

The Health Status of Rohingya Refugees, a Systematics Review

Arasb Dabbagh Moghaddam ¹, Maryam Moradi ^{2*}

¹ PhD in Food Science and Hygienic, Assistant Professor, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² PhD Student of Health in Emergencies and Disasters, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 10 August 2020 Accepted: 24 November 2020

Abstract

Background and Aims: The crisis of Rohingya Muslim refugees has become one of the challenging issues of the last decade. The organized massacre of Rohingya people in Myanmar has forced them to relocate to Bangladesh, creating the world's largest refugee camp. The purpose of this study is to assess the health status of these refugees.

Methods: The present study was conducted using a systematic review method. The keywords Rohingya, Bangladesh, Myanmar, Bruma, and their combinations have been searched in international databases regardless of the time period. Finally, 42 papers were selected according to the inclusion and exclusion criteria.

Results: An evaluation of papers related to the health status of Rohingya Muslims showed that these refugees facing different types of health problems at Cox's Bazar camp. Lack of basic health equipment and resources such as safe drinking water, high prevalence of infectious diseases, lack of food security, social constraints, mental issue, high rates of behavioral violence, as well as poor health conditions of pregnant women are some of the Rohingya Muslims health difficulties.

Conclusion: The various health problems of Rohingya refugees in Bangladesh indicate the emergency need of accelerating humanitarian aid delivery to these people in order to prevent a humanitarian catastrophe.

Keywords: Health, Refugee, Rohingya, Myanmar.

*Corresponding author: **Maryam Moradi**, Email: moradi21922@yahoo.com

وضعیت سلامت پناهجویان روهینگیا، مروری ساختاریافته

آراسب دباغ مقدم^۱، مریم مرادی*^۲

^۱متخصص بهداشت مواد غذایی، استادیار، گروه، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران
^۲دانشجوی دکتری سلامت در بلایا و فوریت ها، دانشگاه علوم پزشکی آجا، گروه سلامت در بلایا، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: بحران آوارگان مسلمان روهینگیا به یکی از مخاطرات دهه اخیر تبدیل شده است. کشتار سازمان یافته مردم روهینگیا در میانمار منجر به کوچ اجباری آنها از محل زندگی خود به بنگلادش شده است و بزرگترین کمپ آوارگان جهان را وجود آورده است. هدف از این مطالعه برآورد وضعیت سلامت این آوارگان است.

روش‌ها: مطالعه حاضر به روش مرور ساختاریافته صورت پذیرفته است. کلیدواژه‌های میانمار، روهینگیا، بنگلادش، بروما و ترکیب آنها در داده پایگاه‌های بین‌المللی بدون در نظر گرفتن محدودیت زمانی مورد جستجو قرار گرفته است. در نهایت تعداد ۴۰ مقاله با توجه به معیارهای مختلف ورود و خروج مقاله انتخاب گردید.

یافته‌ها: ارزیابی مقالات مرتبط با وضعیت سلامت مسلمانان روهینگیا نشان داد که این پناهجویان در کمپ Cox's Bazar دارای وضعیت نامناسبی از نظر بهداشتی هستند. کمبود تجهیزات و منابع اولیه بهداشتی مانند آب شرب سالم، گسترش بالای بیماری‌های واگیر، نبود امنیت غذایی، محدودیت‌های اجتماعی، آسیب‌های روانی، بالا بودن نرخ خشونت‌های رفتاری و همچنین وضعیت نامناسب وضعیت زنان باردار از مشکلات مسلمانان روهینگیا هستند.

نتیجه‌گیری: مشکلات مختلف مربوط به وضعیت سلامت مسلمانان روهینگیا در کمپ‌های کشور بنگلادش، ضرورت تسریع و گسترش کمک‌های انسانی به این مردم جهت جلوگیری از یک فاجعه انسانی را نشان می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: سلامت، پناهجویان، روهینگیا، میانمار.

مقدمه

این مردم جهت ابتلای گسترده به این بیماری با توجه به حجم بسیار پایین دسترسی به تجهیزات بهداشتی و درمانی به نظر می رسد که در صورت عدم فراهم آوردن امکانات کافی شاهد فاجعه انسانی در این منطقه خواهیم بود (۸). بر اساس گزارش های موجود در کمپ پناهجویان، انجام آزمایش مربوط به کووید-۱۹ از آوریل ۲۰۲۰ آغاز شده و تا ۱۴ ژوئن حدود ۴۰۰ نفر از مسلمانان روهینگا مورد آزمایش قرار گرفته بودند که از این تعداد ۳۸ نفر مثبت و دو نفر نیز بر اثر ابتلا به بیماری فوت شده بودند (۹).

اقداماتی مانند واکسیناسیون ۹۰۰ هزار نفر علیه کلرا و غربال ۲۶۳ هزار کودک که از فقر غذایی رنج می برند از مهمترین اقدامات صورت گرفته جهت بهبود شرایط زندگی برای این مردم بوده است (۵۶). این اقدامات پاسخگوی نیاز این میزان از مهاجرین نبوده و مشکلات متفاوتی با گذشت زمان در این پناهگاه ها برای مردم روهینگا به وجود آمده و در حال افزایش می باشد. پناهجویان روهینگا اقلیتی هستند که از حقوق شهروندی و ملی خود محروم شده و تعداد زیادی از آنها وادار به کوچ اجباری شده و تعداد دیگری نیز وضعیت وخیمی در میانمار به سر می برند. این اقلیت مسلمان با وضعیتی مواجه شده است که کاملاً در معرض فاجعه انسانی قرار دارد و با اینکه منطقه Cox's Bazar بزرگترین کمپ پناهجویان در جهان است چندان مورد توجه قرار نگرفته است. از این رو تلاش برای نشان دادن وضعیت نامناسب این اقلیت مسلمان میبایست مورد توجه بیشتری قرار بگیرد. با توجه به مطالب عنوان شده هدف این مطالعه مشخص نمودن وضعیت پناهجویان روهینگا از نظر سلامتی و بهداشتی و برآورد کلی از وضعیت زندگی این پناهجویان است.

روش ها

این مطالعه از نوع مرور ساختاریافته است و وضعیت سلامت پناهجویان مسلمان روهینگا را مرور می نماید. برای انجام این مطالعه بدون اعمال محدودیت زمانی از داده پایگاه های PubMed و Web of Science استفاده گردید. جستجوی مقالات موردنظر در این پایگاه ها با استفاده از کلیدواژه های Myanmar, Bruma, Bangladesh و Rohingya صورت پذیرفت. معیارهای ورود از مطالعه عبارت بود از: تمام مطالعات اصیل که به بررسی وضعیت بهداشت و سلامت زندگی مسلمانان روهینگا در میانمار و بنگلادش پرداخته بودند و زبان آنها انگلیسی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل غیرمرتبط بودن با موضوع، مطالعات مروری، تکراری بودن مطالعات و عدم دسترسی به متن کامل مقالات و مقالاتی بود که زبان آنها انگلیسی نبود. با توجه به معیارهای ورود و خروج، خلاصه مقالات توسط محققین مورد بررسی قرار گرفت و موارد مرتبط جدا گردیده و متن کامل آن ها استخراج شدند.

