منظمة الصحة العالمية

التقرير العالمي عن صحة اللاجئين والمهاجرين

موجز

الصحة للجميع، بمن في ذلك اللاجئون والمهاجرون: حان وقت العمل

منظمة الصحة العالمية

التقرير العالمي عن صحة اللاجئين والمهاجرين

موجز

التقرير العالمي عن صحة اللاجئين والمهاجرين: موجز
[World report on the health of refugees and migrants: summary]

ISBN 978-92-4-005490-5 (نسخة إلكترونية)
ISBN 978-92-4-005491-2 (نسخة مطبوعة)

© منظمة الصحة العالمية 2022

بعض الحقوق محفوظة. هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص المشاع الإبداعي "نسب المصنف – غير تجاري – المشاركة بالمثل ٣,٠ لفائدة المنظمات الحكومية الدولية"
(CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.ar)
وبمقتضى هذا الترخيص يجوز لكم نسخ المصنف وإعادة توزيعه وتحويره للأغراض غير التجارية، شريطة أن يتم اقتباس المصنف على النحو الملائم، كما هو مبيّن أدناه. ولا ينبغي في أي استخدام لهذا المصنف الإيحاء بأن المنظمة (WHO) تعتمد أي منظمة أو منتجات أو خدمات محددة. ولا يُسمح باستخدام شعار المنظمة (WHO). وإذا قمتم بتحوير هذا المصنف، فيجب عندئذٍ الحصول على ترخيص لمصنفكم بمقتضى نفس ترخيص المشاع الإبداعي (Creative Commons licence) أو ما يعادله. وإذا قمتم بترجمة المصنف، فينبغي إدراج بيان إخلاء المسؤولية التالي مع الاقتباس المقترح: "هذه الترجمة ليست من إعداد منظمة الصحة العالمية (المنظمة (WHO). والمنظمة غير مسؤولة عن محتوى هذه الترجمة أو دقتها. والإصدار الأصلي بالإنكليزية هو الإصدار الملزم وذو الحجية."

ويجب أن تتم أية وساطة فيما يتعلق بالمنازعات التي تنشأ في إطار هذا الترخيص وفقاً لقواعد الوساطة للمنظمة العالمية للملكية الفكرية. (http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/).

اقتباس المقترح. التقرير العالمي عن صحة اللاجئين والمهاجرين
[World report on the health of refugees and migrants: summary].
جنيف: منظمة الصحة العالمية: ٢٠٢٢.
الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

بيانات الفهرسة أثناء النشر. بيانات الفهرسة أثناء النشر متاحة على الرابط http://apps.who.int/iris/.

المبيعات والحقوق والترخيص. لشراء مطبوعات المنظمة (WHO) انظر الرابط http://apps.who.int/bookorders.
ولتقديم طلبات الاستخدام التجاري والاستفسارات بشأن الحقوق والترخيص، انظر الرابط https://www.who.int/ar/copyright.

مواد الطرف الثالث. إذا رغبتم في إعادة استخدام مواد واردة في هذا المصنف ومنسوبة إلى طرف ثالث، مثل الجداول أو الأشكال أو الصور، فعليكم مسؤولية تحديد ما إذا كان يلزم الحصول على إذن لإعادة الاستخدام، والحصول على إذن من صاحب حقوق المؤلف. ويتحمل المستخدم وحده مخاطر أي مطالبات تنشأ نتيجة انتهاك أي عنصر في المصنف تعود ملكيته لطرف ثالث.

بيانات عامة لإخلاء المسؤولية. لا تنطوي التسميات المستخدمة في هذا المطبوع وطريقة عرض المواد الواردة فيه، على أي رأي كان من جانب المنظمة (WHO) بشأن الوضع القانوني لأي بلد أو أرض أو مدينة أو منطقة أو لسلطات أي منها أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة والخطوط المتقطعة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل بشأنها.

كما أن ذكر شركات محددة أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة أو موصى بها من جانب المنظمة (WHO)، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها في الطابع ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تُميّز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بالأحرف الاستهلالية (في النص الإنكليزي).

وقد اتخذت المنظمة (WHO) كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك، فإن المواد المنشورة تُوزع دون تقديم أي نوع من أنواع الضمانات، صريحةً كانت أم ضمنية. ويتحمّل القارئ وحده المسؤولية عن تفسير هذه المواد واستعمالها. ولا تتحمل المنظمة (WHO) بأي حال من الأحوال المسؤولية عن الأضرار التي قد تترتب على استعمالها.

محتويات

تصدير v
تمهيد vii
شكر وتقدير ix

١. مقدمة ١
١,١ التعاريف المستخدمة في هذا التقرير ٢

٢. الهجرة: مسألة حاسمة في مجال الصحة العالمية ٣
٢,١ ازدياد حالات التشرد والهجرة يقتضي جهوداً لتلبية الاحتياجات الصحية للاجئين والمهاجرين ٤
٢,٢ النزاعات والكوارث ترهق النظم الصحية ٤
٢,٣ الاحتياجات الصحية لا تبدأ ولا تنتهي عند حدود البلدان على عكس الخدمات الصحية والحماية الاجتماعية: يجب إدماج اللاجئين والمهاجرين في خدمات الصحة العامة ٦
٢,٤ الاستجابات الشاملة للحكومة بأكملها والمشتركة بين القطاعات ضرورية ٦
٢,٥ دور منظمة الصحة العالمية ٧

٣. ما وراء قطاع الصحة: محددات صحة اللاجئين والمهاجرين ٨
٣,١ خصائص الأفراد وسلوكياتهم ١٠
٣,٢ البيئات الاجتماعية والاقتصادية ١٠
٣,٣ البيئة المادية ١١

٤. الموت والخطر والوضع الصحي السيء ١٢
٤,١ الموت والاختفاء ١٣
٤,٢ جائحة كوفيد-١٩ ١٣
٤,٣ الصحة المهنية ١٤
٤,٤ الصحة الجنسية والإنجابية ١٤
٤,٥ صحة الأم والطفل ١٥
٤,٦ الأمراض غير السارية ١٥
٤,٧ الصحة النفسية ١٦
٤,٨ الأمراض السارية ١٦

٥. مبررات النظم الصحية الشاملة ١٨
٥,١ توفير الخدمات ١٩
٥,٢ القوى العاملة الصحية ١٩
٥,٣ إتاحة المنتجات الطبية واللقاحات والتكنولوجيات ٢٠
٥,٤ نظم المعلومات الصحية ٢٠
٥,٥ التمويل ٢٠
٥,٦ القيادة والحوكمة ٢٠

٦. جمع بيانات أفضل جودة ٢٢
٦,١ منهجية الاستعراض ٢٣
٦,٢ نتائج الاستعراض ٢٣

٧. المضي قدماً ٢٦
٧,١ إعادة توجيه النظم الصحية من أجل عالم في حركة دائبة: نهج استراتيجي ٢٦
٧,٢ معاً نستطيع النجاح: من السياسات إلى الممارسات والإجراءات من أجل مستقبل صحي ٢٧

المراجع ٢٩

تصدير

يوجد اليوم نحو مليار مهاجر في العالم، أي ما يمثل شخصاً من كل ثمانية أشخاص. وتتدرج تجربة الهجرة في عداد المحددات الرئيسية للصحة والرفاه، ولا يزال اللاجئون والمهاجرون من بين أكثر الفئات ضعفا وإهمالا في العديد من المجتمعات.

ويقدّم هذا التقرير الأول من نوعه استعراضا عالميا للصحة والهجرة ويدعو إلى اتخاذ إجراءات عاجلة ومتضافرة لدعم اللاجئين والمهاجرين في جميع أنحاء العالم في الحصول على خدمات الرعاية الصحية التي تراعي احتياجاتهم. وهو يسلط الضوء على الحاجة الملحّة إلى دراسة الأسباب الجذرية للهجرة والتخفيف من آثارها وإحداث تحول جوهري في إعادة توجيه النظم الصحية للاستجابة لعالم يشهد حركة دؤوبا.

وسواء كان التنقل بمحض الاختيار أو قسرا، فإنه يمثل سمة ملازمة للإنسان وجزءا أصيلا من حياة البشر. وأيا كان دافع الشخص أو ظروفه أو أصله أو وضعه من حيث الهجرة، يجب أن نؤكد بما لا لبس فيه أن الصحة حق من حقوق الإنسان للجميع، وأن التغطية الصحية الشاملة يجب أن تشمل اللاجئين والمهاجرين.

نحن نعيش في أوقات عصيبة، حيث تساهم الأمراض والمجاعة وتغير المناخ والحرب مجتمعةً في تهديد أمننا العالمي، وتلقي بضغوط غير مسبوقة على مجتمعاتنا واقتصاداتنا. وفي الوقت نفسه، لا تزال جائحة كوفيد19- تؤثر على صحة اللاجئين والمهاجرين وسبل عيشهم أكثر من غيرهم، وتفرض تحديات فريدة على العمال المهاجرين.

وفي بداية عام 2022، كانت منظمة الصحة العالمية ("المنظمة") وشركاؤها يستجيبون للأزمات الإنسانية المعقدة في أفغانستان وإثيوبيا والصومال وجنوب السودان والجمهورية العربية السورية واليمن، وقد أذكى كل منها موجات هجرة جماعية ووضع النظم الصحية في البلدان المضيفة على المحك. ثم جاءت الحرب في أوكرانيا، فأوصلت العدد الإجمالي للنازحين إلى أكثر من 100 مليون شخص لأول مرة في التاريخ.

بيد أنه يتعذر حتى الآن إدراك المدى الكامل لتأثير هذه الاضطرابات لأن اللاجئين والمهاجرين، كما يوضح هذا التقرير، غير مرئيين بشكل كامل في البيانات المتاحة – وهي فجوة خطيرة يجب تقويمها. ويجب أن نستثمر في تعزيز وتنفيذ السياسات التي تعزز صحة اللاجئين والمهاجرين، منطلقين من جمع البيانات وتحليلها بأساليب مبتكرة.

ونحث الحكومات والوكالات والجهات المانحة والشركاء الآخرين على التفكير المبدع والعمل بروح التراحم لتحسين صحة الأشخاص المتنقلين، والقيام بذلك في جميع قطاعات المجتمع.

أدعوكم إلى قراءة هذا التقرير والانضمام إلى المنظمة وشركائنا في التزامنا ببناء عالم أوفر صحة وأكثر قدرةً على الصمود للجميع.

الدكتور تيدروس أدحانوم غيبريوس
المدير العام
منظمة الصحة العالمية

تمهيد

من بين كل ثمانية أشخاص من سكان هذا الكوكب هناك مهاجر أو نازح، وهي أرقام آخذة في الازدياد. ومن المسلّم به على نطاق واسع أن تجربتي النزوح والهجرة تشكلان محددين رئيسيين للصحة والرفاه؛ ومن ثم فإن الاستجابة للهجرة تنطوي على أهمية حاسمة بالنسبة إلى الصحة العالمية. وتلتزم منظمة الصحة العالمية ("المنظمة") التزاماً راسخاً بعدم ترك أي من هؤلاء الأشخاص خلف الركب، ولذلك استثمرت في جمع واستعراض الأدلة العالمية وأعدت هذا التقرير العالمي عن صحة اللاجئين والمهاجرين. ويوضح هذا التقرير الأول من نوعه على نحو مفصّل ودقيق العديد من التحديات الصحية التي يواجهها مئات الملايين من اللاجئين والمهاجرين، مستنداً في ذلك إلى أدلة شاملة قدر الإمكان من جميع أنحاء العالم.

ويعرض التقرير أدلة واضحة على أن اللاجئين والمهاجرين قد يواجهون حصائل صحية سيئة تعزى في المقام الأول إلى ظروف العمل والعيش التي لا ترقى إلى المستوى الأمثل، والتي لها تأثير سلبي على صحة ورفاه اللاجئين والمهاجرين وطالبي اللجوء وغيرهم. وكثيراً ما يعاني اللاجئون والمهاجرون من حصائل صحية أسوأ بكثير مما يعانيه سكان البيئات المضيفة تفاقمها ظروفهم الهشة وضعف المحددات الصحية. ويشير التقرير إلى الأهمية الحاسمة التي تنطوي عليها معالجة محددات تردي الصحة خارج القطاع الصحي عند النظر في صحة اللاجئين والمهاجرين.

ومن النتائج الرئيسية التي خلص إليها التقرير الغياب شبه التام للبيانات القابلة للمقارنة بين البلدان ومع مرور الوقت بشأن صحة اللاجئين والمهاجرين وغياب تصنيف للبيانات وفقا للوضع من حيث الهجرة في مجموعات بيانات الصحة العالمية. ويبين التقرير الفجوات الحرجة على الصعيد العالمي في نوعية البيانات والمعارف ويدعو إلى الاستثمار في إنتاج بيانات تفي بالغرض وفي الترصد والرصد لدعم السياسات والخطط المتينة المستنيرة بالأدلة لأغراض التنفيذ. وطالما استمرت هذه الفجوة الحيوية في البيانات، سيظل اللاجئون والمهاجرون متخلفين عن الركب، وسيتعذر تحقيق أهداف التنمية المستدامة.

ويعني تغير المناخ والعدد المتزايد من النزاعات تهجير أعداد متزايدة من الأفراد. وقد بات تأثير تغير المناخ البشري المنشأ ملموساً في 80٪ من مساحة اليابسة في العالم، التي تضم 85٪ من سكان العالم. ويتوقع أن يضطر أكثر من 200 مليون شخص إضافي إلى الهجرة بحلول عام 2050.

وهناك حلول. فهذا التقرير يقدم اعتبارات عملية لمعالجة التفاوتات الصحية عند اللاجئين والمهاجرين والتصدي للأسباب الجذرية التي تؤثر سلباً على الصحة. وهي تشمل تدابير لم تكن تندرج من قبلُ ضمن النطاق المقيد لقطاع الصحة، مثل التعليم والنوع الاجتماعي والعمر والوضع من حيث الهجرة. وينبغي إعادة توجيه النظم الصحية القائمة لتشمل اللاجئين والمهاجرين في جميع الخدمات والبرامج، وفقا لمبادئ الرعاية الصحية الأولية الشاملة والتغطية الصحية الشاملة. وينبغي رصد المحددات الصحية للاجئين والمهاجرين ووضعهم والحصائل المتعلقة بهم لتقييم ما إذا كان قد أحرز، أو لم يحرز، تقدم نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة وغيرها من الأهداف والغايات. وبالنظر إلى أوجه التداخل بين صحة ورفاه اللاجئين والمهاجرين وقطاعات متعددة من المجتمع، يجب أن يضطلع قطاع الصحة بدور قيادي وتيسيري مهم في هذا الصدد.

وإدراكا لمدى جسامة التحديات الواضحة بجلاء وبفضل تحديد العديد من النهج الواعدة، فقد غدا من الممكن الآن للبلدان والمؤسسات والباحثين تحديد أولويات الإجراءات والاستثمارات اللازمة لرصد وتحسين الصحة والهجرة بما يتماشى مع أهداف التنمية المستدامة. ويتيح برنامج العمل العام الثالث عشر للمنظمة إطارا للعمل العاجل اللازم، حيث يعطي الأولوية للمبادئ التوجيهية لتعزيز الصحة، وإبقاء العالم في مأمن من الأمراض، والتركيز على الفئات السكانية الأضعف والأقل استفادة من الخدمات. وتتواءم هذه المبادئ مع خطة التنمية المستدامة لعام 2030 والتزامها بـ"عدم ترك أي أحد خلف الركب". كما أن خطة العمل العالمية بشأن تعزيز صحة اللاجئين والمهاجرين التي وضعتها المنظمة تدرج الصحة أيضا ضمن العناصر الأساسية لحماية اللاجئين والمهاجرين ومساعدتهم والحوكمة الرشيدة للهجرة.

وقد استجاب العالم عن حق بوضع سياسات وأطر وطنية ودولية بشأن الصحة والهجرة، ومع ذلك لا تزال ثمة أوجه تفاوت كبيرة. ما نحتاج إليه الآن هو العمل، الذي سيتطلب نُهُجاً تشمل الحكومة بأكملها والمجتمع بأسره لضمان صحة اللاجئين والمهاجرين وسكان البيئات المضيفة لهم. ومن خلال هذا التقرير، تؤكد المنظمة وبرنامجها للصحة والهجرة من جديد الالتزام بتعزيز القضايا الصحية لجميع اللاجئين والمهاجرين في جميع أنحاء العالم والنهوض بها.

ونأمل أن يدقّ هذا التقرير ناقوس الخطر، وأن يلهم التعاطف ويعمق الفهم، وأن يحثّ فوق كل شيء على اتخاذ إجراءات عملية ترمي إلى تحقيق الرعاية الصحية الشاملة التي لا تترك أحدا طي النسيان، أو محروماً من الخدمات الصحية الأساسية والجيدة، أو متخلفاً عن الركب. الصحة للجميع، بمن فيهم اللاجئون والمهاجرون: حان وقت العمل.

الدكتورة سوزانا جاكاب
نائبة المدير العام
منظمة الصحة العالمية

الدكتور سانتينو سيفيروني
مدير
برنامج الصحة والهجرة

شكر وتقدير

نعرب عن امتنانها لما قدمه العديد من الخبراء والوكالات، المبينة أسماؤهم أدناه، من مساهمات في التخطيط والإعداد والاستعراض

القيادة والتنسيق

أُعدّ هذا التقرير تحت القيادة الاستراتيجية العامة والتوجيه التقني للسيد سانتينو سيفيروني، مدير برنامج المنظمة للصحة والهجرة، جنيف، سويسرا. وتولى السيد رفعت حسين، الرئيس التقني للبيانات والأدلة في برنامج المنظمة للصحة والهجرة، المسؤولية عن تنسيق إعداد التقرير وإصداره. وقدم السيد سوريج بوتوبارامبيل، رئيس المركز المتعاون مع المنظمة المعني بالبيانات والأدلة المتعلقة بالهجرة والصحة بجامعة أوبسالا، أوبسالا، السويد، إرشادات منهجية وتقنية بشأن المحتوى العام للتقرير.

مؤلفو المادة التقنية

كتب التقرير كل من أندرو ويلسون وليلى ألياناك وفيليسيتي ثومسون.

المساهمون والمراجعون من المنظمة

استعرض موظفو واستشاريو برنامج الصحة والهجرة التالية أسماؤهم مسودات متعددة للتقرير، وتحققوا من البيانات والأدلة، و/أو قدموا الدعم التقني: ريتشارد ألدرسليد، وجوزيبي دومينيكو أنونزياتا، وريمو بياديا، وفيرونيكا كورناكيوني، ومحمد درويش، وسيتين ديكمن، وبالميرا إيموردينو، وكانوكبورن كاوجارون، وجوون كيم، وألكسندرا لاداك، وخولة ناصر الدين، وميريام أوركوت، وريتا سا ماتشادو، وآنا كريستينا سيداس، وديفيد تيليز ، وماري وولف. وساهم موظفو واستشاريو المنظمة التالية أسماؤهم في المحتوى التقني للتقرير واستعراضه.

