المعدات، وغياب الكوادر الطبية، وضعف خدمات التشخيص، وغياب خدمات التأهيل، ليست تحديات منفصلة، بل تتداخل وتتراكم فوق بعضها البعض. فالمريض الذي يستطيع الوصول إلى منشأة صحية لكنه يعجز عن دفع تكاليف المعاينة، أو الذي يستطيع دفع تكاليف الكشف لكنه لا يملك ثمن الدواء، يبقى عملياً دون علاج. كما أن الشخص ذو الإعاقة الجسدية الذي تمكن من العودة إلى سوريا لكنه فقد إمكانية الوصول إلى الأطراف الصناعية أو العلاج الفيزيائي الذي كان يحافظ على استقلاله أثناء النزوح، لا يمكن اعتبار عودته حلاً مستداماً أو كريماً.

وفي الوقت نفسه، تتزايد الضغوط التي تدفع الناس إلى العودة المبكرة قبل تهيئة الظروف المناسبة، سواء عبر إغلاق المخيمات، أو تراجع الحماية القانونية في دول اللجوء، أو تقليص برامج الرعاية الصحية في أماكن النزوح. وهذه الضغوط تطال تحديداً الفئات الأكثر هشاشة واحتياجاً للرعاية الصحية المستمرة. فعندما يفقد المصاب بمرض مزمن إمكانية الحصول على العلاج الذي مكّنه من الصمود خلال النزوح، تصبح العودة إلى بيئة صحية مجهولة بمثابة اختيار قاسٍ بين شكلين من المخاطر الطبية. ورغم أن المعايير الدولية تؤكد أن العودة يجب أن تكون طوعية وأمنة وكريمة، فإن واقع الحال يشير إلى أن هذه المعايير لا تزال بعيدة عن التحقق بالنسبة لمئات الآلاف ممن يعانون من أمراض مزمنة خطيرة، فضلاً عن ملايين السوريين الذين يفتقرون إلى أبسط الخدمات الصحية الأساسية. وفي ظل غياب تحسن ملموس في ظروف مناطق العودة، ينبغي التعامل بجدية مع احتمالات النزوح المتكرر. فالنازحون الذين عادوا من مخيمات شمال سوريا قد لا تتاح لهم فرصة العودة إلى تلك المخيمات مجدداً مع استمرار عمليات الإغلاق التدريجي. كما أن اللاجئين العائدين من دول مثل تركيا ومصر ولبنان قد يفقدون، دون قصد، أوضاعهم القانونية وحقوق الحماية في بلدان اللجوء، ما يحدّ من خياراتهم المستقبلية. ومع تزايد أعداد العائدين إلى مدنها وقراهم، تصبح الحاجة إلى الاستثمار المستدام في القطاع الصحي مسألة محورية لنجاح التعافي وتحسين جودة الحياة. ويعتمد مستقبل الاستجابة الصحية في سوريا على تعزيز قدرات الكوادر الطبية، وتوسيع برامج التدريب، وتحديث التجهيزات الطبية، وتحسين البنية التحتية والخدمات الأساسية المحيطة بالمرافق الصحية.



يستفيد هادي وعائلته من استعادة خدمات الرعاية الصحية في مركز الرعاية الصحية الأولية المحلي في حازانو، إدلب. يُنفذ المشروع من قبل منظمة الإغاثة الدولية من خلال شركائها - الصورة من (Frontline in Focus, 2025).

التوصيات

تشير نتائج هذا التقرير إلى تحديات متصاعدة وملحة تتعلق بالتمويل، والحوكمة، وآليات تقديم الخدمات، وهي تحديات تنعكس بشكل مباشر على واقع الصحة والحماية في مختلف أنحاء سوريا. إن سدّ الفجوة بين ما توفره بيئة العودة الحالية وما يحتاجه السوريون فعلياً، ولا سيما في القطاع الصحي، يتطلب استجابة منسقة ومدعومة بموارد كافية من المجتمع الدولي، والجهات الصحية الفاعلة، والحكومة السورية.