مردم روهینگا اقلیتی مسلمان در کشور میانمار هستند که در حال حاضر جمعیتی حدود ۱/۱ میلیون نفر را شامل می شوند. ایالت راخین در غرب میانمار و شرق بنگلادش با وسعت ۵۶۰ کیلومتر مربع محل زندگی این مسلمانان است. اکثریت جمعیت روهینگا در شهرهای شمالی ایالت راخین ساکن هستند. این افراد تا قبل از کودتای نظامی سال ۱۹۶۲ شهروند میانمار به حساب آمده و در پارلمان این کشور نیز دارای نماینده بودند. پس از کودتای نظامی، مردم روهینگا، اقلیت مهاجر غیرقانونی شمرده می شوند که از بنگلادش به میانمار وارد شده اند و به هیچ طریقی توسط دولت میانمار به رسمیت شناخته نمی شوند. از سال ۱۹۹۲ که موج مهاجرت از میانمار به بنگلادش که به دلیل درگیری های داخلی و حذف سازمان یافته مسلمانان روهینگا به صورت سیستماتیک صورت پذیرفته است تاکنون بیش از ۱ میلیون و دویست هزار پناهجو در کشور بنگلادش مستقر شده اند و بزرگترین کمپ پناهجویان را در منطقه Cox's Bazar در ۳۲ کمپ ایجاد نموده و اسکان یافته اند (۱). بویژه خشونت هایی که از اواخر آگوست ۲۰۱۷ منجر به مهاجرت اجباری حدود ۶۵۰ هزار نفر از مسلمانان روهینگا از ایالت راخین میانمار به کشور میانمار شده که به عنوان بزرگترین بحران پناهندگان در جهان شناخته می شود (۲). این پناهجویان با مشکلات متفاوتی رو برو شده اند که سلامتی آنها را در معرض تهدید جدی قرار داده است. این پناهجویان از مشکلات متعددی مانند کمبود آب بهداشتی، کمبود مواد غذایی، انواع بیماری های روانی و فاکتور های استرس زای محیطی رنج می برند (۳).

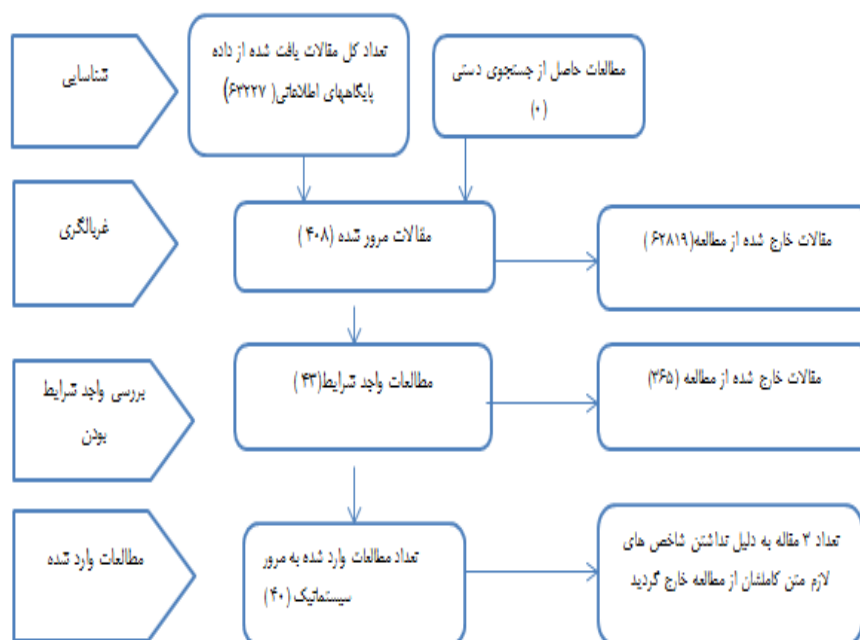
گسترش انواع بیماری های عفونی مانند کلرا، هپاتیت B, E و انواع مختلفی از شرشیا کلی از دیگر عوامل تهدید کننده سلامت مردم روهینگا می باشد (۴). در گزارشی به شیوع واریسلا زوستر در میان مردم روهینگا در منطقه Cox's Bazar اشاره می نماید. تا تاریخ ۱۴ مارچ ۲۰۱۹، تعداد ۵۹۱۷۲ بیمار مبتلا به واریسلا توسط آنها گزارش شده است. در این مطالعه شرایط نامناسب زندگی، امکانات شستشوی نامناسب، استاندارد پایین آب مصرفی و تراکم بالای جمعیت در نقاط بروز بیماری به عنوان عوامل دخیل در شیوع گسترده بیماری های مختلف واگیر از جمله واریسلا معرفی شده است (۵).

چالش دیگری که مردم روهینگا در بنگلادش با آن مواجهه دارند محل اسکان آنها و کمپ های استقرار است که این افراد را در خود جای داده است. محل اسکان این افراد به شدت در معرض آسیب های ناشی از بارندگی های موسمی که امری عادی در کشوری مانند بنگلادش است قرار داشته و در معرض سیلاب ناشی از باران های شدید و طوفان های موسمی قرار دارند که دائماً زندگی این مهاجرین مسلمان را تهدید می نماید (۶،۷). در حال حاضر با توجه به گسترش بیماری کووید-۱۹ و پتانسیل بسیار بالای

استراتژی جستجو

ابتدا واژه Rohingya در داده پایگاه اطلاعاتی PubMed در قسمت Title/ Abstract جستجو گردید و تعداد ۳۷۵ مقاله به دست آمد. سپس در این پایگاه کلیدواژه‌های Myanmar, Bangladesh, Bruma نیز در قسمت Title/ Abstract جستجو گردید و به ترتیب تعداد ۱۳۷۸۰، ۳۳۸۷ و ۱۱۷۵ مقاله به دست آمد. سپس در قسمت جستجوی پیشرفته با ترکیب این واژه‌ها با کلیدواژه Rohingya با استفاده از دستور ترکیب (AND) تعداد ۱۱۳ مقاله به دست آمد. در پایگاه اطلاعاتی Web of Science نیز با استفاده از همین کلیدواژه‌ها جستجو صورت پذیرفت. در این داده پایگاه با استفاده از بخش جستجوی پیشرفته ابتدا واژه Rohingya در Abstract, Title, Author keyword و keyword plus جستجو گردید و تعداد ۳۷۵ مقاله به دست آمد. کلیدواژه‌های Myanmar, Bangladesh

، Bruma نیز به ترتیب مورد بررسی برای هرکدام ۳۱۸۷۵، ۸۴۰۱ و ۴۲۴۴ مقاله به دست آمد. سپس نیز با استفاده از دستور ترکیب (Combine) در بخش جستجوی پیشرفته این داده پایگاه نتایج این کلیدواژه‌ها با یکدیگر ترکیب و تعداد مقالات ۲۹۵ عدد مقاله به دست آمد. در این مرحله از غربالگری موارد غیرمرتبط حذف و تعداد ۴۰۸ مقاله حاصل استفاده از جستجوی پیشرفته دو داده پایگاه مذکور و ترکیب کلیدواژه‌ها حاصل شده بودند و وارد مرحله دوم غربالگری گردیدند. در مرحله دوم ارتباط موضوعی با عنوان مقاله و حذف مقالاتی که زبان آنها انگلیسی نبود مد نظر قرار گرفت که منجر به حذف ۳۶۵ مقاله و باقی ماندن ۴۳ مورد مرتبط گردید. در مرحله اول غربالگری عناوین با استفاده از کلید واژه‌های مرتبط و در مرحله دوم چکیده مقالات بررسی گردید پس از این غربالگری در مرحله بعد با بررسی متن کامل مقالات تعداد ۳ مورد دیگر نیز از مقالات حذف و ۴۰ مطالعه وارد مطالعه گردید.