المقر الرئيسي للمنظمة

إليزابيث أيمي–ماكدونالد، وراجيف باهل، وأناند بالاشاندران، وفالنتينا بالتاغ، وجوليا بيرنسون، وغوتام بيسواس، وإلين بورغي، وفرانسيسكو برانكا، وجيمس كامبل، وريتشارد مايكل كار، وديفيد كلارك، وجورجيو كوميتو، وبرناديت دايلمانز، ولوز دي ريجيل، وخاسوم ديالو، وتيريزا دياز، وتيسا إيديجر، وألبيس فرانسيسكو غابرييلي، وفيليب غلازيو، ولورانس غرومر سترون، وأحمد رضا حسينبور، وديفورا ليليا كيستل، وكاثرين كيركبي، ومونيكا كوسينسكا، وإتيان كروغ، وجوزيف دوغلاس كوتزين، وجاي سي لي، دانيال لو–بير، وبليرت ماليكي، وماري ماندهار، وسيلفيو ماريوتي، وميشيل مسيساك، وكلود ماير، وجيراردو زامورا مونج، وأليسين كارول موران، ومارجولين نيكود، وألانا

مارغريت أوفيسر، وكاثي أونيل، وسارة بولين ديشينو، وكومانان راساناثان، وبريانا ريفاس–موريلو، وناتالي لور روبيل، وسيباستيان روزيتانو، وسيلفي إليان شالر، وجيرارد بي شميتس، وسليم سلامة، وماركوس مارسيلوس ستالهوفر، وتشيلسيا ماريا تايلور، وميلان ثوندو، وتاميتسا تورويان، وإنكا فايسبيكر، وديان وو.

المكاتب الإقليمية للمنظمة

مكتب المنظمة الإقليمي لأفريقيا: إرنست دابير وعبدالسلام غوييه؛ مكتب المنظمة الإقليمي للأمريكتين: كانديلاريا أراوز، وجيمس فيتزجيرالد، وجولي هيلين إيسا، وكاميلا بولينوري، وسيرو أوغارتي؛ مكتب المنظمة الإقليمي لشرق المتوسط: رنا النجار، وعلي أردلان، وهالة الشاذلي، وعوض مطرية، وتونيا رفاعي؛ مكتب المنظمة الإقليمي لأوروبا: جوزيف بارتوفيتش، وكريستينا ماور–ستندر، وإليزابيث فاغنسن، وغوندو فايلر؛ مكتب المنظمة الإقليمي لجنوب شرق آسيا: لين أونغ، وآرتي غارغ، وستيفن بول جوست، وإدوين سلفادور؛ مكتب المنظمة الإقليمي لغرب المحيط الهادئ: إيزابيل كونستانس إسبينوزا، وكيرا فورتشن، وتسيرينغ كالدن لاما، وكارولين لوكاشيك، وأنجيلا برات، وجايترا ساتياندران.

استعراضات المؤلفات الإقليمية

يستند التقرير إلى استعراضات شاملة للمؤلفات المتعلقة بالأدلة المستقاة من جميع أقاليم المنظمة أجريت تحت إشراف المكاتب الإقليمية للمنظمة.

وتولى استعراضَ المؤلفات المتعلقة بإقليم الأفريقي التابع للمنظمة جو فياري (المشرف)، وياسين آيت العربي، ومارتا لوزيس من شركة Samuel Hall، نيروبي، كينيا، وإدوارد غوفيري، وثيا دي غروشي، ولانغا ملوتشوا، وريبيكا ووكر من المركز الأفريقي للهجرة والمجتمع، جامعة ويتس، جنوب أفريقيا.

وتولى استعراضَ المؤلفات المتعلقة بإقليم الأمريكتين التابع للمنظمة كل من بالتيكا كابيسيس (المشرفة)، وماريا إينيس ألفاريز، وأليس بلوكاش، ومارسيلو ليزانا، وألكسندرا أوباش، وإيزابيل رادا من برنامج الدراسات الاجتماعية في مجال الصحة، معهد العلوم والابتكار في مجال الطب، جامعة ديساولو، لاس كوندس، شيلي.

وتولى استعراضَ المؤلفات المتعلقة بإقليم جنوب شرق آسيا التابع للمنظمة كل من أنجالي بورهادي (مشرفةً)، ونيشا بهارتي، وسوبهوجيت داي، وإيشا جاين، وفيشيكا ياداف من معهد الصحة العامة، نيودلهي، الهند.

وأجرت الأفرقة التالية استعراضات المؤلفات الخاصة بالإقليم الأوروبي التابع للمنظمة: تولى الاستعراضَ فيما يخص البلدان غير الناطقة بالروسية كل من جيانفرانكو كوستانزو (المشرفة)، وأندريا كافاني، وأليساندرا ديوداتي، وأنتيو دي نابولي، وكونسيتا ميريسولا لوكونو، وأليسيو بيتريلي، وغراتسيا سيستي من المعهد الوطني المعني بشؤون الصحة والهجرة والفقر، روما، إيطاليا، وأليساندرا بيتيول، وإيرين ماتيولي، وبيترو أميديو موديستي وأزيندا أوسبيداليرو من جامعة فلورنسا، فلورنسا، إيطاليا؛ وتولى الاستعراضَ فيما يخص البلدان الناطقة بالروسية أليكسي نوفوزيلوف، من المعهد الاتحادي لبحوث منظمة الصحة والمعلوماتية، موسكو، الاتحاد الروسي.

وتولى استعراضَ الأدبيات المتعلقة بإقليم شرق المتوسط التابع للمنظمة كل من جوسلين دي جونغ (المشرفة)، وشذى عكيك، وزينب ديراني، وليال حنيني، وإيمان شرارة من الجامعة الأمريكية في بيروت، بيروت، لبنان.

وتولى استعراضَ الأدبيات المتعلقة بإقليم غرب المحيط الهادئ التابع للمنظمة كل من ليزا غريس س. بيرساليس (المشرفة)، وكريستين فيث أغتاراب، وكلير بيرجا، وكلارينداً لوستيريو بيرخا، ومايكل دومينيك ديل موندو، وإيلين غيوس من جامعة مانيلا، مانيلا، الفلبين.

تجميع استعراضات الأدلة

قامت الأفرقة التالية بتجميع استعراضات الأدلة الإقليمية: كاثرين ك. إتمان وساندرو غاليا (جامعة بوسطن، الولايات المتحدة الأمريكية)، وبول شبيغل، وديفيد تيليز، وماريادا فاليه، وسيندي فاسكيز (جامعة جونز هوبكنز، الولايات المتحدة الأمريكية)؛ وليزا غريس س. بيرساليس، وكريستين فيث أغتاراب، وكلير بيرجا، وكلارينداً لوستيريو بيرخا، ومايكل دومينيك ديل موندو، وإيلين غيوس (جامعة الفلبين، مانيلا، الفلبين).

وقدم المساهمون التالية أسماؤهم مدخلات وتعليقات مفيدة بشأن تحليل وعرض بيانات استقصاءات الأسر المعيشية: تريفور كروفت وشيا روتشتاين (الاستقصاءات الديمغرافية والصحية)؛ وهولي نيوباي (التي عملت سابقا على الاستقصاءات الديمغرافية والصحية ولدى منظمة الأمم المتحدة للطفولة)؛ وأوليفييه دوبريز، وآيفين فيكوبيرا سولاتوريو وماثيو جون ويلش (البنك الدولي والشبكة الدولية لاستقصاءات الأسر المعيشية).

المساهمات المؤسسية

وردت مدخلات وتعليقات تقنية عديدة من الخبراء التالية أسماؤهم: إليسا بينيس، وبالينت نافرادي، وأندونيرينا راكوتوناريفو، وفالنتينا ستويفسكا (منظمة العمل الدولية)؛ وألكسندر أرنيكوف، وبونام دافان، وشياكي إيتو، وكيت ليونغ، وجانيس لوبيز، ومايفا بيك، وغوليليلمو شينينا، وآغان سويتمافورنين، وكوليثا ويكراماج، وأليس ويمر (المنظمة الدولية للهجرة)؛ وجوليا بلاك، ونوي بليك، وفرانك لاكزكو، وإليسا موسلر فيدال (المركز العالمي لتحليل بيانات الهجرة التابع للمنظمة الدولية للهجرة)؛ وغرايس سانيكو ستيفان (مفوّضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان)؛ ويان بيز، وأتيلا هانسي أوغلو، ودانييلا نوبيك، ورالف مورينو، وسيباستيان بالماس، ودانزين يو، وتورغاي أونالان (منظمة الأمم المتحدة للطفولة)؛ ومونيكا أغوايو، وميغيل كاستيو، وكزافييه مانسيرو، ورولاندو أوكامبو فرناندا رينوسو، وزولما سوسا، ودانيال تاكاري (لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي)؛ وآن بيرتون، وطارق أبو شباك، وإبراهيما ديالو، وساندرا هارلاس، وبيتر فينتيفوغل (مفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين)؛ وإنريكو بيسوجنو، وتيجال جيسراني هاسلينغر، وكلير هيلي، وأنجيلا مي، وفيليب مايسنر (مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة)؛ وجينيت أزكونا، وأنترا بهات، وأليمبرهان بيرهي (هيئة الأمم المتحدة للمرأة)؛ وجيرو كارليتو، وأوليفييه دوبريز (البنك الدولي)؛ وإيروداياً راجان وديليب راثا (شراكة البنك الدولي للمعرفة العالمية بشأن الهجرة والتنمية)؛ وبيورن جيلساتر وهاريت موغيرا، وكاثرين بيركنز، وشارلوت بيرسون (مركز البيانات المشترك بين البنك

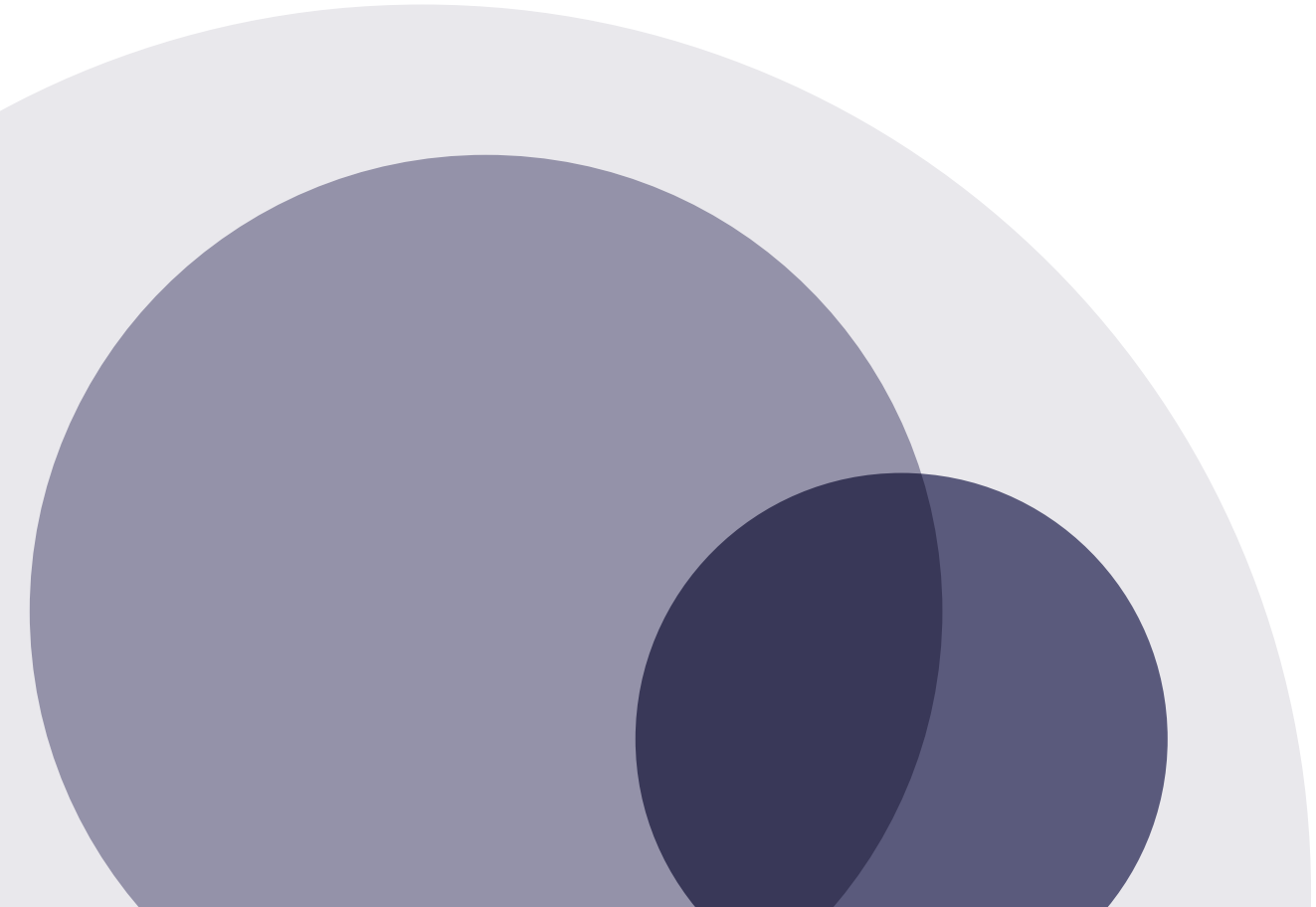
الدولي ومفوضية شؤون اللاجئين بشأن النزوح القسري)؛ ومايكل فلين (المشروع العالمي المعني بالاحتجاز، جنيف، سويسرا)؛ وأمل دي تشيكيرا، وأوتولين سبيرمان، ولورا فان واس (المعهد المعني بانعدام الجنسية والإدماج)؛ وكريستيل كازابات (مركز رصد النزوح، جنيف، سويسرا)؛ وكلارا ب. س. فاست (جامعة ديوك، دورهام، الولايات المتحدة الأمريكية)؛ وليبة أشفق، وبيج شو، وأندريا كورتينوا،و كيتلين ماندرفيل، وريان ي. روان، وأندريا سانشيز مارتينيز (جامعة تورونتو، تورونتو، كندا).

المراجعون الخارجيون

خضع التقرير أيضا لاستعراض شامل أجراه خبراء عالميون بشأن مختلف المجالات المشمولة: شيا روستين (الاستقصاءات الديمغرافية والصحية)؛ وبرناديت نيرمال كومار (الرابطة الأوروبية للصحة العامة/منظمة Lancet Migration)؛ وتوماس هـ. غاسرت (جامعة هارفارد، كامبريدج، الولايات المتحدة الأمريكية)؛ وعفت البرازي، وميشال غريفنا، وسيد محبوب شاه (معهد الصحة العامة، كلية الطب والعلوم الصحية، جامعة الإمارات العربية المتحدة، أبو ظبي، الإمارات العربية المتحدة)؛ وأندرس هيرن (معهد كارولينسكا، سولنا، السويد)؛ وبول بوكوليكي (جامعة ماكاريري، كامبالا، أوغندا)؛ وسيزار إنفانتي زيبيل (المعهد الوطني للصحة العامة، المكسيك)؛ وعثمان دار (المعهد الملكي للشؤون الدولية، لندن، المملكة المتحدة لريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية)؛ وإبراهيم أبو بكر، وريتا عيسى (كلية لندن الجامعية، المملكة المتحدة)؛ وتشارلز أغيمانغ (جامعة أمستردام، أمستردام، هولندا)؛ وفرانسيسكو كاستيلي وبياتريس فورمنتي (جامعة بريشيا، بريشيا، إيطاليا)؛ وستيفاني آن ستراثدي (جامعة كاليفورنيا، سان فرانسيسكو، الولايات المتّحدة الأمريكيّة)؛ وإينديكا كاروناثيليك (جامعة كولومبو، سري لانكا)؛ وخايمي ميراندا (جامعة بيروانا كايتانو هيريديا، سان مارتن دي بوريس، بيرو).

التبرعات المالية

تعرب المنظمة عن امتنانها لما تلقته لأغراض إعداد هذا التقرير ونشره من تبرعات مالية من المعهد الوطني الإيطالي المعني بشؤون الصحة والهجرة والفقر، ووزارة الصحة الاتحادية الألمانية، ووزارة الصحة الإيطالية، الاتحاد الروسي، والمديرية العامة للشراكات الدولية التابعة للمفوضية الأوروبية من خلال برنامج شراكة تعزيز النظم الصحية من أجل التغطية الصحية الشاملة.



١. مقدمة

تحشد منظمة الصحة العالمية (المنظمة) في التقرير العالمي عن صحة اللاجئين والمهاجرين البيّنات الرئيسية المتعلقة بالتحديات الصحية المتعددة التي يواجهها اللاجئون والمهاجرون أثناء رحلات الهجرة وتكشف عن وجود فجوات لا يُستهان بها في البيانات والمعارف العالمية. ويعرض التقرير أيضاً معلومات عن الممارسات الجيدة ودراسات حالات متصلة بأعمال الاستجابة التي تضطلع بها الحكومات والجهات صاحبة المصلحة العالمية الأخرى، بما يشمل اللاجئين والمهاجرين، وأعمال الاستجابة الجماعية المحتملة. وتستهدف هذه الأعمال ضمان اعتماد بحوث وسياسات وإجراءات متعددة القطاعات ومتسمة بالفعالية لتحسين صحة اللاجئين والمهاجرين. وإضافةً إلى عرض البيانات والبيّنات العالمية الحالية المرتبطة بالصحة والهجرة يقدم التقرير أيضاً عرضاً موجزاً للفرص والتحديات الحالية والمقبلة.

وتضم قاعدة البيّنات التي يستند إليها التقرير أكثر من ٠٠٠ ٨٢ وثيقة مستمدة من منشورات علمية ومنشورات غير رسمية صادرة باللغات الرئيسية، بما في ذلك جميع اللغات الرسمية المعتمدة في المنظمة، وتنطوي على استكشاف جميع المسوح الأسرية الوجيهة والمتوافرة إلى جانب تحليلات الخبراء العالميين والإقليميين واستعراضاتهم. ويقتصر نطاق هذا التقرير على اللاجئين والمهاجرين الدوليين (المشار إليهم بتعبيري اللاجئين

لاجئة أوغندية ومدربة يوغا متمرسة، أثناء تدريسها للاجئين وكينيين في مخيم كاكوما للاجئين طرقا بديلة للحفاظ على سلامتهم البدنية والنفسية.
© UNHCR / Samuel Otieno

والمهاجرين). أما المسائل المتعلقة بصحة المهاجرين الداخليين والمشردين داخلياً (أي الأشخاص المتنقلين أو المشردين داخل البلدان) فستؤخذ في الاعتبار في التقارير القادمة.

وتعرض هذه الوثيقة الموجزة الاستنتاجات الرئيسية المستخلصة من التقرير الكامل. ويُرجى الرجوع إلى التقرير الكامل للحصول على تحليل مفصّل للبيّنات.