إلى الجهات الصحية الدولية والوطنية العاملة في سوريا:

- **إدماج تقييم الاحتياجات الصحية ضمن إجراءات العودة المنظمة، من خلال تعزيز الربط بين أنظمة الإحالة، وإدارة الحالات، وآليات استمرارية الرعاية الصحية، وربطها بالمرافق الصحية العامة في مناطق الوصول.** إذ إن عمليات تقديم المشورة المتعلقة بالعودة لا تتضمن حالياً تقييماً منهجياً للاحتياجات الصحية أو الاعتماد على العلاج قبل تسهيل حركة العائدين. لذلك ينبغي تطوير أدوات تقييم موحدة تشمل الأمراض المزمنة، واحتياجات الإعاقة وإعادة التأهيل، والصحة النفسية، والصحة الإنجابية، بحيث يمكن استخدامها في مناطق النزوح لتقديم توجيهات مفصلة مرتبطة بالحالة الصحية لكل فرد. وعندما لا تتوفر خدمات رعاية حقيقية في منطقة العودة، يجب توضيح ذلك للعائدين بشكل صريح، وتجنب تسهيل عودتهم بما قد يعرضهم لمخاطر صحية خطيرة. كما ينبغي أن تتضمن خطط الاستجابة في مناطق العودة أنظمة للرصد الوبائي، والتلقيح، والاستعداد لتفشي الأمراض، في ظل التحركات السكانية الواسعة، وضعف خدمات المياه والصرف الصحي، والاكتظاظ، وتراجع حملات التطعيم.
- **تعزيز الربط بين أنماط العودة وجاهزية الخدمات الصحية، عبر توسيع خدمات العيادات المتنقلة واستدامتها، بالتوازي مع الاستثمار في إعادة تأهيل مراكز الرعاية الصحية الأولية والمشافي، بما يشمل خدمات التشخيص، وتوفير الأدوية الأساسية، وتعزيز أنظمة الإحالة، وضمان توفر المياه والكهرباء بشكل مستقر.** فالعيادات المتنقلة تمثل وسيلة ضرورية لتغطية الاحتياجات الصحية العاجلة والوصول إلى المناطق المحرومة، خاصة عندما تكون مرتبطة بمنشآت صحية ثابتة. لكنها لا تستطيع أن تحل محل الاستمرارية والخدمات التخصصية والبنية التشخيصية التي يتطلبها نظام صحي فعّال. لذلك ينبغي استخدام البيانات الناتجة عن خدمات العيادات المتنقلة، بما فيها أنماط طلب الرعاية الصحية، لبناء قاعدة معلومات تساعد في توجيه جهود إعادة تأهيل المرافق الصحية بشكل أكثر دقة واستهدافاً. كما ينبغي إدماج خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي باعتبارها عنصراً أساسياً ضمن هذه الخدمات، إلى جانب إنشاء آليات للمساءلة والمشاركة المجتمعية تساهم في توعية السكان بالفجوات القائمة، وتحديد الأولويات، وبناء الثقة مع المجتمعات المحلية.
- **دعم وتمكين المؤسسات الصحية السورية باعتبارها الركيزة الأساسية لأي نظام صحي مستدام.** فالمنظمات السورية الوطنية والمحلية ما تزال تقدم خدمات حيوية رغم تراجع التمويل الدولي وضعف البنية الإدارية. ويتطلب التعافي المستدام تعزيز نقل الخبرات والقدرات، وتقديم التمويل المباشر حيثما أمكن، وتوفير الدعم الفني، وتوسيع دور هذه المؤسسات في قيادة تنفيذ البرامج بالتنسيق مع وزارة الصحة. كما ينبغي على الجهات الدولية إعطاء الأولوية للشراكات التي تساهم في بناء القدرات المؤسسية السورية، وتبادل المعرفة المتخصصة، ونقل أدوار التنفيذ تدريجياً إلى الجهات الوطنية.