شکل-۱. دیاگرام فرایند انتخاب مقالات مرتبط بر اساس روش پریسما

یافته‌ها

وضعیت نظام سلامت در میانمار

به صورت کلی دسترسی به پوشش نظام سلامت عمومی و توسعه پایدار به خصوص در کشورهای دارای درآمد پایین وابسته به نیروی انسانی حاضر در نظام سلامت مرتبط آن کشور هاست و ارتباط مستقیمی با یکدیگر دارند (۹). میانمار از نظر نیروی انسانی شاغل در نظام سلامت با کمبودهای عمده ای مواجه است. عدم جذابیت برای کادر درمانی این کشور، مهاجرت نیروی انسانی کارآمد، تمایل به کار در بخش‌های خصوصی و زمان بالای ساعات کاری از مسائلی است که توسعه نیروی انسانی در بخش سلامت در این کشور را با مخاطره مواجه نموده است و به همین نسبت این

کشور از وضعیت مناسبی در نظام سلامت برخوردار نمی باشد (۱۰). با توجه به مطالعات صورت پذیرفته در خصوص نیروی انسانی در این کشور مشخص شده است که ۱۳ ایالت از ۱۵ ایالت و ناحیه در این کشور دارای میزان پایین تری از نسبت یک پزشک به ازاء هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت که پیشنهاد سازمان بهداشت جهانی است می باشند (۱۱). همچنین بررسی نشان داده است که تمایل کادر درمان به فعالیت در بخش‌های عمومی کاهش یافته و از سال ۲۰۰۶ به این سو روند نزولی داشته است. همچنین علی رغم افزایش فارغ التحصیلان رشته‌های پزشکی مرتبط دولت میانمار به دلیل کمبود منابع مالی و عدم توانمندی در تدوین سیاست جامع به کارگیری نیروی انسانی عملاً در استخدام این نیروها ناتوان عمل

(۱۹). در جدول ۱- داده های مربوط به شیوع بیماری های واگیر و غیرواگیر پناهجویان روهینگا در سال ۲۰۱۵ که توسط دفتر پناهجویان سازمان ملل گزارش گردیده است آورده شده است. بر اساس گزارش منتشر شده در سال ۲۰۱۷ از سوی مرکز پیشگیری و کنترل بیماری ها وجود گسستگی در ثبت پناهجویان، خاصیت سیال جمعیتی مهاجران و بروز مشکلات دیگری در مدیریت ثبت واکسیناسیون منجر به کاهش تأثیرگذاری این تدبیر در مورد واکسیناسیون گردیده است. هم چنین هپاتیت A و E از دیگر بیماری های عفونی است که جمعیت زنان باردار را به خصوص در بین این پناهجویان تهدید می کند (۲۰).

جدول ۱- درصد های مربوط به شیوع بیماری های واگیر و غیرواگیر در کمپ پناهندگان UNHCR, 2015

بیماری ها		منطقه	منطقه
		Kutupalong	Nayapara
		نفر ۱۳۱۰۲	نفر ۱۸۷۷۷
بیماری های واگیر			
عفونت ناحیه بالایی دستگاه تنفسی	۱۷/۲	۳۳	
عفونت ناحیه پایینی دستگاه تنفسی	۱۷/۹	۱۱/۶	
اسهال	۹	۷/۱	
بیماری های پوستی	۱۲/۵	۱۱/۵	
بیماری های غیر واگیر			
ناهنجاری های دستگاه تنفسی	۴۶/۹	۲۹/۹	
اختلالات متابولیک و اندوکراین	۲۱/۹	۳۰/۴	
بیماری های قلبی	۱۴/۸	۱۹/۴	
سایر (به جز بیماری های عصبی، جراحات و موارد تغذیه ای)	۲۰/۳	۱۶/۴	

امنیت غذایی پناهجویان روهینگا

وجود امنیت غذایی از نکات دیگری است که مسلمانان روهینگا را مورد تهدید جدی قرار داده است. در دو مورد بررسی انجام شده در میان پناهجویان در کمپ های سازمان ملل، وضعیت سوء تغذیه حاد گلوبال (GAM)، ۱۳٪ و در کودکان ۵۹-۶ ماهه این نرخ بین ۵۷-۵۲٪ بوده است. مطالعه دیگری نیز که در سال ۲۰۱۷ صورت پذیرفته است حدود ۲۴۰ هزار کودک را واجد شرایط دریافت نیاز های غذایی عنوان نموده است (۱۷-۲۱). از سویی دیگر در گزارش سازمان بین المللی مهاجرت در سال ۲۰۱۷ به شیوع بیماری های انگلی در بین این جمعیت اشاره گردیده است (۲۱). با توجه به اینکه بیماری های انگلی می تواند به اسهال طولانی مدت بیانجامد و وضعیت گوارشی افراد را تحت تأثیر قرار دهد بنابراین قابل انتظار است که این بیماری ها به وخیم تر شدن شرایط سوء تغذیه در این کمپ ها منجر شود. هم چنین مطالعات نشان داده اند که میزان ابتلا به سوء تغذیه شدید (SAM) حدود ۷/۵٪ می باشد. همچنین پناهجویان روهینگا از کمبود مواد مغذی و کیفیت پایین مواد غذایی دریافتی نیز رنج می برند. مطالعه ای که

نموده است (۱۳،۱۲). یکی دیگر از مشکلات توزیع نیروی نظام سلامت در میانمار اختلاف فاحش بین مناطق شهری و روستایی در پوشش جمعیتی به ازای کادر درمان است. در مناطق شهری میانمار به ازای هر ۶۳۳ نفر، یک پزشک ولی این رقم در خصوص جمعیت روستایی یک نفر به ازای هر ۳۴۴۷ نفر است (۱۴). عملاً پزشکان در این کشور حجم بسیار زیادی از بار کاری را متحمل می شوند که مستقیماً بر روی سلامت مردم تأثیر منفی می گذارد (۱۵). به عنوان نمونه افرادی که در شیفت های بیمارستانی اشتغال دارند می بایست در شیفت های ۲۴ ساعته اورژانس فعالیت نمایند. در مناطق روستایی کارکنان نظام بهداشتی می بایست خدمات بهداشتی مانند تداخلات بالینی سلامت عمومی و برنامه های کنترل بیماری به خصوص بیماری های واگیر را به اجرا در آورند (۱۶،۱۴). اما این وظیفه محوله به آنها به دلایل گوناگون دچار مخاطرات شدیدی است. مواردی مانند نواحی دور افتاده جغرافیایی، سختی در حمل و نقل و حجم کاری بسیار بالا از عمده این موارد هستند.

