

# تجاهل مشاركة اللاجئين

ماري تيريز بينر، آري موانسوشاروين، إغبيرت سوندورب وجوي تاونسيند

## غالباً ما يتم تجاهل مشاركة المجتمعات المتأثرة بالصراعات في تخطيط أو تنفيذ المعونات الإنسانية في فترات الصراع أو فترات ما بعد الصراع.

تعمل بنحو أو بآخر بشكل مستقل عن المنظمات غير الحكومية الدولية. وتعتمد هذه الجماعات الأهلية على تعهدات المانحين وتوافر التمويل بالإضافة إلى فلسفة المنظمات غير الحكومية الدولية فيما يتعلق بمشاركة المتأثرين بالصراعات في إصلاح أوضاعهم بأنفسهم.

وهكذا نرى كيف انتقلت هذه الحشود من اللاجئين من الاستقلالية النسبية في أعوامها الأولى إلى إتكالية كاملة على المعونات. وقد تم قصر 'مشاركة' اللاجئين على توفير الأيدي العاملة لتقديم الخدمات الصحية والتعليمية وتوزيع الغذاء - وإدارة الأنشطة المختلفة عدا تلك المتعلقة بتصميم وتخطيط البرامج.

ونحن من جانبنا نوصي بالتالي:

- دمج اللاجئين بشكل مبكر في عملية تخطيط وتصميم البرامج.
- توفير فرص العمل لضمان الاكتفاء الذاتي وخفض الاعتمادية على المعونات.
- دمج المعونات في البيئة المستضيفة لبناء الثقة والتناغم والعلاقات الحسنة.

ماري تيريز بينر (mariet.benner@)

malteser-international.org) هي كبيرة

المنسقين الصحيين لمنظمة مالتييزر إنترناشيونال

(www.malteser.de/61.Malteser\_)

International). أما آري موانسوشاروين

(aree@searo.who.int) فتعمل على قضايا

صحة المهاجرين واللاجئين البورميين مع مقر

منظمة الصحة العالمية في بانكوك. أما إغبيرت

سوندورب (egbert.sondorp@lshtm.ac.u)

فهو كبير المحاضرين عن الصراع والصحة، بينما

جوي تاونسيند (joy.townsend@lshtm.)

(ac.uk) هي الأستاذة الفخرية للرعاية الصحية

الأولية، وذلك في معهد لندن للعلوم الصحية

وطب المناطق الحارة (www.lshtm.ac.uk).

الآراء الواردة في هذا المقال لا تعكس بالضرورة

آراء المنظمات التي ورد ذكرها في المقال.

الصحي وتوفير الأدوية الأساسية وتوفير المناعة ضد الأمراض المعدية وعلاج الأمراض الأكثر إثارة للاضطرابات مثل الإسهال والملاريا والسل وتوفير الخدمات المعملية والتدريب عليها وكذلك تدريب اللاجئين في تقديم وإدارة الرعاية الصحية وتوفير إمدادات المياه والمرافق الصحية. وقد تطلب الأمر من المنظمات غير الحكومية كذلك توفير مستلزمات الغذاء والمأوى نتيجة لعدم السماح للاجئين بتنظيم عملية توفير وإدارة هذه المستلزمات بأنفسهم. ولم يكن مسموحاً بأن يتجاوز مستوى المعونات الإنسانية المستوى المعيشي للمجتمعات التايلاندية المستضيفة وذلك لتفادي أشكال الظلم وعدم المساواة.