- **إعطاء الأولوية للبرامج الصحية المستجيبة للنوع الاجتماعي في مناطق العودة المرتفعة،** حيث أظهرت الدراسة أن النساء العائدات يسجلن أعلى معدلات القلق والضغط النفسية، ويواجهن أكبر العوائق في الوصول إلى الرعاية الصحية، لا سيما في ظل النقص الحاد في الكوادر الطبية النسائية وغياب خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. لذا ينبغي ضمان أن تشمل الكوادر الصحية، وتصميم المرافق، وحزم خدمات الرعاية الصحية الأولية، خدمات متخصصة بصحة الأم، والصحة الإنجابية، والدعم النفسي، والاجتماعي للنساء والفتيات. كما يجب تقييم الاحتياجات الصحية للنساء بشكل منهجي وتخصيص تمويل واضح لها.

إلى الحكومة السورية

- **ربط إغلاق المخيمات وتسهيل العودة بتحسين فعلي وموثق في الخدمات الأساسية داخل مناطق النازحين الأصلية،** من خلال اعتماد مؤشرات واضحة وقابلة للقياس لمدى جاهزية القطاع الصحي. فالإغلاق المتسارع للمخيمات قد يؤدي إلى حرمان السكان من المصدر الوحيد المتاح لهم للرعاية الصحية والخدمات الأساسية قبل توفر بدائل حقيقية في مناطق العودة. لذلك ينبغي مواءمة خطط إغلاق المخيمات مع الحد الأدنى من توفر خدمات الرعاية الصحية الأولية في مناطق العودة، وضمان توفر الأدوية الأساسية، وأنظمة الإحالة، والرعاية الإسعافية، والكوادر الطبية، واستمرارية الخدمات، مع مراقبة التقدم على مستوى النواحي والمناطق الفرعية.
- **تسريع تنفيذ الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة مع إعطاء الأولوية لمناطق العودة المرتفعة.** فرغم أن الخطة الاستراتيجية للأعوام 2026-2028 تقدم رؤية متكاملة لإعادة بناء نظام صحي وطني، فإن الفجوة بين هذه الرؤية والواقع الحالي تبدو أكثر وضوحاً في المناطق الأكثر تضرراً والأقل موارد، مثل ريف دير الزور وريف دمشق. لذلك ينبغي مواصلة تنسيق جهود إعادة تأهيل المرافق الصحية، وتعزيز استبقاء الكوادر، وتحسين سلاسل الإمداد، وتطوير أنظمة البيانات، مع مراعاة أنماط العودة واحتياجات العائدين، وضمان توفير البيئة التنظيمية والإجرائية التي تتيح للمنظمات الوطنية والدولية العمل بفعالية في هذه المناطق.

إلى الحكومات والجهات المانحة الدولية:

- **الالتزام بمبادئ العودة الطوعية والآمنة والكريمة، ورفض الضغوط التي تدفع نحو العودة المبكرة.** إذ ينبغي ألا تستخدم المساعدات الإنسانية، أو مراجعات أوضاع اللجوء، أو التفاهات السياسية الثنائية، كأدوات لتسريع عودة اللاجئين قبل تهيؤ الظروف المناسبة، خاصة في القطاع الصحي. كما يجب على المجتمع الدولي الاستمرار في دعم دول الجوار المستضيفة للاجئين السوريين للحفاظ على مساحات الحماية والخدمات الأساسية، بالتوازي مع توفير تمويل متعدد السنوات يضمن استمرارية الرعاية الصحية، وإعادة تفعيل الخدمات العامة، ودعم الكوادر الطبية، وتعزيز الجاهزية في المناطق الأكثر حرماناً داخل سوريا.
- **ضمان أن برامج التعافي المبكر تشمل بُعدي الحماية والصحة كشرط أساسي للنجاح والاستدامة.** فبرامج التعافي التي تتجاهل جاهزية النظام الصحي، وحجم الطلب الناتج عن العودة، واحتياجات الفئات الأكثر هشاشة، لن تحقق نتائج مستدامة. لذلك ينبغي اشتراط إجراء تقييمات أساسية للوصول إلى الخدمات الصحية وتضمن ضمانات الحماية ضمن جميع مشاريع التعافي قبل صرف التمويل، مع ضمان مواءمة هذه المشاريع مع أولويات وزارة الصحة، والاستفادة من منصات التنسيق القائمة، ودعم الانتقال التدريجي من الاستجابة الإنسانية المجزأة إلى دعم أكثر تكاملاً واستدامة للخدمات العامة.