مخاطرات بیماری های واگیر در پناهجویان روهینگا در کشور بنگلادش

وضعیت نامناسب مسلمانان روهینگا در بنگلادش، این پناهجویان را در معرض خطرات متفاوتی از نظر بیماری های واگیر قرار داده است. منابع مختلف تأمین مواد اولیه این پناهجویان مانند مراکز مختلف تأمین آب شرب سالم که توسط پناهگاه های سازمان ملل ارائه می شود به میزان کافی نبوده و این افراد را در معرض ابتلای گسترده به بیماری های مختلف عفونی قرار داده است (۱۷). آب سالم به میزان کافی در اختیار این پناهجویان نبوده و این افراد می بایست برای دستیابی به منابع آشامیدن با حفر نقاطی در زمین اقدام به دسترسی به آب های زیرزمینی نمایند. اما از آنجایی که این افراد در همین منابع آبی اقدام به شستشوی خود می نمایند خطر آلودگی منابع آبی با انواع عوامل بیماری زای عفونی وجود دارد (۱). به گزارش سازمان بهداشت جهانی در بررسی که در سال ۲۰۱۷ از منابع آبی پناهگاه های این پناهجویان صورت پذیرفت ۹۲٪ از آب شرب این مناطق آلوده به باکتری اشرشیا کلی و ۴۸٪ از این منابع نیز دارای شدت آلودگی بسیار بالا بوده اند که میزان آن بیش از ۱۰۰ CFU/100 ml بوده است (۱۸). اسهال حاد آبیکی (Acute Watery Diarrhea (AWD) در سال ۲۰۱۵ با میزان ابتلاء بین ۹-۷٪ در کمپ های پناهجویان رخ داده و میزان شیوع آن نیز ۲۲٪ بوده است (۱۷). بیماری های منتقله از آب مانند کلرا، اسهال خونی، تیفوئید و هپاتیت E از موارد حاد نگرانی در این زمینه است. در میان بیماری های منتقله از راه آب کلرا به عنوان مهمترین نگرانی مطرح بوده است (۱). در سال ۲۰۱۷ بیش از ۹۰۰ هزار دوز واکسن، آماده سازی گردید و در دو منطقه از کمپ Cox's Bazar در دو مرحله مورد استفاده قرار گرفت که از نظر حجم گستردگی دومین واکسیناسیون کلرا را در جهان کلید زد

است. به طور کلی این عوامل موجبات خطرات جدی برای این جمعیت را ایجاد نموده است (۲۸).

سلامت اجتماعی و وضعیت زندگی پناهجویان

در مطالعات مسلمانان روهینگیان موارد حقوق بشری به عنوان عوامل آسیب زا معرفی گردیده اند که عموماً ساختاری بوده و شامل موانع قانونی حفاظت از افراد و محدودیت میزان کمک های بشر دوستانه است. بنگلادش به عنوان میزبان این پناهجویان هیچ گونه تعهدی در قبال ایمنی و امنیت این افراد نداشته و نبود یک چهارچوب مناسب ملی به منظور برخورد و رسیدگی به مسائل متفاوت پناهندگان عملاً این افراد را معرض انواع آسیب های جسمی و روحی و به طور کلی آسیب به سلامت فردی و در نهایت جامعه پناهجویان قرار داده است (۲۹،۳۰). در سال ۲۰۱۶ دولت بنگلادش محدودیت هایی را در تخصیص کمک به پناهجویان جدید وضع نمود. اتخاذ این سیاست به منظور جلوگیری از ورود افراد بیشتر به این کشور جهت استقرار در کمپ های آوارگان سازمان ملل بوده است. همچنین اتخاذ سیاست کوچ اجباری توسط دولت بنگلادش مسلمانان روهینگیان را مورد تهدید قرار داده است. این سیاست به منظور بازگرداندن این افراد به میانمار صورت پذیرفته است و با توجه به نحوه برخورد دولت میانمار با این افراد به صورت جدی جان این افراد را در معرض قرار داده است. به عنوان نمونه از سال ۱۹۹۲-۱۹۹۸ اعمال این سیاست در دستور کار قرار گرفته و به صورت اجباری به اجرا درآمد که بر اساس گزارشات ۶۳٪ از افرادی با انواع خشونت های فیزیکی و آوار به بازگشت شده اند. عامل اقتصادی یکی دیگر از موارد بسیار موثر در تهدید سلامت این پناهجویان به شمار می آید (۳۱-۳۳). با توجه به محدودیت های مختلف دسترسی در پناهگاه های مورد اقامت این افراد مانند دسترسی به آب و غذا و سایر نیاز های اولیه زندگی خروج غیر قانونی از این کمپ ها به منظور یافتن شغل جهت کسب درآمد رو به افزایش است که به دلیل غیر قانونی بودن این پدیده و محدودیت های مختلف رفت و آمد در بنگلادش این امر خود سبب مشکلات عمده برای پناهجویان شده و زندگی آنان را در معرض خطر قرار داده است. یکی از گروه هایی که بیشتر در معرض تهدید قرار دارد زنان هستند که با توجه به محدودیت های مختلف در خصوص محدودیت جابجایی مردان مجبور به تامین نیاز خانواده خود هستند و می بایست با حقوق پایین تر از مردان نیز فعالیت نمایند که این مسئله خود باعث بروز افزایش خشونت های خانوادگی و سوءاستفاده از زنان گردیده است و همچنین باید توجه داشت در جامعه روهینگیان دختران به عنوان یک بار برای خانواده ها نیز به حساب می آیند (۳۴،۳۵) و شرایط زندگی نامناسبی برای پناهجویان در مناطق مورد استقرار آنها وجود دارد. تا سال ۲۰۰۶ دولت بنگلادش اجازه تممیر و بازسازی پناهگاه های موجود در این کشور را به منظور عدم جذب مهاجر بیشتر ممنوع نموده بود و پس

در سال ۲۰۱۳ در بین این جمعیت به منظور بررسی میزان کمبود مواد مغذی صورت پذیرفته است نشان می دهد که ۳۰٪ از کودکان زیر ۵ سال نیاز به دریافت مکمل های مواد ریزمغذی دارند (۱۷،۲۲،۲۳).

وضعیت پناهجویان روهینگیان در بنگلادش در خصوص

کووید-۱۹

موضوع بیماری کووید-۱۹ در خصوص این پناهجویان در بنگلادش از آنجا مشکل ساز می شود که نمیتوان به نتایج آزمایشات این ویروس به طور قطعی اطمینان نمود به دلیل اینکه پناهجویان تمایل چندانی به انجام آزمایش مربوطه ندارند و حالتی در میان آنها ایجاد شده است که این افراد را از انجام تست و دریافت درمان باز می دارد (۲۵). کشور بنگلادش حدود یک میلیون و دویست هزار نفر از مسلمانان روهینگیان را خود جای داده و حدود ۸۶۰ هزار نفر از این افراد در کمپ پناهجویان در شهر Cox's Bazar که بزرگترین کمپ پناهجویان در جهان می باشد جای داده شده اند و از نظر تراکم جمعیتی این کمپ دارای نسبت تراکم جمعیتی بسیار بالایی می باشد که خود عامل افزایش سریع افراد مبتلا به ویروس به حساب می آید. همچنین قابل ذکر است که رعایت فاصله گذاری اجتماعی و self-isolation در این شرایط مشکل دیگری می باشد که این پناهجویان با آن روبرو هستند. همچنین این پناهجویان بر اساس گزارش های موجود دارای اطلاعات پایینی در خصوص این بیماری هستند که خود به عاملی برای افزایش شیوع بیماری در میان جمعیت آنها تبدیل شده است (۲۶). نبود دسترسی به آب بهداشتی مناسب، لوزام بهداشتی و ضد عفونی کننده نیز یکی دیگر از چالش هایی است که آنها با آن مواجه هستند. براساس گزارشات موجود ۱۳۵۰۰ نقطه شستشوی دست در پناهگاه برای پناهجویان ایجاد شده است که این تعداد به نسبت جمعیت ناکافی به نظر میرسد. همچنین باید توجه داشت کشور بنگلادش نیز خود از نظر ظرفیت امکانات بهداشتی و درمانی با موقعیتی اضطراری روبرو است و از امکانات مناسبی برخوردار نیست. به عنوان نمونه در بیمارستان منطقه ای Cox's Bazar تنها یک بخش مراقبت های ویژه و ۱۸ تخت مراقبت از بیماران وجود دارد که به غیر از پناهجویان برای استفاده تمام بیماران آن منطقه نیز می باشد. همچنین مبارزه با کووید-۱۹ موجب شده است که مراقبت های سلامتی مانند مراقبت های ویژه یا مراقبت های مربوط به زایمان و نوزادان نیز تحت الشعاع قرار بگیرد که به نوبه خود موجبات در خطر قرار گرفتن بیشتر این جمعیت را از نظر سلامتی فراهم می آورد (۲۷). مطالعه ای در خصوص کرونا ویروس جدید در منطقه Cox's Bazar و کمپ پناهجویان نشان داده است که میزان علائم مربوط به کووید-۱۹ در این منطقه بسیار بالاست و احتمال رخداد یک همه گیری در این منطقه بالا رفته است. دولت بنگلادش این منطقه را به عنوان اولین منطقه قرمز مربوط به بیماری اعلام نموده