١,١ التعاريف المستخدمة في هذا التقرير

تجري المناقشات بشأن طريقة تعريف المهاجرين بين العاملين المهنيين والأكاديميين وممثلي المنظمات الدولية المعنية بمسائل الصحة والهجرة وبين الخبراء في اللجنة الإحصائية للأمم المتحدة وتشمل أخذ مدة الإقامة وسبب التشرد والهجرة في الاعتبار. ويرد أدناه وصف التعابير والتعاريف الأكثر استخداماً في هذا التقرير.

المهاجر: شخص يتنقل من مكان إلى آخر عبر الحدود الدولية أو داخلها.

المهاجر الدولي: أي شخص يغيّر بلد إقامته المعتادة. والمهاجرون موضع البحث في هذا التقرير هم مهاجرون دوليون ما لم يحدَّد خلاف ذلك.

اللاجئ: أي شخص يوجد خارج بلد منشئه ويحتاج إلى الحماية الدولية لأنه يخشى التعرض للاضطهاد أو تعرض حياته أو سلامته البدنية أو حريته لتهديد خطير في بلد منشئه بسبب الاضطهاد أو النزاع المسلح أو العنف أو وجود اضطرابات عامة خطيرة.

ملتمس اللجوء: فرد يلتمس الحماية الدولية. ولن يُعترف في نهاية المطاف بأن كل ملتمس للجوء يتمتع بوضع اللاجئ ولكن كل شخص معترف بوضعه كلاجئ يُعتبر في البداية ملتمساً للجوء.

العامل المهاجر الدولي: مهاجر دولي يعمل في الوقت الحالي أو يكون عاطلاً عن العمل ويبحث عن فرصة للعمل في بلد إقامته الحالي، حسب تعريف منظمة العمل الدولية.

المهاجر في وضع غير نظامي (المهاجر غير النظامي والمهاجر غير الحامل للوثائق اللازمة أيضاً): شخص يعبر أو عبر حدوداً دولية ولا يصرَّح له بدخول تلك الدولة أو الإقامة فيها عملاً بأحكام قانون الدولة والاتفاقات الدولية التي تكون تلك الدولة طرفاً فيها.

وللاطلاع على مزيد من التعاريف الكاملة المتعلقة باللاجئين والمهاجرين، انظر مسرد المصطلحات الرئيسي لمفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين ومسرد المنظمة الدولية للهجرة بشأن الهجرة (١ و٢).

٢. الهجرة: مسألة حاسمة في مجال الصحة العالمية

ارتفع عدد المهاجرين الدوليين والأفراد المشردين قسراً ليبلغ مستويات قياسية خلال العقد الماضي وما زال يرتفع. وتُعتبر ظاهرتا التشرد والهجرة من المحددات الرئيسية لصحة اللاجئين والمهاجرين وتؤثران أيضاً في سكان البلدان الواقعة على طول مسار الهجرة.

يعبر الناس الحدود لعدة أسباب من الفرار من الكوارث الطبيعية والنزاعات وظواهر تغيّر المناخ إلى البحث عن آفاق اقتصادية وتجارب ثقافية وفرص للتعليم. ويمكن التنبؤ بهذه التحركات إلى حد بعيد لكن العالم قد يباغَت أيضاً كما يتضح من تأثير جائحة مرض فيروس كورونا (كوفيد-١٩).

ويجلب اللاجئون والمهاجرون فوائد كثيرة للأماكن التي ينزحون إليها (٣). ومع ذلك، تكون

في بلدية أروكويتا الكولومبية، أنشأت السلطات المحلية مع الشركاء في مجال الإغاثة الإنسانية ملاجئ وقدمت المساعدة للأشخاص القادمين مؤخرا من فنزويلا.
© WHO / PAHO / Karen Gonzalez

لديهم أيضاً احتياجات صحية على غرار باقي سكان بلد الهجرة. وإذا أُغفلت هذه الاحتياجات، فيمكن أن يتكبد اللاجئون والمهاجرون والبلدان التي تستضيفهم تكاليف تفوق قيمة التكاليف التي تنجم عن إدراج هذه الفئات السكانية في السياسات والبرامج الوطنية منذ البداية (٤). وفضلاً عن التأثير في صحة اللاجئين والمهاجرين أنفسهم، قد تؤثر ظاهرتا التشرد والهجرة أيضاً في سكان البلدان الواقعة على طول مسار الهجرة. وعليه، من الأساسي رعاية اللاجئين والمهاجرين ليتمتع الجميع بالصحة. وعلاوة على ذلك، يمكن استخلاص قليل من الأفكار العامة لأن أنماط الهجرة تختلف اختلافاً شديداً حسب المسارات والطرق المتبعة للسفر وأسباب التشرد والهجرة والخصائص الديمغرافية التي تؤثر بأجمعها في الصحة.

وتتيح الاتجاهات الرئيسية التالية المتصلة بالهجرة والصحة العالمية إطاراً مفيداً لاستنتاجات هذا التقرير الرئيسية.

٢,١ ازدياد حالات التشرد والهجرة يقتضي جهوداً لتلبية الاحتياجات الصحية للاجئين والمهاجرين

كاد عدد المهاجرين في العالم يتضاعف خلال العقد الماضي إذ بلغ مجموع الأشخاص المتنقلين في العالم ٢٨١ مليون شخص في عام ٢٠٢٠ (٥).[١] وتسمح عوامل مثل النمو الاقتصادي والتغيرات الديمغرافية بالتنبؤ ببعض التدفقات غير أن التاريخ الحديث أثبت أن الطوارئ الصحية مثل جائحة كوفيد-١٩ والنزاعات يمكن أن تظهر فجأة. ومن الضروري أن تكون نظم الحماية الصحية والاجتماعية متأهبة لمواجهة الاضطرابات المفاجئة. وللأسف، تزيد حالات التشرد أيضاً غير أنه من الممكن ومن الضروري الحد منها عن طريق اتخاذ قرارات رشيدة على المستوى الحكومي.

وتكون لزيادة التحركات السكانية آثار عميقة على النظم الصحية في جميع البلدان المتأثرة بالتشرد والهجرة بالنسبة إلى السكان المهاجرين والسكان المضيفين على حد سواء (الشكل ١). وتعد تلبية الاحتياجات الصحية للسكان المتنقلين أيضاً جزءاً لا يتجزأ من مبادئ الصحة العامة وتتماشى مع حق جميع الأشخاص الذين يعيشون داخل حدود بلد في الصحة.

٢,٢ النزاعات والكوارث ترهق النظم الصحية

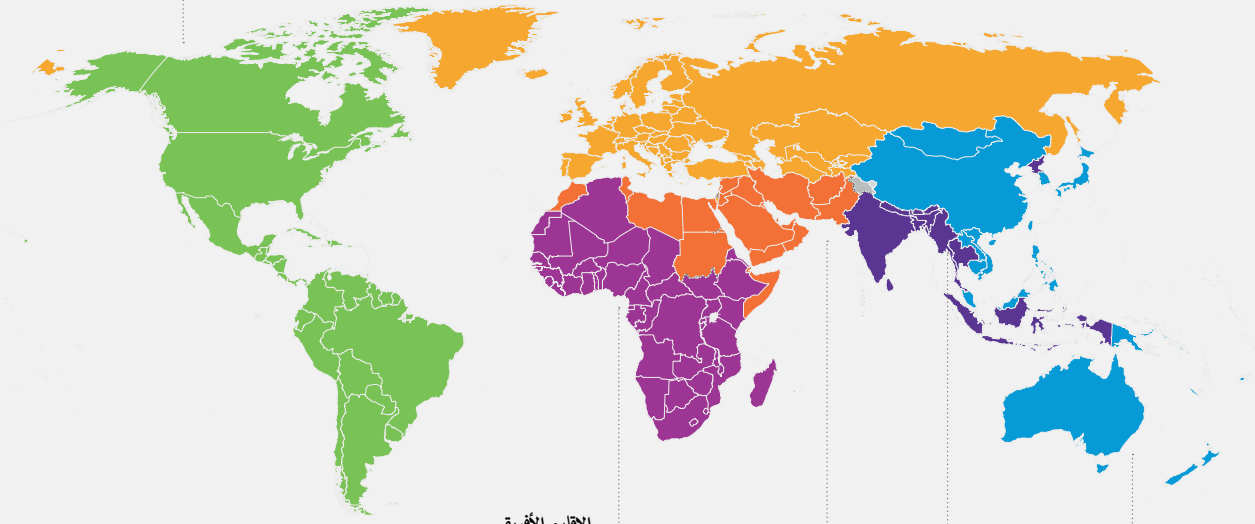
ترهَق الخدمات الصحية في جميع أقاليم المنظمة بسبب تأثير النزاعات الجديدة والمتجددة والكوارث الأخرى. وإضافة إلى الوفيات والإصابات في صفوف السكان المدنيين والمقاتلين، ازدادت مخاطر الإصابة بالأمراض السارية واعتلالات الصحة النفسية واستُهدفت المرافق الصحية أو تضررت تضرراً شديداً نتيجة انقطاع التيار الكهربائي والإمدادات. وعلى مستوى أدنى، يوقظ الجوع الناجم عن انقطاع الإمدادات الغذائية شبح المجاعة وسوء التغذية. كما يبطئ الجوع التقدم المحرز من أجل تحقيق أهداف التنمية المستدامة ويعكسه في بعض الحالات.

ويمثل اللاجئون وملتمسو اللجوء حوالي ١٢٪ من المهاجرين في العالم ويُلقى هذا العبء بشكل غير متناسب على كاهل البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط التي تستضيف ٨٦٪ من اللاجئين في العالم (٦).

وسيؤثر عدد من الاتجاهات والظواهر الأخرى في العقود المقبلة من التوسع الحضري إلى تنامي مستويات تهريب الأشخاص في الهجرة والاحتياجات الصحية للأشخاص المتنقلين. وتشير دراسات أجريت مؤخراً إلى احتمال أن يكون تأثير تغيّر المناخ الناجم عن الأنشطة البشرية محسوساً في ٨٠٪ من مساحة الأرض العالمية التي تستضيف ٨٥٪ من سكان العالم (٧). ويمكن أن يكون تغيّر المناخ محركاً مباشراً للهجرة (عندما تسبب كارثة طبيعية الإصابات مثلاً) أو محركاً غير مباشر (عندما تؤثر التغيرات البيئية

١ أفادت مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين في أيار/مايو ٢٠٢٢ بعد الانتهاء من تحرير هذا التقرير بأن عدد الأشخاص الذين اضطروا إلى الفرار من النزاع والعنف وانتهاك حقوق الإنسان والاضطهاد تجاوز ١٠٠ مليون شخص مسجل لأول مرة. وقد ارتفع عدد المشردين قسراً في العالم ليبلغ ٩٠ مليون شخص بحلول نهاية عام ٢٠٢١ مدفوعاً بموجات جديدة من العنف أو النزاعات الطويلة الأمد في البلدان. وسُجّل أكثر من ٦ ملايين لاجئ من أوكرانيا حتى أيار/مايو ٢٠٢٢.

الشكل ١: المهاجرون الدوليون واللاجئون وملتمسو اللجوء (النسبة المئوية من مجموع السكان)، حسب إقليم المنظمة في منتصف عام mid-٢٠٢٠–٢٠٢٠



إقليم الأمريكتين

المهاجرون الدوليون: ٦,٧٪ (٧٤٤ ٦٤٢ ٧٢ شخصاً)
الذكور: ٣,٣٪ (١٨١ ٣٩٥ ٣٥ شخصاً)
الإناث: ٣,٤٪ (٥٦٣ ٢٤٧ ٣٧ شخصاً)
اللاجئون وملتمسو اللجوء: ١٨,٤٪ (٢٥٦ ١٥٢ ٦ شخصاً)
متوسط عمر مجموع المهاجرين الدوليين: ٣٤,١ سنة

الإقليم الأوروبي

المهاجرون الدوليون: ١٣,٥٪ (٨٣٣ ٨١٦ ١٠٠ شخصاً)
الذكور: ٦,٦٪ (٥٧٨ ٩١١ ٤٨ شخصاً)
الإناث: ٦,٩٪ (٢٥٥ ٩٠٥ ٥١ شخصاً)
اللاجئون وملتمسو اللجوء: ٥٪ (٥٤٨ ٨٧٣ ٧ شخصاً)
متوسط عمر مجموع المهاجرين الدوليين: ٤٤,١ سنة

الإقليم الأفريقي

المهاجرون الدوليون: ٣,٥٪ (٨٤٢ ٠٤٩ ٢٢ شخصاً)
الذكور: ٤٪ (٢٤٦ ٥٦٩ ١١ شخصاً)
الإناث: ٣٪ (٥٩٦ ٤٨٠ ١٠ شخصاً)
اللاجئون وملتمسو اللجوء: ٢١٪ (٥٤٢ ٩٢٧ ٥ شخصاً)
متوسط عمر مجموع المهاجرين الدوليين: ٣١,٩ سنة

إقليم شرق المتوسط

المهاجرون الدوليون: ٢٢,٨٪ (٨٦٣ ٩١٦ ٤٦ شخصاً)
الذكور: ١٦٪ (٣٢٧ ٨٤٠ ٣٠ شخصاً)
الإناث: ٦,٨٪ (٥٣٦ ٠٧٦ ١٦ شخصاً)
اللاجئون وملتمسو اللجوء: ٣٦,٣٪ (٣٥٤ ٥٩٣ ٩ شخصاً)
متوسط عمر مجموع المهاجرين الدوليين: ٣١,٩ سنة

إقليم جنوب شرق آسيا

المهاجرون الدوليون: ٢,٧٪ (٠١٦ ٧٦٨ ١١ شخصاً)
الذكور: ٢٪ (٠٠٠ ٧٤٣ ٥ شخص)
الإناث: ٠,٧٪ (٠١٦ ٠٢٥ ٦ شخصاً)
اللاجئون وملتمسو اللجوء: ٩,٨٪ (٢٦٩ ١٩٥٢ ١ شخصاً)
متوسط عمر مجموع المهاجرين الدوليين: ٣٤,٧ سنة

إقليم غرب المحيط الهادئ

المهاجرون الدوليون: ١٥,٧٪ (١٧٩ ٦١٨ ٢٤ شخصاً)
الذكور: ٧,٨٪ (٥٦٩ ٣٤٧ ١٢ شخصاً)
الإناث: ٨٪ (٦١٠ ٢٧٠ ١٢ أشخاص)
اللاجئون وملتمسو اللجوء: ٩,٦٪ (٨٤٩ ٧١٢ شخصاً)
متوسط عمر مجموع المهاجرين الدوليين: ٣٤,٩ سنة

المصدر: إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية (٥)

في الأمراض المحمولة بالنواقل على سبيل المثال). ويحتمل أن يكون أيضاً عاملاً مضاعفاً للمخاطر بالتفاعل مع العوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية ومفاقمة آثارها أي يمكن على سبيل المثال أن يؤدي شح الموارد إلى تكثيف النزاعات والحد من الفرص الاقتصادية وإرهاق البنى التحتية العامة.

يمكن للاجئين والمهاجرين أن يصبحوا أعضاء منتجين بالكامل في البلدان التي يختارون العيش فيها رهناً بوجود سياسات وممارسات تعزز صحتهم.

٢,٣ الاحتياجات الصحية لا تبدأ ولا تنتهي عند حدود البلدان على عكس الخدمات الصحية والحماية الاجتماعية: يجب إدماج اللاجئين والمهاجرين في خدمات الصحة العامة

يتمتع العديد من اللاجئين والمهاجرين بصحة جيدة نسبياً غير أنهم يتألفون أيضاً من أطفال ومسنين وأشخاص ذوي إعاقة وأشخاص تعرضت صحتهم للخطر بسبب رحلة الهجرة أو ظروفهم في بلد منشئهم. وقد يصاب بعضهم الآخر بأمراض في البلد الذي يستضيفهم أو ينجبون أطفالاً أو يتعرضون لإصابات في العمل. وتعبر هذه الاحتياجات الصحية الحدود لكن عدة بلدان تقيد التغطية الصحية حسب وضع الهجرة وقد تكون خدمات التأمين الصحي والخدمات الصحية بالتالي محدودة وتكاليف الخدمات غير الطارئة التي يدفعها الأفراد من جيوبهم باهظة.

ويمكن للاجئين والمهاجرين أن يصبحوا أعضاء منتجين بالكامل في البلدان التي يختارون العيش فيها رهناً بوجود سياسات وممارسات تعزز صحتهم.. وعلى سبيل المثال، ارتفعت نسبة الأطباء المهاجرين المستعان بهم في إطار النظم الصحية في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي خلال العقدين الماضيين إذ يأتي الأطباء المولودون في الخارج بنسبة ٣٠٪ من بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط وبنسبة متراوحة بين ٣ و٤٪ من البلدان المنخفضة الدخل (٨). ومع ذلك، فإن السياسات التي تفصل الأسر أو تحد من فرص الحصول على الخدمات الطبية أو الاجتماعية أو تتغاضى عن أفعال العنف أو التمييز أو الاتجار غير المشروع أو تشجعها تسفر عن حصائل صحية سيئة. ويتسق إدماج اللاجئين والمهاجرين في الخدمات الصحية مع أهداف التنمية المستدامة والمعايير العالمية لحقوق الإنسان ومبدأ عدم ترك أحد خلف الركب.

٢,٤ الإستجابات الشاملة للحكومة بأكملها والمشتركة بين القطاعات ضرورية

الصحة والتشرد والهجرة مسائل ترتبط ارتباطاً كلياً بالصحة العالمية والتنمية العالمية وحوكمة الهجرة. وقد أدمجت برامج العمل العالمية هذه تلبية احتياجات اللاجئين والمهاجرين كمجالات استراتيجية تكتسي أهمية أساسية لتحقيق أهداف السياسات على المستوى الدولي. وأُعدت أطر واتفاقات وقرارات عديدة خلال العقد الماضي شملت اتفاقين عالميين أحدهما بشأن المهاجرين (٩) والآخر بشأن اللاجئين (١٠) وقرارات متعددة لجمعية الصحة العالمية (٢٠٠٨ و٢٠١٧ و٢٠١٨) (من ١١ إلى ١٣) ومشاورتين عالميتين بشأن الهجرة والصحة (٢٠١٠ و٢٠١٧) (١٤ و١٥) وخطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ (١٦). وأرست هذه الوثائق معاً الأساس للارتقاء بالسياسات والنهوض بالعمل المتعدد القطاعات بهدف إشراك اللاجئين والمهاجرين في رسم السياسات وتنفيذها وإدماج احتياجاتهم الخاصة وضمان استمرار تقديم الرعاية في سياق التغطية الصحية الشاملة خلال مختلف مراحل دورة التشرد والهجرة وحمايتهم من سوء المعاملة والتمييز وتدني ظروف المعيشة والعمل. وعلى نحو مماثل، من الضروري اعتماد نُهج شاملة للحكومة بأكملها وسياسات تشارك فيها جميع القطاعات المعنية التي تعمل بالتنسيق مع إدارات الصحة على المستوى الوطني. ويمكن لمثل هذه السياسات المعتمدة في بلدان المنشأ والعبور والوجهة أن تعزز صحة الأشخاص المتنقلين بطرق مختلفة، مما يضمن السكن اللائق والغذاء والرعاية الطبية والتعليم والمعاملة المنصفة وإتاحة الفرص الاقتصادية. ومع ذلك، سيكون من الضروري توفير موارد لا يُستهان بها لدعم التعاون التقني وتحفيز العمل بين القطاعات وإنشاء منصات للبيّنات من أجل توجيه العمل.