- تمويل آليات استمرارية الرعاية الصحية للمصابين بالأمراض المزمنة والأشخاص ذوي الإعاقة، بما يشمل الربط بين خدمات الدعم المقدمة في دول اللجوء والخدمات المتاحة داخل سوريا. فقد أظهرت أبحاث منظمة ريليف إنترناشيونال RI وجود مخاطر حادة لانقطاع الرعاية الصحية بالنسبة للعائدين الذين كانوا يعتمدون على خدمات إعادة التأهيل، والأطراف الصناعية، وعلاج الأمراض غير السارية خلال فترة النزوح، خاصة مع تراجع الخدمات في دول الاستضافة. ومن هنا تبرز الحاجة إلى الاستثمار في آليات تنسيق عابرة للحدود تربط مقدمي الخدمات في دول اللجوء بالبنس الصحية داخل سوريا، مع دعم المفوضية السامية لشؤون اللاجئين والقطاع الصحي لإعداد سجلات تضمن استمرارية الرعاية للحالات الطبية المعتمدة على العلاج المستمر.

1. Strategic Plan (2026–2028). Ministry of Health, Syrian Arab Republic, 2026.
2. Mahfoud, A., et al. “Investigating the Impact of Syrian Conflict on Women’s Education, Mental Health, and Rights: A Cross-Sectional Study.” BMC Women’s Health, vol. 25, 2025, article no. 551. Springer Nature, <https://doi.org/10.1186/s12905-025-04096-1>.
3. Schaer, Cathrin, and Omar Albam. “Disabilities in Syria: A ‘Hidden’ Crisis.” Deutsche Welle (DW), 5 Aug. 2023, <https://www.dw.com/en/uncertain-futures-syrias-hidden-crisis-of-disabilities/a-66368372>.
4. United Nations Office at Geneva. “Syria: Rights Probe Reveals Systematic Torture and Detention of Assad Regime.” United Nations Office at Geneva, 27 Jan. 2025, <https://www.ungeneva.org/en/news-media/news/2025/01/102629/syria-rights-probe-reveals-systematic-torture-and-detention-assad>
5. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). UNHCR Regional Flash Update #21: Syria Situation Crisis. 3 Apr. 2025. ReliefWeb, <https://reliefweb.int/report/syrian-arab-republic/unhcr-regional-flash-update-21-syria-situation-crisis-3-april-2025>.
6. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Regional Flash Update #24: Syria Situation Crisis. 25 Apr. 2025, <https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/2025-04/250425%20UNHCR%20Regional%20Flash%20Update%20%2324%20-%20Syria%20situation%20crisis.pdf>
7. Norwegian Refugee Council (NRC). Beyond Return: Ensuring Sustainable Recovery and (Re)-integration in Syria. May 2025, <https://www.nrc.no/>.
8. “Lebanon’s Economic Woes Deepen.” International Finance, 17 June 2024, <https://internationalfinance.com/magazine/economy-magazine/lebanons-economic-woes-deepen>.
9. Human Rights Watch. “Lebanon: Mass Evictions of Syrian Refugees.” Human Rights Watch, 20 Apr. 2018, <https://www.hrw.org/news/2018/04/20/lebanon-mass-evictions-syrian-refugees>.
10. International Crisis Group. “Recalibrating Turkey’s Approach to Syrian Refugees.” International Crisis Group, 2024, www.crisisgroup.org/europe-central-asia/western-europemediterranean/turkey.
11. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. Syrian Arab Republic: Humanitarian Needs Overview 2024. OCHA, 2024, reliefweb.int/report/syrian-arab-republic/syrian-arab-republic-humanitarian-needs-overview-2024.
12. Doctors Without Borders. “Syria: ‘Hospital Closures Will Be a Death Sentence to People Like Me.’” Doctors Without Borders, 24 May 2024, <https://www.doctorswithoutborders.org/latest/syria-hospital-closures-will-be-death-sentence-people-me>.
13. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. “Syrian Arab Republic: 2026 Humanitarian Needs and Response Plan.” ReliefWeb, Apr. 2026, reliefweb.int/report/syrian-arab-republic/syrian-arab-republic-2026-humanitarian-needs-and-response-plan-april-2026.
14. Strategic Plan (2026–2028). Ministry of Health, Syrian Arab Republic, 2026.
15. Syrian Interim Government. Ministry of Local Administration Registration Data, June 2025; compared with UN-