قشر در میان جمعیت آوارگان هستند. تنها ۲۲٪ از زایمان‌های صورت پذیرفته در محیط مناسب انجام شده است (۴۵). ۱۲۰ هزار نفر از مادران باردار و شیرده دچار سوء تغذیه بوده و نیازمند دریافت مواد غذایی مناسب هستند. همچنین ظرفیت‌های مناسب برای رسیدگی‌های ضروری مرتبط با بارداری نیز در کنار خدمات سلامتی در خصوص نوزادان و مادران آنها نیز وجود نداشته که به مشکلات زنان باردار روهینگا افزوده و سلامت آنها را تحت خطر جدی قرار داده است (۴۶).

سلامت روانی و خشونت‌های رفتاری در میان پناهجویان

بیماری‌های مختلف رفتاری و آسیب‌های روانی متنوع از مشکلاتی است که جوامع مهاجر به خصوص پناهندگان در محیط‌های ایزوله به صورت عمده‌ای با آن مواجه هستند. پناهجویان روهینگا نیز به صورت دائمی در معرض این آسیب‌ها قرار داشته و در وضعیت بسیار نامناسبی به سر می‌برند. غم، اضطراب مزمن، افسردگی و اختلالات پس از حادثه از موارد شایع آسیب‌های روانی در این جامعه به حساب می‌آید (۳۶). براساس گزارش‌های موجود در سال ۲۰۱۸ تخمین زده شده است که حداقل ۲/۶٪ زنان و دختران در تهاجم به مسلمانان روهینگا در معرض خشونت جنسی قرار گرفته و به واسطه آن فوت نموده اند (۴۸). علاوه بر این مسئله قربانیانی که از این تهاجم نجات یافته و به بنگلادش گریخته اند علائم مختلفی از ترومای ناشی از حادثه و آسیب‌های جسمی متفاوت رنج می‌برند (۴۹). گزارش‌های مختلف نشان می‌دهد که این اکثریت این قربانیان خشونت‌های جنسی در مسیر فرار خود به سوی بنگلادش به مداخلات اورژانسی لازم دسترسی نداشته اند (۵۰).

مخاطرات محیطی و امنیت کمپ‌های استقرار پناهجویان

کشور بنگلادش دائماً در معرض باران‌های سیل‌آسا و طوفان‌های موسمی قرار دارد و وضعیت نامناسب کمپ‌های استقرار، ساکنین آنها را در برابر بلایای طبیعی آسیب‌پذیر می‌کند. باران‌های موسمی از ماه می آغاز گردیده و تا ماه سپتامبر ادامه می‌یابد کمپ‌های آوارگان به شدت نسبت به آسیب‌های حاصله از باران‌های موسمی آسیب‌پذیر هستند. این کمپ‌ها به دلیل محل استقرارشان در معرض رانش زمین، سیل ناشی از باران‌های موسمی و طوفان‌های موسمی قرار دارند. طوفان‌های موسمی دارای قدرت تخریب بالایی هستند و میزان مرگ و میر فراوانی را نیز با خود به همراه می‌آورند (۵۱). محل قرارگیری کمپ آوارگان به صورت پایه در نواحی کم ارتفاع قرار گرفته است که آنها را به محلی بسیار آسیب‌پذیر در برابر سیل تبدیل می‌کند. پناهگاه‌های موقتی در مناطق مرتفع که خطر رانش زمین وجود دارد ساخته شده است. هم چنین نواحی بسیار زیادی از پوشش جنگلی موجود نیز به

از این تاریخ نیز حتی با فراهم آوری این امکان شرایط نامناسبی از نظر توزیع جمعیتی و محدودیت‌های مرتبط با تجهیزات مناسب بهداشتی و سلامتی در این مناطق به صورت عمده مشاهده می‌شود (۲۹-۳۵). از نظر دسترسی به منابع آموزشی نیز این پناجویان از محدودیت‌های عده‌ای رنج می‌برند. در سال ۲۰۰۷ دولت بنگلادش اقدام به ساخت ۲۱ مدرسه ابتدایی و ۲ مدرسه در مقاطع بالاتر نموده بود و تا حدودی امکان تحصیل برای دانش‌آموزان در این کمپ‌ها فراهم گردیده اما میزان بالای دانش‌آموزانی که ترک تحصیل می‌کنند نیز معضل دیگری است که این جامعه با آن روبرو است. این دانش‌آموزان به منظور کسب درآمد بیشتر ترک تحصیل نموده و خود را در معرض انواع آسیب‌های اجتماعی قرار می‌دهند (۳۶).

سلامت مادران و بارداری

مردم روهینگا با ممانعت‌های متعددی برای ازدواج سالم مواجه هستند. زوج‌های روهینگا برای ازدواج ابتدا می‌بایست مجوز لازم را دریافت نمایند که خود پروسه دریافت مجوز می‌تواند تا دو سال به طول بیانجامد. محدودیت‌های مسافرت و جابجایی و سختگیری بسیار شدید در خصوص دسترسی این افراد به نیازمندی‌های لازم بهداشتی و سلامتی در دوران بارداری از دیگر مشکلات زوجین به خصوص مادران باردار در میان جمعیت روهینگا می‌باشد (۳۷-۳۸). نرخ مرگ و میر مادران در نواحی که مسلمانان روهینگا در آن سکونت دارند در سال ۲۰۱۶ در ایالت راخین میانمار ۳۸۰ در هر ۱۰۰ هزار تولد است که در مقایسه با ۳۱۶ در هر ۱۰۰ هزار تولد در سراسر میانمار نرخ بسیار بالاتری می‌باشد (۳۹). بر اساس گزارش‌های موجود زنان در میانمار باید وضعیت شیردهی به نوزادان خود را توسط سربازان ارتش میانمار مورد تأیید قرار دهند و میان هر زایمان آنها نیز می‌بایست حداقل ۳۶ ماه فاصله وجود داشته باشد (۴۰). با توجه به بررسی‌ها مشخص گردیده است که از هر هفت زن روهینگایی یک زن حداقل یک مورد سقط جنین را تجربه نموده اند و اکثریت این سقط‌ها نیز توسط افراد غیر حرفه‌ای و غیر متخصص صورت پذیرفته است. همچنین فرزندان به دنیا آمده مردم روهینگا امکان دریافت حق شهروندی میانمار را نداشته و بنابراین از دریافت خدمات مربوط به مراقبت‌های نوزادان که در بیمارستان‌های دولتی عرضه می‌شوند نیز محروم هستند (۴۱). تا سال ۲۰۱۳ حدود ۶۰ هزار نوزاد ثبت نشده تنها در ایالت راخین گزارش شده اند (۴۲). ۵۲٪ از جمعیت ساکن کمپ‌های آوارگان را زنان تشکیل می‌دهند که از این تعداد ۲۳٪ بین ۱۸ تا ۵۹ سال هستند (۴۳). بر طبق گزارشات در سال ۲۰۱۸ از میان ۹۱۵۵۶ زن و دختر بزرگسال در کمپ آوارگان ۵۴۶۳۳ نفر از آنها را زنان باردار یا مادران شیرده شامل می‌شوند که جمعیت بالایی را به خود اختصاص داده اند (۴۴). ۹/۲٪ کل پناهندگان را زنان شیرده و ۴/۹٪ از جمعیت را نیز زنان باردار تشکیل داده اند و آسیب‌پذیرترین