٢,٥ دور منظمة الصحة العالمية

نفذت المنظمة أنشطتها منذ عام ٢٠١٩ في إطار برنامج عملها العام الثالث عشر للفترة ٢٠١٩–٢٠٢٣ (١٧). ويمنح إطار برنامج العمل العام الأولوية للمبادئ التوجيهية التي تستهدف تعزيز الصحة والحفاظ على سلامة العالم وخدمة الضعفاء. ويشدد الإطار مجدداً على التعهدات الواردة في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ والمتمثلة في عدم ترك أحد خلف الركب، بما يشمل اللاجئين والمهاجرين (١٦). ويركز برنامج العمل العام على غايات المليارات الثلاثة لإحداث آثار قابلة للقياس على صحة الناس على المستوى القطري.

واستناداً إلى إعلان نيويورك من أجل اللاجئين والمهاجرين الذي صدر عن الأمم المتحدة في عام ٢٠١٦ (١٨) واعترف بالالتزامات الوطنية المحددة التي اعتمدتها الدول الأعضاء والأولويات والمبادئ التوجيهية اللازمة لتعزيز صحة اللاجئين والمهاجرين، اعتمدت الدول الأعضاء في المنظمة خطة العمل العالمية بشأن تعزيز صحة اللاجئين والمهاجرين، ٢٠١٩–٢٠٢٣، خلال جمعية الصحة العالمية الثانية والسبعين في عام ٢٠١٩ (١٩).

٣. ما وراء قطاع الصحة: محددات صحة اللاجئين والمهاجرين

رغم الأهمية الحيوية لمعالجة الحصائل الصحية، فإن من الحاسم أيضاً معالجة المحددات الكامنة خلف اعتلال الصحة. وحقيقة أن العديد من المحددات لا تندرج ضمن نطاق التأثير المباشر لقطاع الصحة يوحي بضرورة اتباع مسار عمل عملي: يجب أن تتولى وزارات الصحة زمام القيادة في اعتماد نُهج شاملة للحكومة بأكملها والمجتمع بأسره من أجل ضمان صحة اللاجئين والمهاجرين.

لا يمكن فهم الحصائل الصحية ناهيك عن تحسينها دون فهم السياقات والظروف والمحددات التمكينية الأساسية التي تحدد معالمها. وستكون معالجة هذه المحددات في الغالب أكثر فعالية وأقل تكلفة من توفير العلاج والخدمات الصحية عندما يُصاب الأشخاص بالأمراض.

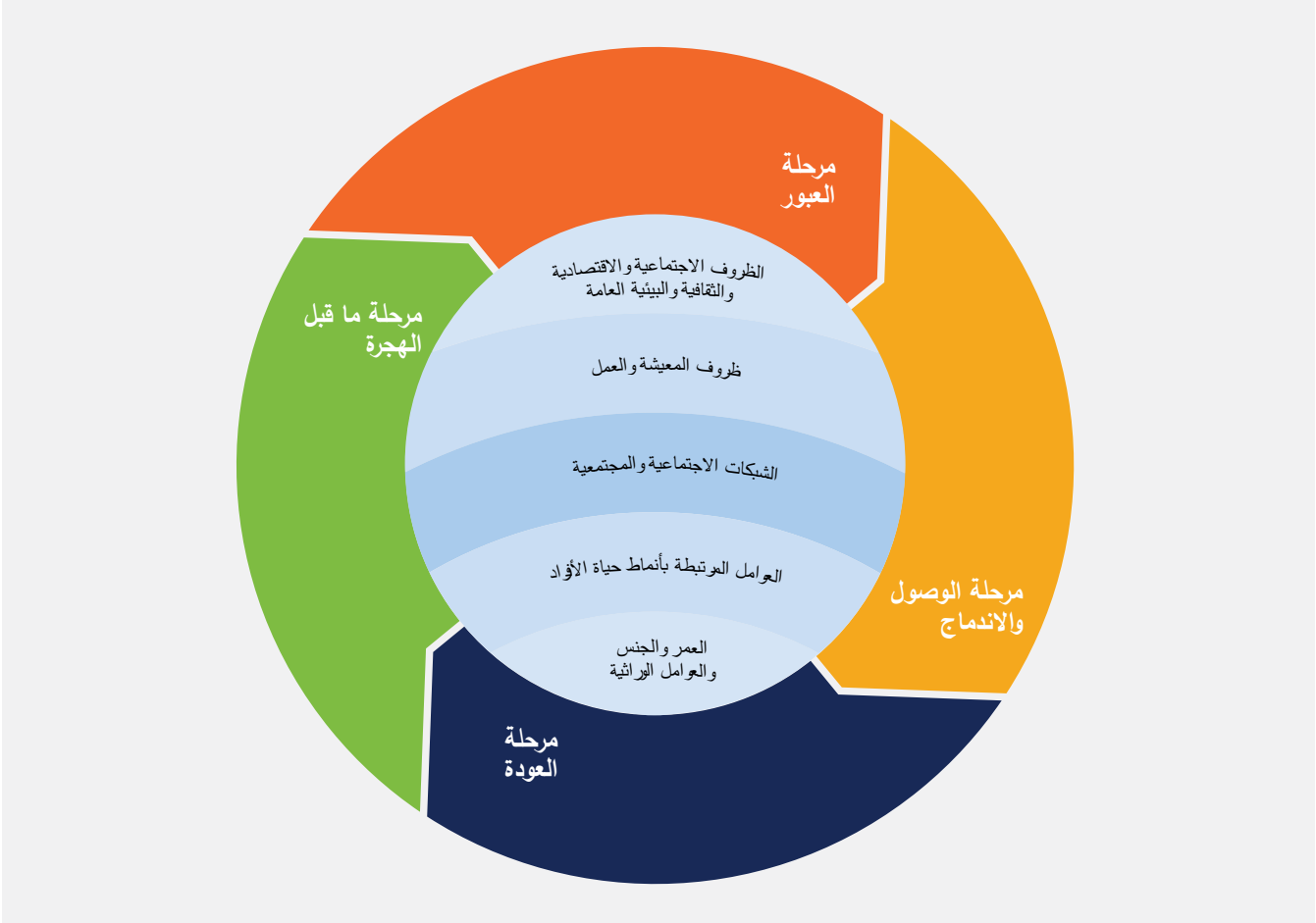
أسرة من هندوراس أثناء سيرها على طريق في غواتيمالا ضمن "قافلة المهاجرين". © UNICEF / Daniele Volpe

ويتأثر اللاجئون والمهاجرون بمحددات الصحة نفسها التي يتأثر بها باقي البشرية على أن وضعهم كمهاجرين يمكن أن يزيد الأمور تعقيداً إذا اقترنت بمحددات أخرى، مما يجعلهم يتعرضون للخطر بوجه خاص ويؤثر في صحتهم (الشكل ٢). وتصنف المنظمة هذه المحددات على أنها تتصل بما يلي على الرغم من مرونة الفئات وتداخلها:

- خصائص الأفراد وسلوكياتهم: الوراثة ونوع الجنس والسلوك الشخصي والعمر؛
- البيئات الاجتماعية والاقتصادية: التعليم والتثقيف الصحي والدخل والوضع الاجتماعي وظروف التوظيف والعمل وشبكات الدعم الاجتماعي والثقافة والخدمات الصحية؛
- البيئة المادية: المياه المأمونة والهواء النقي؛ وأماكن العمل الصحية؛ والمساكن والمجتمعات والطرق الآمنة؛ والغذاء والتغذية.

وتُعتبر تجربة التشرد والهجرة في حد ذاتها من محددات الصحة ويساعد فحص مختلف مراحل التشرد والهجرة على توضيح تأثيرها.

الشكل ٢: محددات الصحة ومراحل الهجرة



المصدر: منقول بإذن دار النشر عن Dahlgren & Whitehead (٢٠).

٣,١ خصائص الأفراد وسلوكياتهم

تحدد الأدوار والقواعد والسلوكيات المرتبطة بالعمر ونوع الجنس معالم العديد من التحديات التي يواجهها اللاجئون والمهاجرون في جميع الأعمار. وتتراوح المخاطر التي تهدد التمتع بالصحة الجيدة بين العنف البدني والجنسي والعاطفي في الأسرة والتمييز وسوء المعاملة في قطاعات عمل معينة. وتؤثر هذه العوامل في فرص الحصول على الخدمات الصحية وطرق تلبية هذه الخدمات للاحتياجات الخاصة للاجئين والمهاجرين في جميع مراحل العمر، بما في ذلك في سن متقدمة. وعلى سبيل المثال، تكون النساء والفتيات أكثر تعرضاً لهذه المخاطر خلال مختلف مراحل الهجرة. وللمرأة احتياجات محددة تتطلب خدمات إضافية مثل الخدمات في الفترة المحيطة بالولادة وخدمات النظافة الصحية والأمن البدني. ولا تنفي هذه الشواغل هشاشة وضع الرجال والفتيان إلا أن البيّنات المتعلقة بهشاشة وضعهم محدودة ويُعزى ذلك في الغالب إلى الوصم الذي يحول دون التبليغ عن العنف الجنسي بشكل منهجي وإلى عدم توفير الدعم والخدمات بالقدر الكافي للرجال والفتيان.

والشيخوخة عامل تتزايد أهميته في مجال الصحة العالمية إذ تشير البيّنات إلى تعرض اللاجئين والمهاجرين المسنين لمخاطر صحية أكبر بسبب مجموعة متنوعة من المحددات. وعلى سبيل المثال، من المتوقع أن ترتفع نسبة الأشخاص البالغة أعمارهم ٥٠ سنة وأكثر في البلدان الهشة التي يزيد فيها احتمال نشوب النزاعات وحدوث الكوارث من ١٢,٣٪ (٢١٩,٩ مليون شخص) في عام ٢٠٢٠ إلى ١٩,٢٪ (٥٨٦,٣ مليون شخص) في عام ٢٠٥٠ (٢١).

٣,١,١ الأطفال غير المصحوبين أو المنفصلون عن ذويهم

يتعين تسليط الأضواء على إحدى الفئات العمرية ألا وهي فئة الأطفال غير المصحوبين أو المنفصلين عن ذويهم المعرضين بوجه خاص لخطر العنف البدني والجنسي والمعاناة من مشاكل الصحة النفسية. فقد ينضم هؤلاء الأطفال، وخصوصاً الفتيات، أثناء العبور إلى أسر أو مجموعات لا تربطهم بها أي قرابة للحصول على الحماية غير أن هذه الأسر أو المجموعات التي لا تربطهم بها أي قرابة قد تكون لها صلة بأعمال الاستغلال والعنف. والعوامل المساهمة في ارتفاع خطر المعاناة من مشاكل الصحة النفسية تشمل خضوع الطفل للفصل القسري عن أسرته ووفاة أحد أفراد الأسرة المقربين وانعدام الدعم الاجتماعي. وتشير البيّنات المحصّلة من هولندا إلى أن نوع مرفق الرعاية الذي يقيم فيه الأطفال غير المصحوبين أو المنفصلون عن ذويهم يؤثر في صحتهم النفسية. فقد كان الأطفال غير المصحوبين أو المنفصلون عن ذويهم المقيمون في مراكز استقبال كبيرة يوجدون في البيئة الأسوأ جودة ويعانون أيضاً من أكبر عدد من مشاكل الصحة النفسية مقارنة بالأطفال المقيمين في أماكن أخرى مثل الوحدات المعيشية الصغيرة أو الأسر الحاضنة.

٣,٢ البيئات الاجتماعية والاقتصادية

تؤثر المحددات الاجتماعية والاقتصادية تأثيراً غير متناسب في السكان الأشد ضعفاً. وتفسر هذه المحددات (بدلاً من الأمراض أو الاعتلالات الطبية نفسها) معظم الحصائل الصحية السيئة التي يعاني منها اللاجئون والمهاجرون. وعلى سبيل المثال، غالباً ما يعاني اللاجئون والمهاجرون ذوو مستويات التعليم الأدنى من حصائل صحية بدنية أو نفسية أسوأ مقارنة باللاجئين والمهاجرين ذوي مستويات التعليم الأعلى. ويؤدي التشرد والهجرة في كثير من الأحيان إلى وقف التعليم الذي قد يصعب الوصول إليه أو تعرقله الأعراف الثقافية التي تشجع الآباء على عدم إرسال الأطفال، ولا سيما الفتيات، إلى المدرسة. ومن مصلحة بلدان العبور والبلدان المضيفة إزالة هذه العقبات لأن خدمات التعليم والمدارس تلبي أيضاً عدداً من الاحتياجات الصحية والاجتماعية الأخرى باعتبارها مثلاً مواقع لتوفير برامج التمنيع وتدخلات التغذية المجتمعية.

والدخل هو من المحددات الرئيسية الأخرى. وقد يفاقم انعدام الأمن الاقتصادي وضع الصحة البدنية والنفسية للاجئين والمهاجرين إضافة إلى كونه عقبة تحول دون الحصول على الخدمات الصحية.

وعلى سبيل المثال، سلطت البيّنات المحصّلة من مخيمات اللاجئين في مختلف أنحاء العالم الأضواء على وجود ترابط بين المستوى الأدنى للدخل والمعدلات الأعلى لانتشار الأمراض المزمنة. ويمكن أن يؤثر الأمن الاقتصادي تأثيراً إيجابياً في

الصحة. فقد تحسنت صحة اللاجئين النفسية تحسناً ملحوظاً نتيجة للوصول إلى سوق العمل وإدرار الدخل مثلاً.

٣,٣ البيئة المادية

غالباً ما تؤثر ظروف المعيشة والعمل في صحة اللاجئين والمهاجرين. وعلى سبيل المثال، تبيّن أن اكتظاظ الأماكن وعدم تهويتها الكافية يساهمان في انتشار الأمراض السارية حيثما يقضي العمال المهاجرون قسطاً كبيراً من الوقت في أماكن العمل أو المهاجع. ويمكن أن تختلف إتاحة المساكن المأمونة والآمنة اختلافاً شديداً حسب وضع الهجرة الذي قد يحدد أيضاً مدى إدماج اللاجئين والمهاجرين في السياسات والبرامج الوطنية أو أهليتهم للحصول على الدعم من المنظمات الدولية.

وقد تكون مسائل أساسية مثل الوصول إلى مياه الشرب المأمونة في عداد التحديات المطروحة. ويمكن أن يمثل انعدام الأمن الغذائي أيضاً مشكلة كبرى، وخصوصاً في صفوف المهاجرين العمال الذين قد يعتمدون استراتيجيات ضارة للتكيف كتغيير عاداتهم الغذائية أو عدم تناول وجبات الطعام لإرسال المال إلى أهلهم في الوطن.

وإذ ينتشر اللجوء إلى احتجاز المهاجرين في جميع أنحاء العالم، تتوافر بيّنات كثيرة على حدوث وفيات وحالات انتحار وإيذاء للنفس في هذه السياقات تعزى في الغالب إلى عوامل مثل الظروف غير الصحية وخدمات الرعاية الصحية المحدودة وإلى عدم اليقين بشأن المستقبل. ويحتجز نحو ٨٠ بلداً أطفالاً مهاجرين وقد يصل العدد السنوي للأطفال المحتجزين إلى ٣٣٠ ٠٠٠ طفل على الرغم من أن هذا الاحتجاز محظور بموجب القانون الدولي (٢٢).

٤. الموت والخطر والوضع الصحي السيء

إضافة إلى الأساليب الروتينية في التعامل مع الأمراض، هناك حاجة أيضاً لتناولها من منظور التشرد والهجرة، على نحو يراعي دورة التشرد والهجرة كاملةً ابتداءً من نقطة المنشأ إلى العبور فالوصول والعودة، ويجب وضع حلول مكيفة مع احتياجات مختلف الفئات المستهدفة.

يعاني اللاجئون وبعض فئات المهاجرين مثل العمال المهاجرين الدوليين ذوي المهارات المتدنية في جميع أرجاء العالم من حصائل صحية أسوأ مقارنة بسكان البلدان المضيفة إن لم تفض ظروف معيشتهم وعملهم إلى التمتع بالصحة الجيدة. ويمكن الوقاية من الأمراض أو علاجها كي لا تشكّل عبأ على اللاجئين والمهاجرين أو السكان المضيفين

عاملة مهاجرة من ميانمار تبلغ من العمر ٤٥ عاما، أثناء تلقيها التطعيم ضد كوفيد-١٩ في ماي سوت، تايلند، في تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٢١. وقد هدفت حملة التطعيم، التي جاءت بعد مسح أجرته وزارة الصحة العامة، إلى توفير الحماية من كوفيد-١٩ للعمال المهاجرين العائدين إلى تايلند بعد إعادة فتح حدود البلد.
© WHO / Anat Duangjan

في حال التصدي لها في الوقت المناسب، بما في ذلك من خلال بذل الجهود الرامية إلى تعزيز الصحة، مما يجعل اللاجئين والمهاجرين يساهمون مساهمة نشطة في بلدان منشئهم ووجهتهم بسهولة أكبر.

٤,١ الموت والاختفاء

لقي أكثر من ٢٩٦ ٤٧ شخصاً حتفهم أثناء رحلات الهجرة في العالم بين عامي ٢٠١٤ و٢٠٢١، وفقاً لمشروع المنظمة الدولية للهجرة بشأن المهاجرين المفقودين. واختفى ٤٧٢ ٢٠ شخصاً منهم أثناء عبور البحار. ويكون سبب الوفاة أو الاختفاء في حوالي ٨٠٠٠ حالة وفاة مجهولاً أو مختلطاً (٢٣). وهذه البيانات المستمدة من طائفة واسعة من المصادر (مثل حرس السواحل والأطباء الشرعيين وتقارير وسائل الإعلام والمنظمات غير الحكومية ومسوح المهاجرين والمقابلات معهم) تمثل مؤشراً مأساوياً نهائياً للهجرة غير الآمنة. ولا يمكن التعرّف على النحو الواجب على معظم الموتى من المهاجرين، مما يترك أسرهم في حالة عدم يقين دائم بشأن مصيرهم.