HCR Verified Return Statistics. 2025.

16. Amnesty International. "Turkey: Hundreds of Syrian Refugees 'Tricked or Forced' into Returning to Syria." Amnesty International UK, 25 Oct. 2023, www.amnesty.org.uk/press-releases/turkey-hundreds-syrian-refugees-tricked-or-forced-returning-syria-new-report; Human Rights Watch. "Turkey: Syrians Face Dire Conditions in Turkish-Occupied 'Safe Zone'." Human Rights Watch, 28 Mar. 2024, www.hrw.org/news/2024/03/28/syrians-face-dire-conditions-turkish-occupied-safe-zone.
33. International Center for Transitional Justice. "Disabilities in Syria: A 'Hidden' Crisis." ICTJ, 8 Aug. 2023, <https://www.ictj.org/latest-news/disabilities-syria-hidden-crisis>.
34. Humanity & Inclusion (Handicap International). Issue Brief – Syria: Durable Solutions / Refugees and Internally Displaced Persons (IDPs). Mar. 2022. https://www.hi.org/sn_uploads/document/IB-5-refugees-IDPs-finale-2022.pdf.
35. Humanity & Inclusion (Handicap International). Issue Brief – Syria: Durable Solutions / Refugees and Internally Displaced Persons (IDPs). Mar. 2022. https://www.hi.org/sn_uploads/document/IB-5-refugees-IDPs-finale-2022.pdf.
36. Vinall, Frances, and Susannah George. "Syria Loses a Lifeline as the United States and Europe Slash Global Aid." The Washington Post, 5 July 2025, <https://www.washingtonpost.com/world/2025/07/05/syria-usaid-europe-cuts/>; L'Orient Today. "UNHCR Announces End of Healthcare Support for Syrian Refugees in Lebanon." 28 May 2025, <https://today.lorientlejour.com/article/1462142/unhcr-announces-end-of-healthcare-support-for-syrian-refugees-in-lebanon.html>.
37. The HALO Trust. "HALO Trust Syria: A Year of Hope Has Been Tainted by Tragedy." ReliefWeb, 4 Dec. 2025, <https://reliefweb.int/report/syrian-arab-republic/halo-trust-syria-year-hope-has-been-tainted-tragedy>.
38. Global Protection Cluster. Persons with Disabilities Protection Barriers Report: North-West Syria. Aug. 2024. ReliefWeb, <https://reliefweb.int/report/syrian-arab-republic/persons-disabilities-protection-barriers-report-north-west-syria-august-2024-enar>.
39. Humanitarian Needs Assessment Programme (HNAP). Disability Prevalence and Impact: Returnee Report Series III. 2020. <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/85890>.
40. Humanity & Inclusion (Handicap International). Advocacy Factsheet: February 2025 – Inclusion of Persons with Disabilities in Syria. Feb. 2025, https://www.handicap-international.de/sn_uploads/document/Advocacy-Factsheet-2025.-Inclusion-of-Persons-with-Disabilities---Syria.pdf.
41. United Nations High Commissioner for Refugees. Lebanon. UNHCR, <https://www.unhcr.org/where-we-work/countries/lebanon>.