منظور ساخت پناهگاه از بین برده شده است که خطر رانش زمین و سیلاب را افزایش می دهد. سیل در این ناحیه قابلیت گسترش بیماری های واگیر را بالا برده و رانش زمین نیز با قطع دسترسی تیم های بهداشتی و درمانی به این مناطق خطر مرگ و میر را افزایش می دهد. همچنین نبود سیستم هشدار مناسب و پناهگاه های مجهز در زمان بحران از دیگر عواملی هستند که خطر جانی را افزایش می دهند (۵۱، ۵۲).

بحث

بررسی مطالعات مرتبط با وضعیت بهداشتی پناهجویان روهینگیا در کشور بنگلادش نشان دهنده گسترش مخاطرات مرتبط با سلامت این افراد بود. شیوع بیماری های واگیر در میان این جمعیت در حال افزایش بوده است. عدم دسترسی به منابع اولیه بهداشتی به صورت مستقیم با افزایش موارد بیماری های عفونی در ارتباط است. در گزارش دفتر پناهجویان سازمان ملل در سال ۲۰۱۵، گسترش بیماری های عفونی منتقله از آب ناسالم در این منطقه گزارش شده و اسهال آبکی ناشی از کلرا پناهجویان این کمپ را بیمار کرده است (۱۷). در میان مردم روهینگیا ساکن در کمپ آوارگان ابتدا به عفونت های تنفسی دارای بالاترین میزان شیوع بوده است و عفونت های ناحیه فوقانی دستگاه تنفسی ۳۳٪ بوده است (۵۳). همچنین لازم به ذکر است در مطالعه ای در خصوص میزان بیماری های عفونی در پناهجویان اروپا عفونت های تنفسی در آنها نیز به عنوان یکی از شایعترین عفونت ها گزارش شده است (۵۷).

باتوجه به اینکه بیماری های مزمن مانند بیماری های قلبی و عروقی برای مدتی طولانی اثری از خود نشان نمی دهند و پناهجویان دسترسی مناسبی به مراکز بهداشتی و درمانی ندارند، این افراد در معرض خطر جدی قرار دارند. در مطالعه مروری که در سال ۲۰۲۰ توسط Lebano و همکارانش صورت پذیرفته است رخداد بالایی از بیماری های مزمن در میان جمعیت پناهجویان مشاهده است و پیشنهاد می نماید که به منظور کاهش شیوع بیماری های مزمن در میان این جمعیت منابع و مراقبت های بهداشتی به صورت اختصاصی در اختیار آنها قرار گیرد (۵۴). نتایج مطالعه دیگری که در سال ۲۰۱۷ در خصوص وضعیت مهاجران و پناهجویان کشورهای مختلف به اتحادیه اروپا صورت پذیرفته نشان می دهد بیماری های مزمن مانند بیماری های قلبی، مشکلات تنفسی، دردهای عضلانی نقش بارزی را در به خطر انداختن سلامت عمومی مهاجرین و پناهجویان ایفا می کردند (۵۵). برخلاف پناهجویان حاضر در اروپا در مطالعه ای که بر روی میزان ابتلاء پناهجویان روهینگیا در سال ۲۰۱۵ صورت پذیرفت اختلالات متابولیک و غدد اندوکراین و پس از بیماری های تنفسی بیشترین میزان بیماری های غیرواگیر را به خود اختصاص می دادند (۵۳).

آسیب های روانی در میان پناهجویان در سراسر دنیا به صورت شایع گزارش می شود. مطالعه Hynie و همکارانش مهاجرین نشان می دهد که عوامل پس از مهاجرت مانند میزان درآمد، داشتن شغل و سرپناه از عوامل تأثیرگذار بر سلامت روانی پناهجویان هستند (۵۶). همچنین Hou و همکارانش در مقاله متاآنالیزی عوامل استرسزای محیطی را مرتبط با PTSD، اضطراب و بیماری های روانی در مهاجرین و پناهجویان دانسته اند (۵۸). مشابه پناهجویان حاضر در کشورهای اروپایی مسلمانان مهاجر و پناهجوی روهینگیا در بنگلادش نیز در معرض آسیب های روانی مختلفی قرار دارند. در مطالعه ای که در سال ۲۰۱۷ در بین پناهجویان این کمپ صورت پذیرفت نشان داده شد که ۳۶٪ از کسانی که در این مطالعه مشارکت نموده بودند به اختلالات PTSD مبتلا بوده و ۸۹٪ نیز دارای علائم مرتبط با افسردگی بوده اند. همچنین سایر معضلات روانی مانند صرع، تشنج و اختلالات روانی نیز از مواردی هستند که در بین افراد این جامعه به صورت عمومی مشاهده گردیده است (۴۷).

سلامت زنان، به ویژه زنان باردار از دیگر مخاطراتی است که پناهجویان با آن مواجه هستند یافته های Riza و همکاران در سال ۲۰۲۰ نشان می دهد که شکایت از وضع عمومی سلامت مهاجرین زنی که به کشورهای اروپایی پناهنده می شوند به نسبت مردان بالاتر است (۵۹). همچنین مطالعه دیگری که در سال ۲۰۱۸ در یونان توسط Stathopoulou نیز به میزان بالاتر پناهجویان زنی که دارای وضعیت سلامت عمومی نامناسب است، اشاره دارد (۵۹). مشابه همین وضعیت در میان زنان پناهجوی روهینگیا نیز وجود دارد. نرخ مرگ و میر مادران در نواحی که مسلمانان روهینگیا در آن سکونت دارند در سال ۲۰۱۶ در ایالت راخین میانمار ۳۸۰ در هر ۱۰۰ هزار تولد است که در مقایسه با ۳۱۶ در هر ۱۰۰ هزار تولد در سراسر میانمار نرخ بسیار بالاتری می باشد (۳۹). در کمپ های آوارگان ۵۲٪ آنها را زنان تشکیل می دهند که از این تعداد نیز ۲۳٪ از آنها بین ۱۸ تا ۵۹ سال سن دارند (۴۳). ۹/۲٪ کل پناهندگان را زنان شیره و ۴/۹٪ از جمعیت را نیز زنان باردار تشکیل داده اند و به عنوان حساس ترین و آسیب پذیرترین قشر در میان جمعیت آوارگان روهینگیا در بنگلادش شناخته شده اند (۴۵).