٤,٢ جائحة كوفيد-١٩

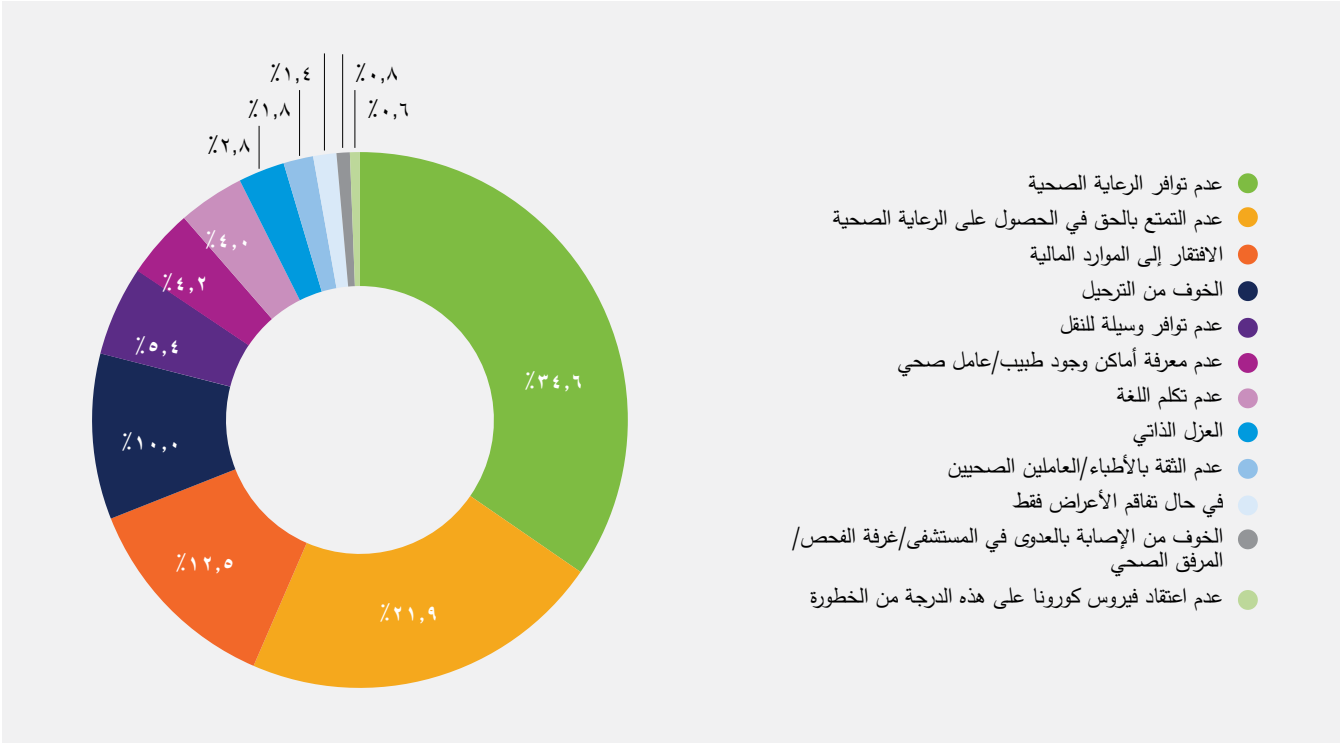
أظهرت جائحة كوفيد-١٩ مرة أخرى عدم إمكانية حماية صحة اللاجئين والمهاجرين والمجتمعات المضيفة لهم وتعزيزها إن لم يُدمج اللاجئون والمهاجرون في الاستراتيجيات الوطنية للصحة العامة مثل استراتيجيات التأهب والاستجابة.

هناك أدلة على أن جائحة كوفيد-١٩ أثرت تأثيراً غير متناسب على اللاجئين والمهاجرين إذ زادت عبء المرض عليهم وخفضت دخلهم وأثرت في رفاههم الاجتماعي وراحتهم النفسية وقللت من حركتهم بسبب القيود المفروضة على السفر. وكان للجائحة تأثير فادح على القطاعات الحرجة التي يعمل فيها اللاجئون والمهاجرون عادة، وكان أشدّهم تأثراً من يعملون أو يعيشون في ظروف الاكتظاظ. وقد صدر عن المنظمة تقرير مؤخراً، أعدّ بالتعاون مع جامعة غنت وجامعة كوبنهاغن وائتلاف "منفصلون معاً" (ApartTogether)، واستند إلى مسح شمل ٣٠ ٠٠٠ لاجئ ومهاجر على الصعيد العالمي، وقدّم بيّنات على أن جائحة كوفيد-١٩ أثرت تأثيراً شديداً في إتاحة فرص العمل لهم وسلامتهم الشخصية ومواردهم المالية ورفاههم الاجتماعي وراحتهم النفسية (٢٤). وبلّغ اللاجئون والمهاجرون الذين يعيشون في الشوارع أو في مساكن غير آمنة أو مراكز اللجوء والمهاجرون غير النظاميين عن أسوأ آثار الجائحة. وكان هناك أيضاً احتمال أقل أن تلتمس هذه الفئات نفسها والفئات المجيبة من اللاجئين والمهاجرين غير الحاصلين على أي تعليم رسمي الرعاية الصحية في حال ظهور أعراض الإصابة بكوفيد-١٩ المشتبه فيها. وتمثّل السببان الرئيسيان لعدم التماس الرعاية الصحية في القيود المالية (بنسبة ٣٥٪) والخوف من الترحيل (بنسبة ٢٢٪).

كما أن هناك بيّنات لا يُستهان بها على أن النساء والفتيات اللاجئات والمهاجرات تأثرن تأثراً شديداً بعدة طرق من حيث صحتهن النفسية وقدرتهن على كسب الرزق. وكان بعض النساء والفتيات أكثر عرضة لزواج الأطفال والاتجار بالبشر بسبب إغلاق المدارس وفقدان الوظائف وزيادة انعدام أمن سبل كسب العيش. ولم يكن أيضاً من المتوقع أن يعود العديد من الفتيات إلى المدارس بعد إعادة فتحها.

وفي الوقت ذاته، هناك أمثلة إيجابية على المرونة التي أبدتها بلدان أدمجت اللاجئين والمهاجرين وشجعتهم على الخضوع لاختبارات الكشف عن كوفيد-١٩ والتطعيم والتماس الرعاية الصحية عند الضرورة بصرف النظر عن وضعهم. وقد كانت هناك أيضاً أمثلة على استخدام الجائحة من جانب القيادة الوطنية لتوسيع نطاق إتاحة الخدمات الصحية للاجئين والمهاجرين ليتجاوز الخدمات المتصلة بكوفيد-١٩ أو تحسين إتاحتها لهم (الشكل ٣).

الشكل ٣: أسباب عدم التماس اللاجئين والمهاجرين للرعاية الطبية في حال ظهور أعراض الإصابة بكوفيد-١٩ المشتبه فيها



المصدر: منظمة الصحة العالمية (٢٤).

٤,٣ الصحة المهنية

يمثل العمال المهاجرون حوالي ثلثي المهاجرين في العالم البالغ عددهم ٢٨١ مليون نسمة (٥). وعلى المستوى العالمي، هناك احتمال أقل أن يستفيد العمال المهاجرون من الخدمات الصحية واحتمال أكثر أن يكونوا قد تعرضوا لإصابة مهنية مقارنة بالعمال من السكان المضيفين. وغالباً ما يعمل العمال المهاجرون فيما يسمى وظائف ثلاثية الأوصاف أي وظائف كريهة وخطيرة وشاقة وفي قطاعات عالية الخطورة تكون أجورها منخفضة وظروفها سيئة وتتعرض فيها صحتهم البدنية والنفسية للمخاطر، بما في ذلك سوء المعاملة. وهناك احتمال أقل أن يستفيدوا من خدمات الرعاية الصحية لمجموعة مختلفة من الأسباب. ويعمل العمال المهاجرون الذكور عادة في قطاعات يكون فيها خطر التعرض لإصابة بدنية عالياً وتسجَّل في صفوفهم نتيجة لذلك معدلات أعلى للتعرض للإصابات في مكان العمل. وفي بعض السياقات المرتفعة الدخل بلغ معدل انتشار التعرض لإصابة مهنية واحدة على الأقل ٤٧٪ لدى المهاجرين من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط (٢٥).

٤,٤ الصحة الجنسية والإنجابية

كثيراً ما يتلقى اللاجئون والمهاجرون خدمات أقل جودة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية مقارنة بسكان البلدان المضيفة. وحسب المنطقة والظروف (العيش في مخيمات والهجرة غير النظامية مثلاً)، قد يتعرضون لمستويات مرتفعة من العنف الجنسي ولا يتوفر لهم ما يكفي من الوعي بوسائل منع الحمل واستخدامها، ولا تُلبّى احتياجاتهم في مجال تنظيم الأسرة. وقد تسهم عوامل اجتماعية وثقافية مثل العقبات اللغوية والوضع القانوني والتثقيف الصحي في تقويض الصحة الجنسية والإنجابية، إلى جانب تفضيل الأساليب التقليدية لمنع الحمل في بعض المناطق.

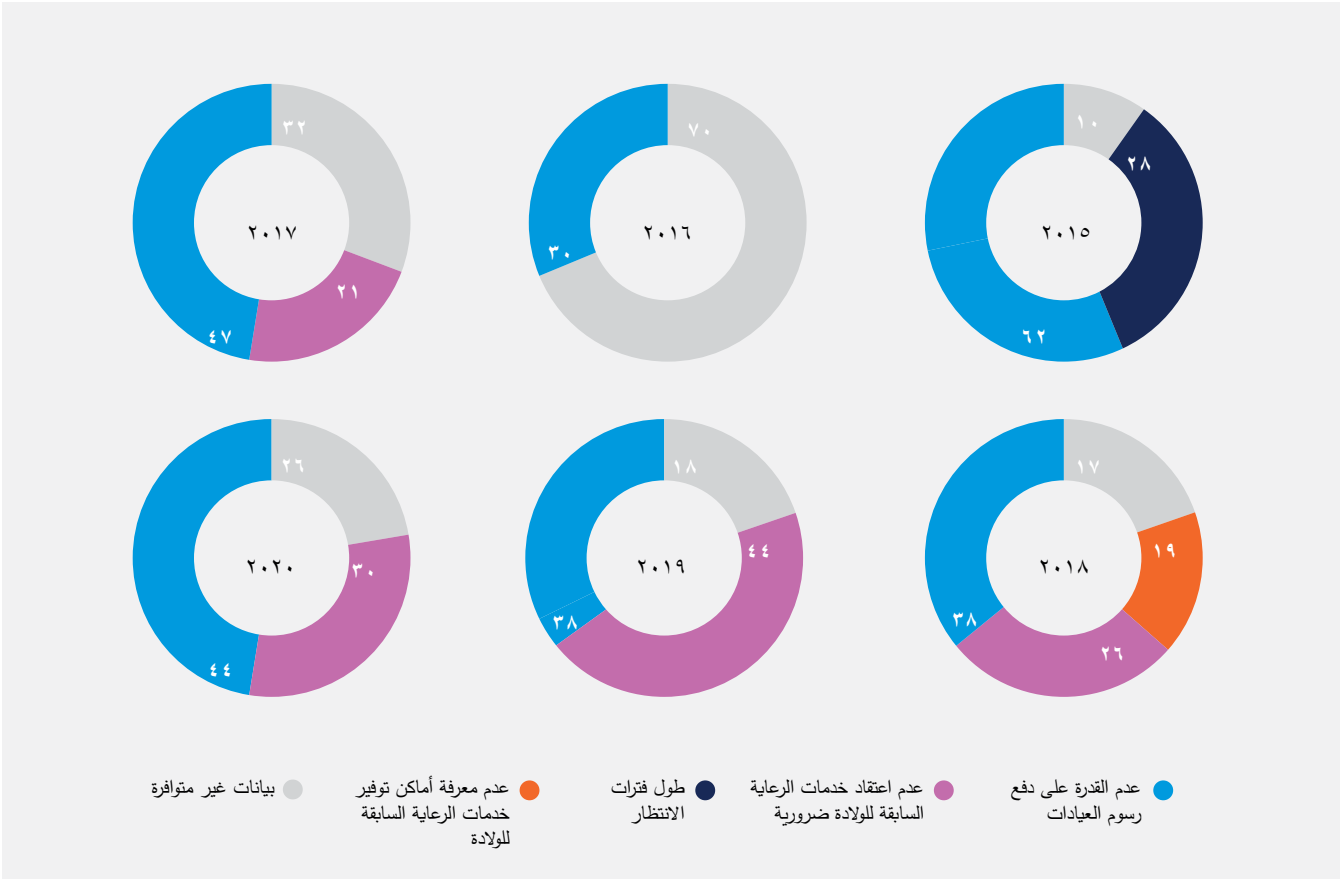
٤,٥ صحة الأم والطفل

تحصل النساء اللاجئات والمهاجرات عادة على خدمات صحة الأم والطفل بدرجة أقل من النساء في البلد المضيف. ويتفاقم هذا الوضع بوجه خاص عندما يتعلق الأمر بالحصول على الرعاية السابقة للولادة الذي يتأثر بعوامل مثل وضع الهجرة ومستوى التعليم. وتثبت البيّنات أن النساء اللاجئات والمهاجرات أكثر تعرضاً لخطر المعاناة من حصائل سلبية أثناء الحمل والولادة. ويمثل الحصول على الرعاية السابقة للولادة مشكلة رئيسية في عدة أقاليم. وفي إقليم شرق المتوسط للمنظمة مثلاً، أفادت النساء اللاجئات والمهاجرات بإجراء عدد أقل من الزيارات للحصول على الرعاية السابقة للولادة مقارنة بالنساء من البلد المضيف. وقد تبيّن من بيانات المسح التي جُمعت في صفوف اللاجئين السوريين في لبنان أن الأسباب الأكثر شيوعاً لعدم الحصول على خدمات الرعاية السابقة للولادة ترتبط أساساً بدفع رسوم العيادات ثم بعدم اعتقاد هذه الخدمات ضرورية (الشكل ٤).

٤,٦ الأمراض غير السارية

يتعرض اللاجئون والمهاجرون على غرار معظم السكان لعبء متزايد للأمراض غير السارية التي تشمل أمراض القلب والأوعية الدموية وفرط ضغط الدم واضطرابات تعاطي مواد الإدمان والمشاكل الصحية المتصلة بالتغذية والأمراض الالتهابية والأمراض الكلوية. وترتبط هذه الأمراض في الغالب بالإقامة لفترة أطول في البلد المضيف، وخصوصاً في البلدان المضيفة ذات الدخل المتوسط والمرتفع. وغالباً ما تشخَّص الإصابة بالسرطان في مراحل لاحقة لدى اللاجئين والمهاجرين الذين يستفيدون من

الشكل ٤: الأسباب الأكثر شيوعاً (بالنسبة المئوية) لعدم الحصول على خدمات الرعاية السابقة للولادة وفقاً لما أفاد به اللاجئون السوريون في لبنان، الفترة ٢٠١٥–٢٠٢٠



المصدر: مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين (من ٢٦ إلى ٣١). المصدر: مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين (من ٢٦ إلى ٣١).

التدابير الوقائية أو يحصلون عليها بدرجة أقل في كثير من الأحيان. وعلى نحو مماثل، لا يشخَّص السكري وفرط ضغط الدم لفترة أطول لدى بعض اللاجئين والمهاجرين مقارنة بالسكان المضيفين. ويسجل الإقليم الأفريقي للمنظمة أعلى معدل لانتشار فرط ضغط الدم (٢٧٪) من بين جميع أقاليم المنظمة ويتجلى ذلك لدى المهاجرين من هذا الإقليم الذين يعيشون في الإقليم الأوروبي (٣٢).

٤,٧ الصحة النفسية

قد ينشأ عن وضع اللاجئ أو المهاجر عدد من الضغوط التي يمكن أن تؤثر في الصحة النفسية. وتكون حالات الذهان لدى بعض الفئات المهاجرة أعلى منها لدى عامة السكان في عدة بلدان (٣٣). ويمكن أن تشمل أسباب هذه الضغوط الافتقار إلى دعم الأسرة أو الدعم الاجتماعي أو التمييز أو الأصل العرقي أو طول فترة الإقامة في البلد المضيف. وقد تبيّن من التقديرات الأخيرة لمعدلات الانتشار الصادرة عن المنظمة أن معدل عبء الاضطرابات النفسية يصل إلى ٢٢,١٪ لدى السكان المتضررين من النزاعات (٣٤). وتكون فئات سكانية محددة عانت من النزاع والحرب مثل المهاجرين الأصغر سناً والمراهقين أكثر تضرراً من تردي الصحة النفسية. فمعدلات انتشار الاكتئاب تكون عادة أعلى لدى فئات مثل اللاجئين والأطفال غير المصحوبين أو المنفصلين عن ذويهم إلا أن هذا الأمر يعتمد اعتماداً شديداً على ظروفهم المعيشية والصدمات التي تعرضوا لها أثناء تشردهم.

يجب اتباع نهج كلي في تناول رعاية الصحة النفسية للاجئين والمهاجرين من خلال توفير العلاج وأخذ محددات الصحة، بما في ذلك وضع الهجرة، في عين الاعتبار على حد سواء.

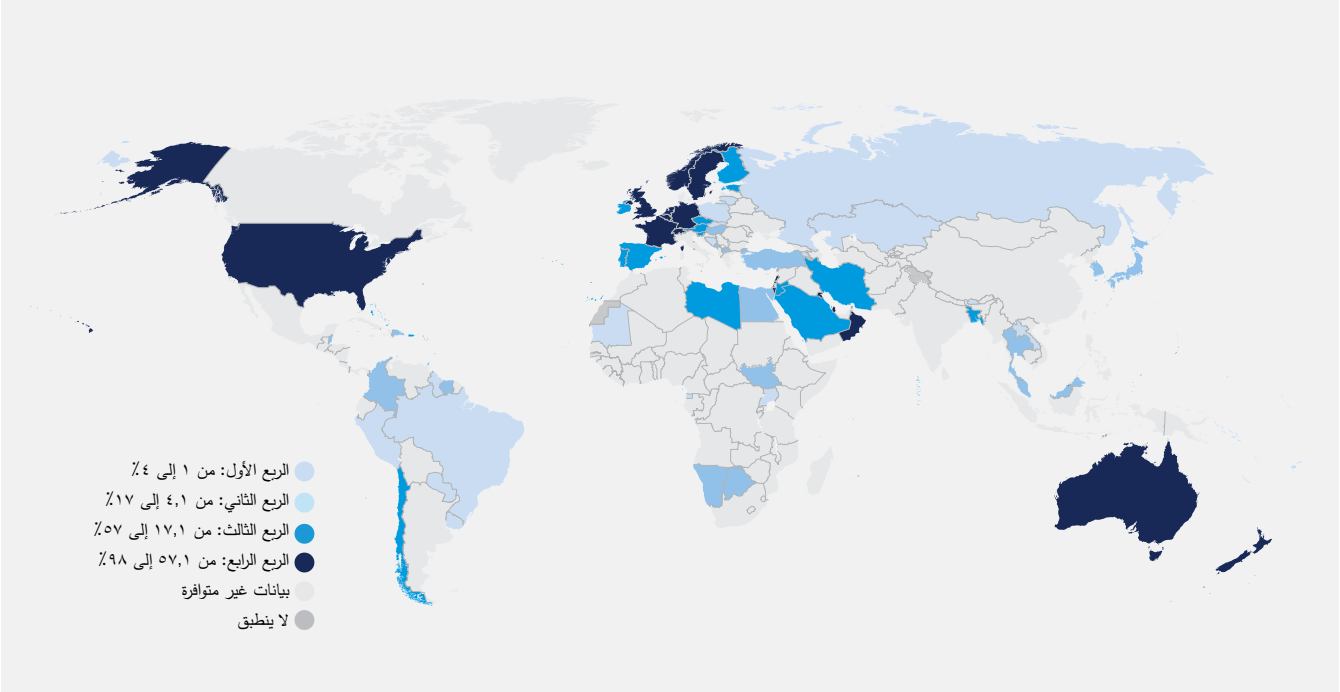
٤,٨ الأمراض السارية

لا تشير البيّنات إلى انتشار الأمراض في البلدان المضيفة عن طريق اللاجئين والمهاجرين. ومع ذلك، قد يكونون هم أنفسهم أكثر عرضةً للإصابة بالعدوى بسبب عوامل الخطر البيئية المتصلة بظروف معيشتهم وعملهم. وتعرّض مسارات التشرد والهجرة السكان اللاجئين والمهاجرين لعدد من الأمراض السارية أثناء العبور أو عند الوصول إلى البلدان المضيفة أو في كلتا الحالتين. وتتوافر بيّنات تشير إلى أن اللاجئين والمهاجرين يمثلون نسبة كبيرة من الأشخاص المصابين بالعدوى بفيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز في بعض البلدان التي تسجل معدلات انتشار منخفضة لدى السكان المضيفين غير أن هناك دراسات تبين أن نسبة لا يستهان بها من هؤلاء اللاجئين والمهاجرين أصيبت بالعدوى بعد الوصول إلى البلد المضيف، مما يدل على ضياع النظام الصحي لفرصة للوقاية من انتشار المرض.