وفي أواخر التسعينات تم دمج بعض هذه المخيمات لإنشاء مستوطنات مخيمية بديلة أكبر حجماً ويتسع أكبرها حجماً لأعداد تصل إلى ٤٥,٠٠٠ لاجئ. وقد تم خفض عدد المخيمات من ٢٩ مخيماً في عام ١٩٩٤ إلى ٩ مخيمات بحلول عام ٢٠٠٧. وقد نجم عن عدد من القيود الصارمة المفروضة على الانتقال من قبل الحكومة المستضيفة زيادة القيود المفروضة في المخيمات وبما نجم عنه انكماش فرص العمل والتعليم، وهو ما أدى إلى ما يكاد يشكل اعتمادية كاملة على المعونات على امتداد السنوات الخمس الأخيرة. وقد كانت ولا زالت الوسيلة الوحيدة لحصول اللاجئين على الدخل هي العمل مع واحدة من وكالات المعونات التسعة عشر المقدمة للمعونات الإنسانية، أو من خلال العمل اليومي في المخيم. ورغم التدريب الذي تلقاه الكثير من اللاجئين بمساعدة الحكومة الملكية التايلاندية والبلدان المانحة والمنظمات غير الحكومية المحلية والدولية فيما يتعلق بإدارة الرعاية الصحية والتعليم وتوزيع الغذاء وإدارة المخيمات، إلا أن قلة قليلة فقط من اللاجئين هي التي استطاعت كسب دخولها من خلال العمل خارج هذه المنظومة. ومراراً السنوات نشأت بعض الجماعات الأهلية الصغيرة للاجئين واستطاعت أن تستقطب الدعم لها مثل تنظيم النساء الكارينيات ومجموعة تعليم النساء الكارينيات والتي تعمل في مجال الشؤون الصحية والتعليمية للنساء والمرافقين، وهي

كان المراقب لأوضاع اللاجئين يلحظ اطراداً ملحوظاً في الاعتمادية المنظمة على المعونات بين اللاجئين في ميامار القاطنين في تسعة مخيمات على امتداد الحدود بين تايواند وميامار. وقد تحولت مشاركة اللاجئين من الاعتماد على الذات في توفير المأوى والغذاء إلى وضعهم الحالي الذي باتوا فيه يعتمدون اعتماداً كلياً على المجتمع الدولي في معيشتهم في تايواند، ولتخللها بعض جهود ضئيلة من جانبهم من أجل الإدارة الذاتية الجزئية لخدمات الرعاية الصحية والتعليم وتوزيع الغذاء.

كانت أول مجموعة مسجلة من اللاجئين البورميين قد وطأت أقدامها أراضي تايواند في عام ١٩٧٦، لتبعثر تجمعاتهم إلى مجموعات صغيرة ومتباعدة مما يطلق عليه 'مخيمات النازحين' على امتداد نهر السالوين والذي يشكل الحدود الفاصلة بين البلدين. وقد كانت هذه المخيمات تؤوي ما بين ٣٠٠ و ٢٠٠٠ لاجئ كانوا يقتاتون على التجارة بالسلع. وكانت وكالات المعونة في البداية تتولى تقديم الأدوية الضرورية واللقاحات والتدريبات الأساسية والخدمات في مجال الرعاية الصحية، إضافة إلى عدد من السلع الأساسية المعينة. وخلال منتصف الثمانينات، واصل اللاجئون قدرتهم على كسب قوتهم بأنفسهم وتقرير أسلوب إقامة المجتمعات السكنية في المخيمات والحصول على معظم مستلزماتهم الغذائية. كما كانوا قادرين كذلك على زراعة حقول الأرز والخضراوات على امتداد الحدود في ميامار وتربية الماشية في المخيمات. وكان حجم المساعدة المطلوبة لتيسير شؤونهم المعيشية أقل ما يمكن، وغالباً ما كان يتولى تنظيمه وإدارته اللاجئون أنفسهم.

وكان قد نجم عن الزيادة الهائلة في أعداد اللاجئين الوافدين إلى تايواند بعد عام ١٩٨٨ ومرة أخرى فيما بين عامي ١٩٩٤ و ١٩٩٥ نهج تنازلي أكثر منهجية في توفير الرعاية الصحية والمأوى والغذاء مع وقوع جهود التخطيط والتنفيذ بصفة رئيسية على عاتق المنظمات غير الحكومية والتي طلب إليها من قبل الحكومة الملكية التايلاندية زيادة خدماتها من أجل تفادي تفشي الأمراض. وقد شملت هذه الخدمات تنفيذ نظام للإشراف