کمبود منابع بهداشتی اولیه و دسترسی محدود به خدمات بهداشتی و درمانی یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار در سطح سلامت پناهجویان و مهاجرین است. در مطالعه Brandenberger در خصوص دسترسی پناهندگان به خدمات بهداشتی در کشورهای دارای توسعه یافته سه عامل توانمندی در برقراری ارتباط با بیمار توسط کارکنان بخش سلامت، تداوم مراقبت های لازم از افراد و ایجاد اعتماد سازی سه فاکتور اصلی در نحوه ارائه خدمات سلامت در کشورهای توسعه یافته هستند (۶۰). مطالعه ما نشان می دهد که دسترسی به خدمات سلامت برای مسلمانان روهینگیا علاوه بر مواردی که پناهجویان در کشورهای توسعه یافته با آن مواجه

نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی

- ارتقای آگاهی از وضعیت سلامت کشور میانمار، توان مواجهه جوامع نظامی را با بحران های مشابه افزایش می یابد.
- افزایش دانش و آگاهی از وضعیت سلامت کشور میانمار منجر به ارتقای پاسخگویی جوامع نظامی جهت امدادرسانی در حوزه سلامت به این کشور می شود.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمام محققانی که مقالات

آنها در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت، تشکر و قدردانی می گردد.

نقش نویسندگان: همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله

یا بازنگری آن سهیم بودند و همه با تایید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می پذیرند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می کنند که هیچ گونه تضاد

منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع:

1. White K. Rohingya in Bangladesh: an unfolding public health emergency. *Lancet*. 2017; 390 (10106): 1947. doi:10.1016/S0140-6736(17)32677-6
2. United Nations High Commissioner for Refugees. Joint Statement on the Rohingya Refugee Crisis; 2017. <http://www.unhcr.org/news/press/2017/10/59e4c17e5/joint-statement-rohingya-refugee-crisis.html>. [Accessed 29 November 2017]. White K. Rohingya in Bangladesh: an unfolding public health 2017;390(emergency. *Lancet*): 1947 doi:10.1016/S0140-6736(17)32677-6
3. International Organization for Migration. Rohingya children drown fleeing Myanmar Violence: IOM; 2017c <https://www.iom.int/news/rohingya-children-drown-fleeing-myanmar-violence-iom>. [Accessed 29 November 2017]
4. Chan EY, Chiu CP, Chan GK. Medical and health risks associated with communicable diseases of Rohingya refugees in Bangladesh 2017. *International Journal of Infectious Diseases*. 2018; 68:39-43. doi:10.1016/j.ijid.2018.01.001
5. Ahmed B, Orcutt M, Sammonds P, Burns R, Issa R, Abubakar I, Devakumar D. Humanitarian disaster for Rohingya refugees: impending natural hazards and worsening public health crises. *The Lancet Global Health*. 2018; 6(5): e487-8. doi:10.1016/S2214-109X(18)30125-6
6. Mahmud ZH, Islam MS, Imran KM, Hakim SA, Worth M, Ahmed A, Hossan S, Haider M, Islam MR, Hossain F, Johnston D. Occurrence of Escherichia coli and faecal coliforms in drinking water at source and household point-of-use in Rohingya camps, Bangladesh. *Gut pathogens*. 2019;11(1):1-1. doi:10.1186/s13099-019-0333-6
7. Ahmed B. Landslide susceptibility modelling applying user-defined weighting and data-driven statistical techniques in Cox's Bazar Municipality,

هستند موارد دیگری را نیز شامل می گردد. عدم اجازه استفاده از خدمات مراکز سلامت دولتی در میانمار، سکونت در نواحی دور افتاده جغرافیایی و توسعه نیافته از موارد محدود کننده دسترسی این افراد به خدمات بهداشتی و درمانی در میانمار است. در کمپ های آوارگان در بنگلادش کمبود منابع به عنوان مهمترین عامل تاثیرگذار بر دسترسی به خدمات سلامت مطرح است.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان می دهد که وضعیت سلامت پناهجویان روهینگا رو به وخامت است. کمبود و عدم دسترسی کافی به منابع اولیه بهداشتی و درمانی مهمترین عامل تاثیرگذار بر سلامت این مهاجرین به حساب می آید. شیوع بیماری های واگیر، بیماری های مزمن غیرواگیر، سوء تغذیه و خشونت های رفتاری و آسیب های روانی از نتایج این عدم دسترسی می باشد. اقدام فوری جهت رساندن منابع لازم جهت جلوگیری از وقوع فاجعه انسانی در محل های استقرار این پناهجویان اجتناب ناپذیر به نظر می رسد.

- Bangladesh. *Natural Hazards*. 2015 ;79(3):1707-37. doi:10.1007/s11069-015-1922-4
8. Islam MM, Yunus MY. Rohingya refugees at high risk of COVID-19 in Bangladesh. *The Lancet Global Health*. 2020;8(8): e993-4 doi:10.1016/S2214-109X(20)30282-5
9. Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, Fronteira I, Lozano R, Nyongator F, Pablos-Méndez A, Quain EE. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013; 91:853-63. doi:10.2471/BLT.13.118729
10. Ministry of Health, Number of medical students attending in medical universities under Department of Human Resources for Health in the year of 2015-2016, in: *Newsletter Volume 1 No. 2, Ministry of Health and Sports, NayPyi Taw, Myanmar, 2016:21. (In Burmese)*
11. Myint P, Sein TT. Myanmar health systems in transition policy notes series, policy notes# 1; what are the challenges facing Myanmar in progressing towards universal health coverage. *World Health Organization*. 2015.
12. Ministry of Health and Sports, Human resources for health, in: *Myanmar National Health Plan (2017-2021), Ministry of Health and Sports, Nay Pyi Taw, Myanmar, 2017: 10e11.*
13. Kanchanachitra M, Lindelow T, Johnston P, Hanvoravongchai FM, Lorenzo NL, Huong SA, et al. Human resources for health in southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services, *Lancet* 377 (2011): 769e781. doi:10.1016/S0140-6736(10)62035-1
14. R.J. Holden, M.C. Scanlon, N.R. Patel, R. Kaushal, K.H. Escoto, R.L. Brown, S.J. Alper, J.M., Arnold, T.M. Shalaby, K. Murkowski, B.T. Karsh, a human