وفي السياقات المرتفعة الدخل حيث يكون معدل انتشار السل منخفضاً، يمثل اللاجئون والمهاجرون نسبة أعلى من الأشخاص المصابين بالسل (الشكل ٥). وترتبط الظروف المعيشية السيئة وأوضاع الفقر بصفة عامة في كثير من الأحيان بالعديد من مجتمعات اللاجئين والمهاجرين وتجعل المساكن المكتظة والسيئة التهوية اللاجئين والمهاجرين أكثر عرضة للإصابة بالسل. وعلى سبيل المثال، تشير البيانات المحصّلة من مخيمات اللاجئين في إثيوبيا إلى ارتباط العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية بفشل علاج السل. وقد تبيّن من دراسة استرجاعية تقارن حصائل علاج السل أن معدلات نجاح العلاج لدى اللاجئين (٧٤,٢٪) أدنى منها لدى السكان المضيفين في المجتمعات المحيطة في إثيوبيا (٨٨,١٪) (٣٦).

وإضافةً إلى ذلك، يمكن أن يكون من الأصعب الحصول على علاج السل والتقيد به نتيجة للتشرد والهجرة اللذين قد يساهمان أيضاً في مقاومة الأدوية. وفي بعض السياقات المرتفعة الدخل يعتبر السل المقاوم للأدوية من مواطن القلق المستجدة في صفوف السكان اللاجئين والمهاجرين، مما يشير إلى ضرورة ضمان استمرار تقديم الرعاية طوال مسار الهجرة وبعد وصول المهاجرين إلى مكان وجهتهم والتصدي لظروف المعيشة والعمل السيئة بهدف الوقاية من ظهور حالات عدوى جديدة وتيسير حصول المهاجر على العلاج في حال إصابته بالعدوى.

الشكل ٥: نسبة حالات الإصابة بالسل لدى الأفراد المولودين في الخارج، عام ٢٠٢٠



Source: WHO (35).

وتمثل الملاريا موطناً من مواطن القلق المستجدة في البلدان ذات معدلات السريان المنخفضة والبلدان التي لا يتوطنها المرض وتكون أيضاً بلدان الوجهة. ويتواصل سريان الملاريا داخل الإقليم الأفريقي وإقليم الأمريكتين للمنظمة. وفي مخيمات اللاجئين في إثيوبيا وأوغندا على سبيل المثال، لا يزال سريان الملاريا يؤثر تأثيراً خاصاً في صغار الأطفال، ولا سيما الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ٥ سنوات. وتلتمس أعداد متزايدة من المهاجرين من فنزويلا في كولومبيا خدمات الرعاية الصحية لمكافحة الملاريا (من ٣٧ إلى ٣٩). وتسلط هذه الأمثلة الأضواء على ضرورة اتخاذ تدابير ترمي إلى مكافحة الملاريا في مناطق العبور وضرورة توفير العلاج في سياقات مخيمات اللاجئين وهجرة اليد العاملة. وعلى الشاكلة نفسها، هناك أمراض مدارية وطفيلية مختلفة تتوطن على نطاق واسع إقليماً أو أكثر من أقاليم المنظمة (مثل التهاب الكبد وداء الليشمانيات ومرض شاغاس) ويُحتمل أن تنتشر في أقاليم أخرى إن لم توفَّر خدمات التشخيص والعلاج في الوقت المناسب للسكان المتنقلين، وخصوصاً في بلدان الوجهة.

٥. مبررات النظم الصحية الشاملة

قد يواجه اللاجئون والمهاجرون مقارنة بالسكان المضيفين عقبات إضافية تحول دون حصولهم على خدمات الرعاية الصحية واستفادتهم منها بفعالية مثل ارتفاع التكاليف المدفوعة من الأموال الخاصة واللغة والقيود المفروضة على الحصول على الخدمات على أساس وضع الهجرة واحتياج مقدمي الخدمات إلى التدريب لتوفير خدمات الرعاية المكيفة مع احتياجاتهم. وعلاوة على ذلك، يصعب توفير الخدمات القائمة على الاحتياجات نتيجة لعدم توافر بيانات تُجمع بانتظام عن صحة اللاجئين والمهاجرين في نظم المعلومات الصحية الوطنية.

يدرس هذا التقرير الوضع الراهن للنظم الصحية في مختلف البلدان ويحلل الفجوات والممارسات الجيدة ودور القيادة من خلال إطار المكونات الأساسية الستة للنظم الصحية التي حددتها المنظمة أي توفير الخدمات؛ والقوى العاملة الصحية؛ وإتاحة الأدوية الأساسية؛ ونظم المعلومات الصحية؛ والتمويل؛ والقيادة والحوكمة.

تساعد دورات التثقيف الصحي على الترويج للأكل الصحي والوقاية من السكري في مخيم الزعتري للاجئين في الأردن. © WHO / Tania Habjouqa

٥,١ توفير الخدمات

يطرح توفير الخدمات للسكان المهمشين أو الضعفاء التحديات. ولا يواجه اللاجئون والمهاجرون العقبات نفسها التي يواجهها السكان المحليون فحسب بل قد يصادفون أيضاً عقبات إضافية ترتبط بوضعهم كمهاجرين. وعلى سبيل المثال، تشمل العقبات المؤسسية التي تحول دون توفير الرعاية شرط إبراز الوثائق القانونية اللازمة قبل التمكن من الحصول على الخدمات وتكلفة المصروفات من الأموال الخاصة. وفضلاً عن ذلك، ارتبطت سياسات الهجرة التقييدية بالحصائل الصحية السيئة لدى اللاجئين والمهاجرين؛ ووثّق الخوف من الترحيل نتيجة للحصول على الخدمات الصحية في أقاليم متعددة كعقبة تحول دون الحصول على الخدمات لدى فئات المهاجرين، ولا سيما فئة المهاجرين غير النظاميين.

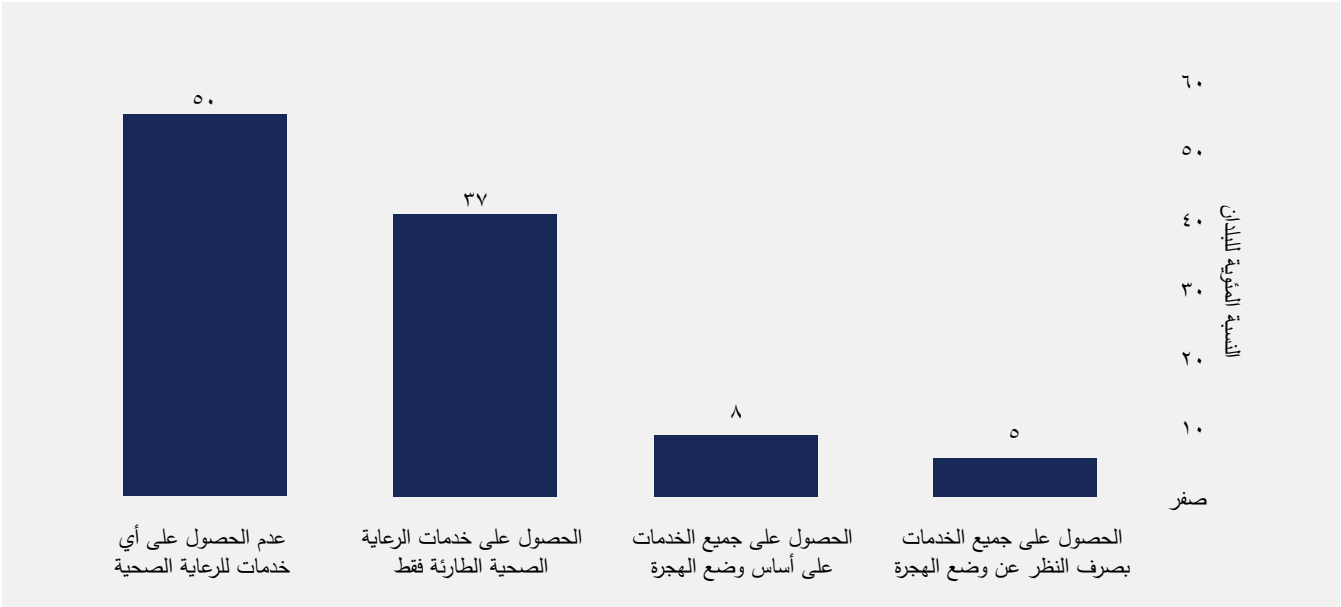
وتظهر البيانات التي جُمعت في ٨٤ بلداً بين عامي ٢٠١٨ و ٢٠٢١ أن اللاجئين والمهاجرين يحصلون على جميع الخدمات الصحية الممولة من الحكومة في ظل الظروف نفسها التي يتمتع بها المواطنون في نصف البلدان بصرف النظر عن وضعهم كمهاجرين (الشكل ٦).

٥,٢ القوى العاملة الصحية

لا تدرَّب القوى العاملة الصحية تدريباً كافياً لتوفير خدمات صحية مراعية لاحتياجات اللاجئين والمهاجرين في عدة بلدان. ويجب على القوى العاملة الصحية أن تكون قادرة على تقديم الرعاية المراعية للاعتبارات الثقافية والتصدي للمشاكل الصحية المرتبطة بالتشرد والهجرة. ولا يوجد عدد كاف من المهنيين الصحيين المتمتعين بالمهارات اللازمة لتقديم الرعاية المراعية للاعتبارات الثقافية إلى اللاجئين والمهاجرين حتى في البلدان المرتفعة الدخل.

وتشير البيّنات إلى أن تزويد النظم الصحية والعاملين في مجال الرعاية الصحية بقدرات مراعاة صحة اللاجئين والمهاجرين والإلمام بها إجراء ممكن وفعال من حيث التكلفة يفيد السكان المضيفين أيضاً. وتُبذل الجهود لتعزيز هذه القدرات، بما في ذلك من خلال إشراك اللاجئين والمهاجرين في توفير الخدمات الصحية، في كل إقليم في الوقت الحالي وإن كانت الموارد غير كافية في كثير من الأحيان. ويمثل المهاجرون نسبة كبيرة من القوى العاملة الصحية في البلد المضيف في عدة سياقات مرتفعة الدخل، مما يسلط الأضواء على المساهمات المهمة التي يقدمها المهاجرون.

الشكل ٦: هل يتمتع اللاجئون والمهاجرون بالوضع نفسه الذي يتمتع به المواطنون في الحصول على الخدمات الصحية الحكومية؟ معلومات مستمدة من ٨٤ بلداً، الفترة ٢٠١٨–٢٠٢١



المصدر: المنظمة الدولية للهجرة، بيانات غير منشورة، عام ٢٠٢٢.

٥,٣ إتاحة المنتجات الطبية واللقاحات والتكنولوجيات

يبين التقرير أن الفرص المحتملة لإتاحة الأدوية للاجئين والمهاجرين محدودة، وخصوصاً في مخيمات اللاجئين، مما يعزى في الغالب إلى الصعوبات المرتبطة بسلسلة الإمداد والتكاليف وعدم توافر وسائل التشخيص والأدوية الكافية والتمييز. وقد يلجأ اللاجئون والمهاجرون إلى التطبيب الذاتي أو يستخدمون الأدوية أو المضادات الحيوية دون وصفة طبية نتيجة لذلك. ويتطلب التصدي لهذه المشاكل التوعية بالعواقب المحتملة مثل احتمال مقاومة مضادات الميكروبات وتحسين إتاحة الرعاية.

وتختلف سياسات التغطية التطعيمية للاجئين والمهاجرين اختلافاً شديداً ويكون مستوى التغطية التطعيمية لدى السكان اللاجئين والمهاجرين منخفضاً في بعض الحالات. ويمكن زيادة الإقبال على التطعيم بفضل تعزيز أنشطة التطعيم عبر الحدود وترصد الهجرة الموسمية وتحسين خدمات التحري. وينبغي تكييف خدمات التطعيم مع سلوكيات اللاجئين والمهاجرين التي تكفل التماس الخدمات الصحية وسياقاتهم المعيشية.

٥,٤ نظم المعلومات الصحية

تمثَّل أحد أكبر التحديات المواجهة في تحرير هذا التقرير في جمع معلومات دقيقة عن صحة اللاجئين والمهاجرين. ويُعزى ذلك إلى عدم توافر بيانات وبائية تُجمع بانتظام (انطلاقاً من الترصد العام ومن الفحص عند الوصول أو على الحدود) وعدم توحيد البيانات داخل البلدان والأقاليم ومشاكل المقارنة بين المواقع أو فترة جمع البيانات والعجز عن تصنيف البيانات حسب وضع الهجرة. وفضلاً عن ذلك، يقتضي تحديد الاحتياجات الصحية للاجئين والمهاجرين أثناء مسار الاستقبال باحترام حقوق الإنسان الخاصة بهم والحق في السرية في الوقت نفسه وجود سياسات لحماية البيانات ونظم للفحص تتسم بالفعالية والكفاءة وتكون متكاملة مع نظم المعلومات الصحية ومرتبطة بتوفير الرعاية الصحية.

٥,٥ التمويل

تعد التكاليف عقبة رئيسية تحول دون الحصول على الرعاية الصحية في جميع الأقاليم. وغالباً ما يكون اللاجئون والمهاجرون غير قادرين على دفع تكاليف الحصول على الخدمات الصحية من أموالهم الخاصة. وحتى عندما يحق لهم الحصول على الخدمات الصحية، فإنهم يتكبدون في كثير من الأحيان تكاليف خفية لا يمكنهم تحملها مثل تكاليف النقل أو الاستعانة بمترجمين. ونتيجة لذلك، يكون إنفاقهم على الخدمات الصحية عادة وبصفة عامة أقل من إنفاق السكان المضيفين عليها. وحتى في حال توافر خدمات صحية مجانية أو مدعومة، تُظهر البيّنات عدم دراية العديد من اللاجئين والمهاجرين بها. وإضافة إلى ذلك، توجد بيّنات تشهد على أن تكلفة استبعاد اللاجئين والمهاجرين من التغطية الصحية أعلى من تكلفة إدماجهم وهذا موضوع يستوجب المزيد من البحث.

٥,٦ القيادة والحوكمة

تُعتبر القيادة والحوكمة منطلق نظام صحي يراعي احتياجات اللاجئين والمهاجرين. وعندما تكون السياسات شاملة وتوجد هياكل تدعم التنفيذ والرصد، فإن الجهود الرامية إلى الحد من التفاوت في مجال الصحة بين اللاجئين والمهاجرين تحقق نتائج أفضل وأسرع. وعلى سبيل المثال، حققت بعض البلدان تغطية صحية شاملة حقيقية ويسّرت بالتالي إدماج اللاجئين والمهاجرين بسهولة أكبر في التغطية. وهناك مثال آخر واضح وهو عندما أزالت بعض البلدان القيود المفروضة على الحصول على الرعاية الصحية كي يتسنى لجميع اللاجئين والمهاجرين الخضوع لاختبارات الكشف عن كوفيد-١٩ وتلقي اللقاح. فضمان تزويد النظم الصحية والعاملين في مجال الرعاية الصحية بقدرات مراعاة الاحتياجات الصحية للاجئين والمهاجرين والإلمام بها لا يعد إجراء فعالاً من حيث التكلفة فحسب بل يُعتبر أيضاً إجراء يفيد السكان المضيفين بتعزيز النظم الصحية بشكل عام.

عامل مهاجر يستخدم جهاز الاتصال عن بُعد للحديث مع طبيبة من عنبر إقامته في سنغافورة. © WHO / Juliana Tan

٦. جمع بيانات أفضل جودة

هناك نقص في المعلومات والبيّنات القابلة للمقارنة بين البلدان ومع مرور الزمن. وتكون البيانات عن الرعاية الصحية المقدمة إلى اللاجئين والمهاجرين متردية الجودة لأنها لا تصنَّف حسب وضع الهجرة المحدد بوضوح ولا تُجمع بشكل منهجي وليست تمثيلية. وإذا كان من الضروري توفير المزيد من البيانات، فإنه حتى من الأهم ضمان أن تكون البيانات المجموعة عالية الجودة لكفالة عدم ترك أحد خلف الركب.

عندما اعتمدت الدول الأعضاء أهداف التنمية المستدامة، أكدت أن هذه الأهداف لن تحقَّق إلا في حال تلبية احتياجات الجميع. وضماناً لبلوغ الغايات لفائدة الجميع، من الضروري التشديد على أهمية الدعوة إلى توفير بيانات مصنفة في الغاية ١٧-١٨ من أهداف التنمية المستدامة، مما يعد أمراً أساسياً لقياس التقدم المحرز.

وحان الموعد النهائي المحدد أصلاً في عام ٢٠٢٠ وانقضى دون إحراز تقدم ملحوظ. ورداً على ذلك، أجرت المنظمة استعراضاً استكشافياً لبيانات المسوح الدولية عن الصحة والهجرة يعد الأول من نوعه. وكان من المتوقع أن يكشف الاستعراض عن الأنماط ويرسي الأساس لرصد التقدم المحرز من أجل تحقيق أهداف التنمية المستدامة. وقد أبرز بدلاً من ذلك أوجه القصور في البيانات المتوافرة. ولا تسمح البيانات بعد بأن يقاس التقدم المحرز بالنسبة إلى

ممرضتان أثناء فحصهما ملفات المرضى في جناح الولادة بمستشفى ماما لوسي كيباكي في نيروبي، كينيا. © WHO / Khadija Farah

توفير بيانات أكثر، على أن تكون أفضل أيضاً

يصعب تحقيق ما يلي إن لم تتوافر بيانات مصنفة عن اللاجئين والمهاجرين:

- إدراك احتياجاتهم الصحية وتلبيتها؛
- وضع نُهج شاملة للصحة العامة مراعية لاحتياجاتهم؛
- تتبع التقدم المحرز من أجل تحقيق الأهداف الوطنية والعالمية في مجال الصحة؛
- تمكين صانعي القرارات من فهم تحديات الصحة العامة التي تواجه داخل حدود بلدانهم وتندرج بالتالي في نطاق مسؤوليتهم والتصدي لها.

اللاجئين والمهاجرين من أجل تحقيق أهداف التنمية المستدامة قياساً دقيقاً.

والاستعراض هو بمثابة تذكير وناقوس إنذار يستهدف الحكومات والمنظمات الوطنية والإقليمية والدولية والباحثين ويشير إلى ضرورة اتخاذ تدابير عملية على وجه السرعة إذا أريد تحقيق أهداف التنمية المستدامة. ويبرز الاستعراض نقطتين هما ضرورة توفير المزيد من البيانات على أن تكون البيانات أيضاً أفضل جودة وأكثر دقة وقابلة للمقارنة داخل البلدان وفيما بينها ومع مرور الزمن. وينبغي أن تشمل هذه البيانات معلومات عن الوضع الصحي ووضع الهجرة والمحددات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للصحة التي تعمل هذه الجهات في ظلها. ولن يتسنى تقييم الوضع الصحي للاجئين والمهاجرين على وجه الدقة إلا عندما تتوافر هذه البيانات (الإطار).

ولا يتيح الاستعراض بيانات أساسية متينة خاصة بأي مؤشر معين أو غاية معينة إلا أنه يشير إلى ما يمكن فعله إذا جُمعت بيانات شاملة بشكل منهجي في المستقبل.

٦,١ منهجية الاستعراض

أخذ الاستعراض الاستكشافي في الاعتبار خمس مجموعات كبيرة من البيانات هي التالية:

- المسح الديمغرافي والصحي
- المسح العنقودي المتعدد المؤشرات
- المسح الاجتماعي الأوروبي
- برنامج التقييم الدولي للطلاب
- بنك بيانات الدراسات الاستقصائية للأسر المعيشية (Banco de Datos de Encuestas de Hogares).

وأُدرجت البلدان والمسوح في حال استيفاء المعايير التالية:

- توافرت بيانات ووثائق باللغة الإنكليزية
- كانت الفترة المرجعية عام ٢٠١٥ وما بعده
- كانت النسبة المئوية للمهاجرين لا تقل عن ١٪، وهي النسبة اللازمة لإجراء تحليل فعال.

وأجرى ٧٧ بلداً مرشحاً الجولة ٦ من المسح العنقودي المتعدد المؤشرات والمرحلة السابعة من المسح الديمغرافي والصحي ونشرت هذه البلدان بياناتها على الإنترنت غير أن عدد البلدان التي استوفت كامل المعايير لإدراجها في الاستعراض وتوافرت لديها بيانات يمكن تصنيفها حسب وضع الهجرة وحسب الجنس وتسنى بالتالي إدراجها في الاستعراض اقتصر على ٢٨ بلداً (يتضمّن الملحق ١ من التقرير الكامل مزيداً من المعلومات عن المنهجية المستخدمة في التقرير والاستعراض).

٦,٢ نتائج الاستعراض

ربما ولّد الاستعراض قدراً من البيانات أقل من المتوقع إلا أنه نجح في تسليط الأضواء على الصعوبات المصادفة والفرص المحتملة لاستخدام المسوح الأسرية بهدف الكشف عن البيانات المتصلة بالصحة والهجرة. وليس أي من التحديات المطروحة في الاستعراض عقبة كؤوداً ومن الملح الآن إجراء استعراض شامل لجميع مصادر البيانات. وينبغي أن تأخذ التقارير المقبلة في الاعتبار مجموعات متنوعة

من البيانات ومصادر بيانات ابتكارية. ولن يمكن تقييم مجالات استثمار الموارد وسبل المضي قدماً فيما يتعلق بتحقيق أهداف التنمية المستدامة والتغطية الصحية الشاملة إلا عندما يتحقق ذلك. ويرد وصف المشاكل الرئيسية التي طرحها استعراض المسوح في الأجزاء التالية.

٦,٢,١ البيّنات التمثيلية

لا يؤخذ اللاجئون والمهاجرون في الاعتبار إلى حد بعيد في البيانات الرسمية عن أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة ويتوافر قدر أقل من البيانات الخاصة بالسكان الذين يصعب الوصول إليهم. وأغلبية البيّنات المستمدة من المنشورات المستعرضة في التقرير تتأتى من ثلاثة أقاليم فقط من أقاليم المنظمة الستة وتغطي بلدان الوجهة المرتفعة الدخل أساساً (الشكل ٧). ومع ذلك، تستضيف الأقاليم الثلاثة المتبقية نسبة كبيرة من اللاجئين والمهاجرين، مما يبين الحاجة الملحة إلى دعم الأقاليم لتنمية القدرات اللازمة للبحث وتوليد البيّنات.

ولا يمثل اللاجئون وملتمسو اللجوء إلا ١٢٪ من الأفراد الذين يعبرون الحدود الدولية غير أنهم يمثلون ٣٤٪ من الأفراد قيد البحث في المنشورات المستعرضة (الشكل ٨) (٦). ولا توجد أي إشارة إلى فئة المهاجرين قيد البحث في حوالي ثلث المنشورات المستعرضة. وإضافة إلى ذلك، لا تعكس نسبة المهاجرين المشار إليها في المسوح على الدوام النسب الفعلية كما وردت في التقديرات العالمية الصادرة عن إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية.

وكانت الأمراض السارية والصحة النفسية أكثر المسائل الصحية الخاضعة للبحث. ونتجت عن ذلك بيّنات رئيسية في هذين المجالين غير أن هناك مسائل صحية أخرى مثل الأمراض غير السارية والصحة الجنسية والإنجابية تتطلب البحث على نحو مماثل. وهذا أمر سيسمح بإجراء تحليل أكثر شمولاً لعبء المرض على اللاجئين والمهاجرين.

ومن الضروري أن تكون البيانات المستخدمة لرسم السياسات بالاستناد إلى البيّنات تمثيلية للسكان المستهدفين. وعليه، هناك حاجة ماسة إلى بذل جهود ترمي إلى التصدي للطبيعة غير المتكافئة للمنشورات.

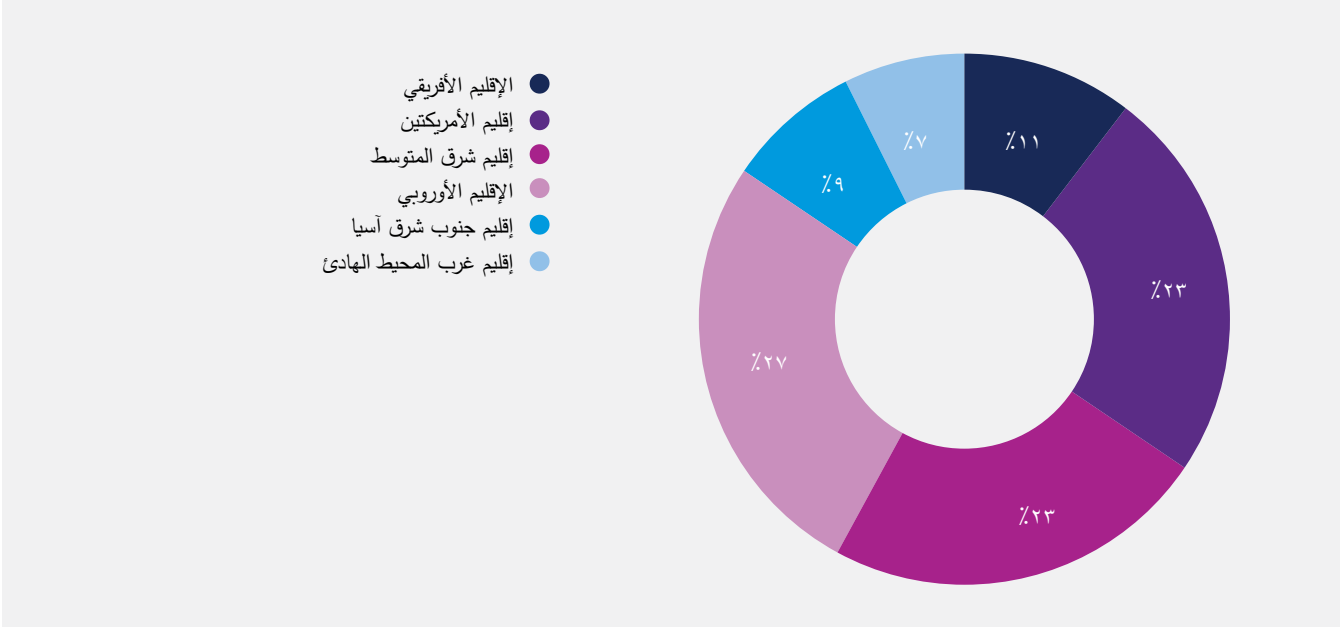
٦,٢,٢ حجم العينة

يطرح اكتمال المسوح تحدياً آخر. ولم يبدأ جمع بيانات تستهدف تتبع الهجرة الدولية بالتحديد في المسوح إلا في الآونة الأخيرة ولا تُجمع هذه البيانات في جميع البلدان. وعندما تُجمع البيانات، قد لا تولّد المسوح حجم عينة يكون صحيحاً من الناحية الإحصائية وتمثيلياً للسكان اللاجئين والمهاجرين المقيمين في بلد معين. ويكون حتى من الأصعب تحقيق الصحة الإحصائية لدى تصنيف البيانات حسب وضع الهجرة وحسب عوامل أخرى مثل الإعاقة أو المهنة. وتضيف الجوانب المجهولة المرتبطة بالهجرة غير النظامية أيضاً عنصراً من الصعوبة لضمان اكتمال البيانات.

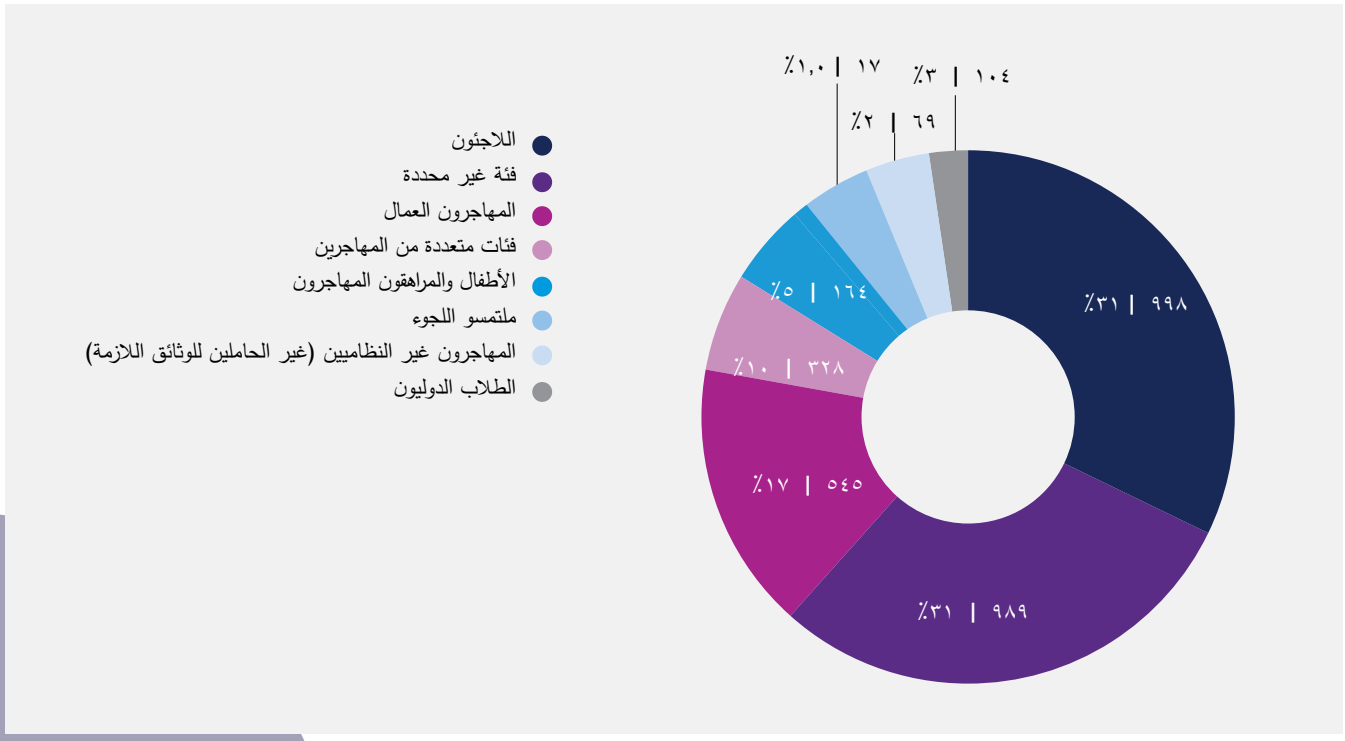
٦,٢,٣ تحديات التعريف

من الصعب تعريف شخص على أنه مهاجر في المسوح العالمية لأن الأشخاص المتنقلين قد يعرّفون تعريفاً مختلفاً من جانب بلدان ومنظمات مختلفة. وفي حين أن وضع اللاجئ واضح نظراً إلى تعريفه المنصوص عليه في اتفاقية جنيف لعام ١٩٥١ (٤٠)، لا يوجد توافق عالمي في الآراء بشأن تعريف المهاجر. ويتيح التعريفان اللذان تستخدمهما المنظمة الدولية للهجرة وإدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية مثالين جيدين. فتعريف المنظمة الدولية للهجرة يوفر مساعدة تشغيلية لمناقشة التحديات المرتبطة بالهجرة وطرحها وجمع المعلومات. أما تعريف إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية فهو تعريف إحصائي يهدف إلى توضيح جمع البيانات وتحليلها. والأسئلة المطروحة في المسوح المأخوذة في الاعتبار في الاستعراض لتحديد وضع الهجرة وتعريفه تختلف أيضاً اختلافاً شديداً.

الشكل ٧: نسبة الوثائق التي شملها الاستعراض، حسب إقليم المنظمة



الشكل ٨: نسبة الوثائق التي شملها الاستعراض، حسب فئة المهاجرين قيد البحث



٧. المضي قدماً

نظراً إلى حجم التحدي الشديد الوضوح والنُهج العديدة المحددة الداعية إلى التفاؤل، أصبح الآن بإمكان البلدان والمؤسسات والباحثين تحديد أولويات الإجراءات والاستثمارات اللازمة لرصد الصحة والهجرة وتحسينهما تمشياً مع أهداف التنمية المستدامة. ويتيح برنامج العمل العام الثالث عشر إطاراً للاضطلاع بذلك (١٦).

وسيسمح إرساء نظم شاملة ومتينة للصحة العامة تتماشى مع مبدأ التغطية الصحية الشاملة بتحديد الأفراد المحتاجين إلى الخدمات الصحية ودعمهم في وقت مبكر قبل أن تتفاقم عدة مشاكل. وسيكون من الضروري بذل جهود مستهدفة للحفاظ على صحة اللاجئين والمهاجرين وتعزيزها إلى أن تُرسى تلك النظم على نطاق واسع. ومن المأمول أن تُرسى نظم شاملة ومتجاوبة للصحة العامة في المستقبل القريب، بتمكين المجتمع العالمي من اعتبار اللاجئين والمهاجرين جزءاً لا يتجزأ من مجتمع مزدهر. وسيسمح لنا ذلك بالانتقال من مفهوم "صحة اللاجئين والمهاجرين" إلى مفهوم "الصحة الشاملة".

٧,١ إعادة توجيه النظم الصحية من أجل عالم في حركة دائبة: نهج استراتيجي

اكتسبت الصحة والهجرة طابعاً ملحاً جديداً من خلال برنامج العمل العام الثالث عشر الذي يمنح الأولوية للمبادئ التوجيهية المتمثلة في تعزيز الصحة وحماية العالم من الأمراض والتركيز على الفئات السكانية الأقل استفادة من الخدمات والأشد ضعفاً. وتتواءم هذه المبادئ مع خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ والتزامها بعدم ترك أحد خلف الركب (١٦) وأولويات المنظمة الرئيسية الخمس (٤١). وتحقيقاً لهذه الأولويات، من الضروري اتباع نهجين رئيسيين.

٧,١,١ إدماج الهجرة في الرعاية الصحية الأولية باعتبارها أساس التغطية الصحية الشاملة

لقد كانت التغطية الصحية الشاملة جزءاً لا يتجزأ من أطر سياسات المنظمة لعدة سنوات. وتتمثل رؤية المنظمة الآن في تيسير تنفيذ نُهج متكاملة في إطار النظم الصحية للتوجه نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة الحقيقية والأمن الصحي على أساس الرعاية الصحية الأولية. ويعد هذا التوجه نحو إعادة التوجيه الجذرية للنظم الصحية بالاعتماد على الرعاية الصحية الأولية كأساس لتحقيق التغطية الصحية الشاملة أمراً أساسياً ولن يتحقق إن لم يتم إدماج اللاجئين والمهاجرين. وتقترن هذه الاستراتيجية بالتحول إلى تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض من خلال التصدي لمحددات الصحة والمخاطر المحدقة بها؛ وتعزيز النظم والأدوات للتأهب للأوبئة والجوائح والاستجابة لها مدعومةً بإصلاحات في الحوكمة والتمويل؛ وتسخير قوة العلم والابتكار في مجال البحوث والبيانات والتكنولوجيات الرقمية. ويترسخ برنامج المنظمة للصحة والهجرة في هذه العناصر الأساسية.

ويتطلب ذلك الإدماج استعادة الحصول على الخدمات الصحية الأساسية، ولا سيما الخدمات المركزة على تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، وتوسيع نطاقه واستدامته والحد من الإنفاق من الأموال الخاصة. ويعني الإدماج أيضاً التركيز على الفئات السكانية

الأقل استفادة من الخدمات والأشد ضعفاً، وخصوصاً النساء والأطفال والمراهقون واللاجئون والمهاجرون. ويشدد على ضمان إتاحة اللقاحات والأدوية ووسائل التشخيص والأجهزة والمنتجات الصحية الأخرى. وأخيراً وبالنسبة إلى المسألة الأساسية المتعلقة بالموارد البشرية، يحث الإدماج على الاستثمار في قوى عاملة صحية تزوَّد بالتدريب والمهارات والأدوات وبيئات العمل والأجور المنصفة لتوفير رعاية مأمونة وفعالة وجيدة.

٧,١,٢ خطة العمل العالمية

توفر أهداف التنمية المستدامة إلى جانب برنامج العمل العام الثالث عشر للمنظمة السياق العالمي لخطة العمل العالمية للمنظمة بشأن تعزيز صحة اللاجئين والمهاجرين للفترة ٢٠١٩–٢٠٢٣ (١٩). والهدف المنشود من خطة العمل العالمية هو تأكيد الصحة كعنصر أساسي من توفير الحماية والمساعدة للاجئين والمهاجرين ومن حسن حوكمة الهجرة. وتستهدف خطة العمل العالمية بالأخص تحسين الصحة العالمية من خلال تناول صحة اللاجئين والمهاجرين وعافيتهم بطريقة جامعة وشاملة وبوصفها جزءاً من جهود كلية ترمي إلى تلبية الاحتياجات الصحية في أي سياق. وتعترف بأنه لا يمكن فصل الفرص والتحديات في مجال الصحة العامة المرتبطة باللاجئين والمهاجرين عن الفرص والتحديات المتصلة بالسكان المضيفين من أجل الوقاية من أوجه الجور. ولا يبرَّر هذا النهج بدوافع إنسانية فحسب بل لأنه يجسد أيضاً ممارسات الصحة العامة الرشيدة.

وغدت صحة اللاجئين والمهاجرين الآن مسألة من مسائل الصحة العامة الأكثر إلحاحاً التي نواجهها في عالم في حركة دائبة بصفة متزايدة. وفيما يلي الإجراءات الأساسية والملحة التي يجب علينا العمل عليها معاً لفائدة صحة الجميع.

٧,٢ معاً نستطيع النجاح: من السياسات إلى الممارسات والإجراءات من أجل مستقبل صحي

تهدف الإجراءات السياسية التالية إلى تركيز تفكير الحكومات والجهات صاحبة المصلحة الأخرى في جميع أنحاء العالم وتشجيعها على العمل معاً من أجل وضع سياسات وتدخلات أساسية تضمن إحراز تقدم حقيقي في ميدان الصحة والهجرة.

١. وضع خطط عمل قصيرة الأجل وطويلة الأجل للصحة العامة تشمل اللاجئين والمهاجرين.

ينبغي أن تستند السياسات المتعلقة بالصحة والهجرة إلى الاحتياجات الصحية الموثقة والممارسات والمعايير المسندة بالبيّنات. ويقتضي ذلك اتساق السياسات بين الوزارات المسؤولة عن مجموعة من القطاعات المؤثرة في الوضع الصحي للاجئين والمهاجرين ولا تتكون هذه الوزارات من وزارة الصحة فحسب بل تشمل أيضاً وزارات المالية والرعاية الاجتماعية والعمل والهجرة والإسكان والتعليم. وينبغي أن تنص خطط العمل اللاحقة للصحة العامة على إجراء تقييمات منتظمة لتحليل مدى تلبية النظم الصحية لاحتياجات اللاجئين والمهاجرين.

٢. تعزيز قدرات النظم الصحية وزيادة مراعاتها للاحتياجات من أجل تلبية احتياجات اللاجئين والمهاجرين

استندت المنظمة جزئياً إلى الخبرات المكتسبة أثناء جائحة كوفيد–١٩ وحددت ثلاثة عناصر ضرورية لتنفيذ نهج متكامل في إطار السياسات المتعلقة بالهجرة والصحة العامة، أي من خلال ضمان ما يلي:

- إدراج حماية الصحة والحصول على الأراضي والمناطق في إجراءات اللجوء للأشخاص المحتاجين إلى الحماية الدولية؛
- توخي المرونة إزاء وضع الهجرة لضمان حصول المهاجرين غير النظاميين (غير الحاملين للوثائق اللازمة) على الخدمات الصحية على نحو آمن وقانوني؛
- إتاحة الرعاية الصحية دون تمييز لضمان حصول الجميع على الرعاية الصحية على قدم المساواة، بغض النظر عن وضع الهجرة أو الجنسية أو النوع الاجتماعي أو الهوية الجنسانية أو السن أو الانتماء الإثني.

٣. تحسين فهم تعزيز الصحة والاحتياجات الصحية للاجئين والمهاجرين.

من الضروري بذل جهود الدعوة والتثقيف في مجال الصحة العامة لإرساء أسس الدعم من أجل حماية صحة اللاجئين والمهاجرين وتعزيزها وضمان مشاركة اللاجئين والمهاجرين والجمهور والحكومة والجهات صاحبة المصلحة الأخرى في هذه الجهود على نطاق واسع.

٤. إدماج اللاجئين والمهاجرين بنشاط في نظم الحماية الاجتماعية.

لا يجب الاستثمار في صحة اللاجئين والمهاجرين باعتبارها استراتيجية سليمة للصحة العامة فحسب بل لأن الصحة تُعتبر أيضاً حقاً من حقوق الإنسان الأساسية. وإذ يعاني اللاجئون والمهاجرون في الغالب من ظروف اجتماعية وبيئية غير مواتية لا يستهان بها، ينبغي إدماجهم في ترتيبات الحماية الاجتماعية، بما في ذلك برامج الضمان الاجتماعي.

٥. تعزيز نظم المعلومات الصحية بإدراج إطار للمساءلة والمؤشرات.

لا تكون السياسات غير المسندة بالبيّنات فعالة بينما يكون جمع البيّنات والبيانات دون الاستناد إلى إطار للسياسات أمراً مضللاً. وعليه، يجب اعتماد التوجه الاستراتيجي لسياسة الصحة والهجرة على إطار للنتائج ودعمه بنظم معززة للمعلومات الصحية.

٦. النهوض بالبحوث العالمية وتعزيز إنتاج المعارف وبناء قدرات البحث في مجال الصحة والهجرة.

البحث هو أولوية من أولويات برنامج المنظمة للصحة والهجرة وعنصر حيوي من عملية سد الفجوات العالمية في البيّنات المتعلقة بالصحة والهجرة. وسيتعاون البرنامج مع الجهات صاحبة المصلحة الرئيسية لإجراء بحوث تشغيلية في المجالات ذات الأولوية المحددة بهدف بناء قدرات البحث في مجال الصحة والهجرة على المستوى القطري والإقليمي والعالمي وضمان تجسيد البيّنات المولّدة لتوجيه السياسات والتنفيذ.

المراجع

١- مسرد المصطلحات الرئيسي لمفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين [قاعدة بيانات شبكية]، جنيف: مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين؛ ٢٠٢١ (بالإنكليزية) (https://www.unhcr.org/glossary/)، تم الاطلاع في ٢١ كانون الثاني/يناير ٢٠٢٢).

٢- Glossary on migration. Geneva: International Organization for Migration; 2019 (https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf, accessed 21 January 2022)

٣- How immigrants contribute to developing countries' economies. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, International Labour Organization; 2018 (https://www.oecd-ilibrary.org/development/how-immigrants-contribute-to-developing-countries-economies_9789264288737-en, accessed 9 January 2022)

4- Trummer U, Novak-Zezula S, Renner A, Wilczewska I. Cost savings through timely treatment for irregular migrants and European Union citizens without insurance. Eur J Public Health. 2018;28(suppl 1):cky048.061. doi:org/10.1093/eurpub/cky048.061

٥- أعداد المهاجرين الدوليين لعام ٢٠٢٠ [قاعدة بيانات شبكية]، نيويورك: إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان؛ ٢٠٢٠ (بالإنكليزية) (https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock)، تم الاطلاع في ٢١ كانون الثاني/يناير ٢٠٢٢).

٦- الاتجاهات العالمية في التشريد القسري المسجلة في عام ٢٠٢٠، جنيف: مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين؛ ٢٠٢١ (بالإنكليزية) (https://www.unhcr.org/60b638e37/unhcr-global-trends-2020)، تم الاطلاع في ٢١ كانون الثاني/يناير ٢٠٢٢).

٧- Callaghan M, Schleussner C-F, Nath S, Lejeune Q, Knutson TR, Reichstein M et al. Machine-learning-based evidence and attribution mapping of 100,000 climate impact studies. Nat Clim Chang. 2021;11(11):966–72. doi:10.1038/s41558-021-01168-6

٨- Socha-Dietrich K, Dumont JC. International migration and movement of doctors to and within OECD countries – 2000 to 2018: developments in countries of destination and impact on countries of origin. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2021 (OECD Health Working Papers no. 126; https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/international-migration-and-movement-of-doctors-to-and-within-oecd-countries-2000-to-2018_7ca8643e-en, accessed 16 April 2022)

٩- القرار A/RES/73/195 ، الاتفاق العالمي من أجل الهجرة الآمنة والمنظمة والنظامية، في: الدورة الثالثة والسبعين، الجمعية العامة للأمم المتحدة، نيويورك، ١١ كانون الثاني/يناير ٢٠١٩، نيويورك: الأمم المتحدة؛ ٢٠١٩ (https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_73_195.pdf)، تم الاطلاع في ٢٥ حزيران/يونيو ٢٠٢٢).

١٠- الاتفاق العالمي بشأن اللاجئين، نيويورك: الأمم المتحدة؛ ٢٠١٨ (بالإنكليزية) (https://www.unhcr.org/5c658aed4.pdf)، تم الاطلاع في ٢٥ حزيران/يونيو ٢٠٢٢).

١١- جمعية الصحة العالمية الحادية والستون: القرارات والمقررات الإجرائية، جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠٠٨ (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-en.pdf)، تم الاطلاع في ٢٥ حزيران/يونيو ٢٠٢٢).

١٢- جمعية الصحة العالمية السبعون: القرارات والمقررات الإجرائية، جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٧ (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259673/A70_REC1-en.pdf)، تم الاطلاع في ٢٥ حزيران/يونيو ٢٠٢٢).

١٣- جمعية الصحة العالمية الحادية والسبعون: القرارات والمقررات الإجرائية، جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٨ (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71-REC1/A71_2018_REC1-en.pdf)، تم الاطلاع في ٢٥ حزيران/يونيو ٢٠٢٢).

١٤- صحة المهاجرين: الخطوات المقبلة، تقرير عن مشاورة عالمية، مدريد، إسبانيا، من ٣ إلى ٥ آذار/مارس ٢٠١٠، جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٠ (بالإنكليزية) (https://apps.who.int/iris/handle/10665/44336)، تم الاطلاع في ٢٥ حزيران/يونيو ٢٠٢٢).

١٥- صحة المهاجرين: إعادة تحديد برنامج العمل، جنيف: المنظمة الدولية للهجرة؛ ٢٠١٧ (بالإنكليزية) (https://publications.iom.int/system/files/pdf/gc2_srilanka_report_2017.pdf)، تم الاطلاع في ٢٥ حزيران/يونيو ٢٠٢٢).

١٦- تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، نيويورك: الأمم المتحدة؛ ٢٠١٥ (https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf)، تم الاطلاع في ٩ كانون الثاني/يناير ٢٠٢٢).

١٧- القرار ج ص ع ٧١-١، برنامج العمل العام الثالث عشر، ٢٠١٩-٢٠٢٣، في: جمعية الصحة العالمية الحادية والسبعين، جنيف، من ٢١ إلى ٢٦ أيار/مايو ٢٠١٨، القرارات والمقررات الإجرائية، الملاحق، جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٨: ٣ (الوثيقة ج٧٥/٨؛ https://apps.who.int/iris/handle/10665/326571)، تم الاطلاع في ١٦ حزيران/يونيو ٢٠٢٢).

١٨- إعلان نيويورك من أجل اللاجئين والمهاجرين، في: الدورة الحادية والسبعين، الجمعية العامة للأمم المتحدة، نيويورك، ١٩ أيلول/سبتمبر ٢٠١٦، نيويورك: الأمم المتحدة؛ ٢٠١٦ (القرار A/71/L.1؛ https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_71_1.pdf)، تم الاطلاع في ١٦ حزيران/يونيو ٢٠٢٢).

١٩- خطة العمل العالمية بشأن تعزيز صحة اللاجئين والمهاجرين، ٢٠١٩-٢٠٢٣، في: جمعية الصحة العالمية الثانية والسبعين، جنيف، من ٢٠ إلى ٢٨ أيار/مايو ٢٠١٩، القرارات والمقررات الإجرائية، الملاحق، جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٩: الملحق ٥ (الوثيقة ج ص ع٧٢/٢٠١٩/سجلات/١؛ https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72-REC1/A72_2019_REC1-en.pdf)، تم الاطلاع في ٢١ حزيران/يونيو ٢٠٢٢).

٢٠- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health: background document to WHO strategy paper for Europe. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991 (https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf, accessed 17 June 2022)

٢١- McGivern V, Bluestone K, Lilly D. If not now, when? Keeping promises to older people affected by humanitarian crises. London: HelpAge International; 2020 (https://www.ageinternational.org.uk/globalassets/documents/reports/2020/if-not-now-when-report.pdf, accessed 11 April 2022)

٢٢- Nowak M, Krishan M. The UN global study on children deprived of liberty: the role of academia in "making the invisible and forgotten visible". In: Kury H, Redo S, editors. Crime prevention and justice in 2030. New York: Springer; 2021:231–49

٢٣- Missing migrants project [website]. Geneva: International Organization for Migration; 2022 (https://missingmigrants.iom.int/, accessed 6 February 2022)

٢٤- مسح "ApartTogether": لمحة عامة أولية عن تأثير كوفيد-١٩ في اللاجئين والمهاجرين المبلغين عنه ذاتياً، جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠٢٠ (بالإنكليزية) (https://apps.who.int/iris/handle/10665/337931، تم الاطلاع في ٣ نيسان/أبريل ٢٠٢٢).

٢٥- Hargreaves S, Rustage K, Nellums LB, McAlpine A, Pocock N, Devakumar D et al. Occupational health outcomes among international migrant workers: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. 2019;7(7):e872–82. doi:10.1016/S2214-109X(19)30204-9

٢٦- لمحة عن المسح المتعلق بالحصول على الخدمات الصحية والاستفادة منها في صفوف اللاجئين خارج المخيمات في لبنان – تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٥، جنيف: مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين؛ ٢٠١٥ (بالإنكليزية) (https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/LebanonHAUSreport2015FINAL.pdf، تم الاطلاع في ٢٩ نيسان/أبريل ٢٠٢٢).

٢٧- لمحة عن المسح المتعلق بالحصول على الخدمات الصحية والاستفادة منها في صفوف اللاجئين السوريين في لبنان – أيلول/سبتمبر ٢٠١٦، جنيف: مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين؛ ٢٠١٦ (بالإنكليزية) (https://reliefweb.int/attachments/b74c4281-ade1-370a-9479-43d0606faf2d/LebanonHAUS2016Final.pdf، تم الاطلاع في ٢٩ نيسان/أبريل ٢٠٢٢).

٢٨- المسح المتعلق بالحصول على الخدمات الصحية والاستفادة منها في صفوف اللاجئين السوريين في لبنان – تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٧، جنيف: مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين؛ ٢٠١٧ (بالإنكليزية) (https://reliefweb.int/attachments/bcbc140b-f1c1-3c37-b608-3c3ab5f10f30/LebanonHealthAccessandUtilisationSurvey2017UNHCR.pdf، تم الاطلاع في ٢٩ نيسان/أبريل ٢٠٢٢).

٢٩- المسح المتعلق بالحصول على الخدمات الصحية والاستفادة منها في صفوف اللاجئين السوريين في لبنان – كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٨، جنيف: مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين؛ ٢٠١٨ (بالإنكليزية) (https://reliefweb.int/attachments/5b537648-272a-353c-9279-b012153a4b28/67944.pdf، تم الاطلاع في ٢٩ نيسان/أبريل ٢٠٢٢).

٣٠- المسح المتعلق بالحصول على الخدمات الصحية والاستفادة منها في صفوف اللاجئين السوريين في لبنان – تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٩، جنيف: مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين، الصحة العامة؛ ٢٠١٩ (بالإنكليزية) (https://reliefweb.int/attachments/1df3b4a7-add6-3779-9630-406a96417f5f/72576.pdf، تم الاطلاع في ٢٩ نيسان/أبريل ٢٠٢٢).

٣١- مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين: المسح المتعلق بالحصول على الخدمات الصحية والاستفادة منها في صفوف اللاجئين السوريين في لبنان – تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٢٠، جنيف: مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين، الصحة العامة؛ ٢٠٢٠ (بالإنكليزية) (https://reliefweb.int/report/lebanon/unhcr-health-access-and-utilization-survey-among-syrian-refugees-lebanon-october-٢٠٢٠، تم الاطلاع في ٢٩ نيسان/أبريل ٢٠٢٢).

٣٢- فرط ضغط الدم، في: صحائف الوقائع، جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠٢١ (https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension، تم الاطلاع في ٣٠ آذار/مارس ٢٠٢٢).

٣٣- Tarricone I, D'Andrea G, Jongsma HE, Tosato S, Gayer-Anderson C, Stilo SA et al. Migration history and risk of psychosis: results from the multinational EU-GEI study. Psychol Med. 2021:1–13. doi:10.1017/S003329172000495X

٣٤- Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2019;394:240–8. doi:10.1016/S0140-6736(19)30934-1

٣٥- البرنامج العالمي لمكافحة السل [الموقع الإلكتروني]، جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠٢٠ (بالإنكليزية) (https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data، تم الاطلاع في ٤ أيار/مايو ٢٠٢٢).

٣٦- Ejeta E, Beyene G, Balay G, Bonsa Z, Abebe G. Factors associated with unsuccessful treatment outcome in tuberculosis patients among refugees and their surrounding communities in Gambella Regional State, Ethiopia. PLOS One. 2018;13(10):e0205468. doi:10.1371/journal.pone.0205468

٣٧- Refugee health report Uganda, June 2019. In: Ministry of Health Knowledge Management Portal [website]. Kampala: Ministry of Health; 2019 (http://library.health.go.ug/publications/refugees/refugee-health-report-uganda-june-2019, accessed 3 April 2022)

٣٨- Ahmed A, Mulatu K, Elfu B. Prevalence of malaria and associated factors among under-five children in Sherkole refugee camp, Benishangul-Gumuz region, Ethiopia. A cross-sectional study. PLOS One. 2021;16(2):e0246895. doi:10.1371/journal.pone.0246895

٣٩- Coldiron ME, Lasry E, Bouhenia M, Das D, Okui P, Nyehangane D et al. Intermittent preventive treatment for malaria among children in a refugee camp in Northern Uganda: lessons learned. Malar J. 2017;16(1):218. doi:10.1186/s12936-017-1869-x

٤٠- الاتفاقية والبروتوكول المتعلقان بوضع اللاجئين، جنيف: مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين؛ ١٩٥١ (https://www.unhcr.org/3b66c2aa10، تم الاطلاع في ٢٥ حزيران/يونيو ٢٠٢٢).

٤١- تقرير المدير العام، في: الدورة الخمسين بعد المائة للمجلس التنفيذي، جنيف، من ٢٤ إلى ٢٩ كانون الثاني/يناير ٢٠٢٢، الوثائق الرئيسية، جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠٢٢: الوثيقة م ت١٥٠/٣ (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_3-en.pdf، تم الاطلاع في ٢٩ حزيران/يونيو ٢٠٢٢).

9789240054905

برنامج الصحة والهجرة (PHM)
منظمة الصحة العالمية
Avenue Appia ,20
Geneva 27, Switzerland 1211
الموقع الشبكي: https://www.who.int/teams/health-and-migration-programme
البريد الإلكتروني: healthmigration@who.int