- factors framework and study of the effect of nursing workload on patient safety and employee quality of working life, *BMJ Qual. Saf.* 2011; 15e24 doi:10.1136/bmjqs.2008.028381
15. S. Bradley, F. Kamwendo, E. Chipeta, W. Chimwaza, H. de Pinho, E. McAuliffe, Too few staff, too many patients: a qualitative study of the impact on obstetric care providers and on quality of care in Malawi, *BMC Pregnancy Childbirth* 15 (2015): 65. doi:10.1186/s12884-015-0492-5
16. Tay AK, Riley A, Islam R, Welton-Mitchell C, Duchesne B, Waters V, Varner A, Moussa B, Alam AM, Elshazly MA, Silove D. The culture, mental health and psychosocial wellbeing of Rohingya refugees: a systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences.* 2019;28(5):489-94. doi:10.1017/S2045796019000192
17. Saha SK, Darmstadt GL, Hanif M, Khan R. Seroepidemiology of varicella-zoster virus in Bangladesh. *Ann Trop Paediatr Int Child Health* 2002; 22:341-5 doi:10.1179/027249302125002001
18. World Health Organization. Mortality and Morbidity Weekly Bulletin (MMWB): Cox's Bazar, Bangladesh, Volume No. 6: 19 November 2017; 2017a <http://www.searo.who.int/bangladesh/mmwbvol6.pdf>. [Accessed 29 November 2017].
19. United Nations Children's Fund. World's second largest oral cholera vaccination campaign kicks off at Rohingya camps in Bangladesh; 2017a. <http://www.unicef.org/hk/en/worlds-second-largest-oral-cholera-vaccination-campaign-kicks-off-at-rohingya-camps-in-bangladesh/>. [Accessed 21 November 2017]
20. Centers for Disease Control and Prevention. Health Information for Travelers to Bangladesh: Clinical View; 2017b. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/destinations/clinician/none/Bangladesh>. [Accessed 27 November 2017]
21. International Organization for Migration. Situation Report: Rohingya Refugee, Crisis Cox's Bazar; 2017d. https://www.humanitarianresponse.info/system/files/documents/files/171119_weekly_iscg_sitrep_final.pdf.
22. International Organization for Migration. Situation Report: Rohingya Refugee, Crisis Cox's Bazar; 2017b. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/171126_weekly_iscg_sitrep_final.pdf. [Accessed 28 November 2017].
23. Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. Myanmar: humanitarian bulletin. Switzerland: United Nations Office for Coordination of Humanitarian Affairs; 2013
24. WHO. Emergency: Rohingya crisis. Situation report number 10. https://www.who.int/docs/default-source/searo/Bangladesh/Bangladesh-rohingya-crisis-pdf-reports/sitreps/sitreps-2020/who-cox-s-bazarsitrep-10.pdf?sfvrsn=74795981_2 (accessed June 19, 2020)
25. Raju E, Ayeb-Karlsson S. COVID-19: how do you self-isolate in a refugee camp? *Int J Public Health* 2020; published online May 8. DOI:10.1007/s00038-020-01381-8 doi:10.1007/s00038-020-01381-8
26. Khan MN, Islam MM, Rahman MM. Risks of COVID19 outbreaks in Rohingya refugee camps in Bangladesh. *Public Health in Practice.* 2020 Jun 2:100018. doi:10.1016/j.puhip.2020.100018
27. UN High Commissioner for Refugees. COVID-19 preparation/response. April 2020. <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/75920>(accessed June 9, 2020).
28. Truelove S, Abraham O, Altare C, et al. The potential impact of COVID-19 in refugee camps in Bangladesh and beyond: a modelling study. *PLoS Med* 2020; 17: e1003144 doi:10.1371/journal.pmed.1003144
29. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). States of denial: A review of UNHCR's response to the protracted situation of stateless Rohingya refugees in Bangladesh. Geneva: Policy Development and Evaluation Service; 2011
30. The Equal Rights Trust. A situation report on violence against stateless Rohingya in Myanmar and their refoulement from Bangladesh. London: The Equal Rights Trust; 2012
31. Mediciens Sans Frontiers (MSF). 10 years for Rohingya refugees in Bangladesh: Past, Present and Future MSF, 2002
32. Amnesty International. "We are at breaking point": Rohingya: persecuted in Myanmar, neglected in Bangladesh. London: Amnesty International; 2016
33. Crabtree K. Economic Challenges and Coping Mechanisms in Protracted Displacement. A Case Study of the Rohingya Refugees in Bangladesh. 2010; 5:41-58. doi:10.1080/15564901003610073
34. Akhter S, Kusakabe K. Gender-based violence among documented Rohingya refugees in Bangladesh. *Indian J Gend Stud.* 2014;21(2):225-46. doi:10.1177/0971521514525088
35. Prodip. Health and Educational Status of Rohingya Refugee Children in Bangladesh. *J Population Social Studies.* 2017;25(2):135-46. doi:10.25133/JPSSv25n2.005
36. Mediciens Sans Frontiers (MSF). Tal makeshift camp: No one should have to live like this, The Rohingya people from Myanmar seeking refuge in Bangladesh: Stateless Rohingyas in Bangladesh: No one should have to live like this. MSF; 2007. Available at https://www.msf.org/sites/msf.org/files/oldcms/fms/article-images/2007-00/msf_stateless_rohingyas_briefing_paper.pdf. Accessed 8 Sept 2017.
37. United Nations High Commissioner on Refugees. South-East Asia: irregular maritime movements (Jan-Nov 2014). Geneva, Switzerland: United Nations, 2014: 1-8
38. Myo M. Final report of Inquiry Commission on Sectarian Violence in Rakhine State. Myanmar: Republic of the Union of Myanmar, 2013. http://www.burmalibrary.org/docs15/Rakhine_Commission_Report-en-red.pdf (accessed Aug 6, 2016)
39. Medicines Sans Frontiers. Myanmar: violence and intimidation leave tens of thousands without medical care. Amsterdam: Medicines Sans Frontiers, 2013
40. Fortify Rights. Policies of persecution: ending abusive state policies against Rohingya Muslims in Myanmar. Aurora, CO: Fortify Rights, 2014
41. Lee Y. Report of the Special Rapporteur on situation of human rights in Myanmar (A/69/398, dot Sep 23, 2014). Geneva,
42. Myo M. Final report of inquiry commission on sectarian violence in Rakhine State. Myanmar: Republic of the Union of Myanmar, 2013

43. Refugee Relief and Repatriation Commissioner. RRRRC Fact Sheet-Family Counting. Bangladesh: Refugee Relief and Repatriation Commissioner; 201
44. United Nations Children's Fund. Outcast and Desperate: Rohingya refugee children face a perilous future. New York: UNICEF; 2017
45. International Organization for Migration. Needs and Population Monitoring Round 6 Assessment Report-Cox's Bazar, Bangladesh. Geneva: International Organization for Migration; 2017.
46. United Nations Children's Fund. Bangladesh Humanitarian Situation report-8 (Rohingya Influx). New York: UNICEF; 2017
47. Riley A, Varner A, Ventevogel P, et al. Daily stressors, trauma exposure, and mental health among stateless Rohingya refugees in Bangladesh. *Transcult Psychiatry* 2017;54(3):304-331: doi:10.1177/1363461517705571 [published Online First: 2017/05/26] doi:10.1177/1363461517705571
48. Medicines Sans Frontiers. "No one was left" Death and violence against the Rohingya in Rakhine state, Myanmar. Msf.org. 2018 Mar [cited 2018Mar 18]. Available from: https://www.doctorswithoutborders.ca/sites/default/files/2018_-_03_-_no_one_was_left_-_advocacy_briefing_on_mortality_surveys.pdf
49. Human Rights Watch. "All my body was pain". Sexual violence against Rohingya women and girls in Burma. HRW.org. 2017 Nov 6 [cited 2018 May 2]. Available from: <https://www.hrw.org/report/2017/11/16/all-mybody-was-pain/sexual-violence-against-rohingya-women-and-girlsburma>
50. Desmon S. Rohingya refugees: A stateless people, a public health crisis. Hub.jhu.edu. 2017 Oct 18 [cited 2018 Mar 18]. Available from: <https://hub.jhu.edu/2017/10/18/rohingya-refugees-bangladesh-photo-essay/>
51. The International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). 2011 Myanmar: Cyclone Nargis 2008 facts and figures. 2011. <http://www.ifrc.org/en/news-and-media/news-stories/asia-pacific/Myanmar/myanmar-cyclone-nargis-2008-facts-and-figures/> (accessed Jan 15, 2018).
52. Site Report: 2015, Kutupalong Bangladesh; UNHCR (The UN Refugee Agency): Geneva, Switzerland, 2015.
53. Site Report: 2015, Kutupalong Bangladesh; UNHCR (The UN Refugee Agency): Geneva, Switzerland, 2015.
54. Lebano, A.; Hamed, S.; Bradby, H.; Gil-Salmerón, A.; Durá-Ferrandis, E.; Garcés-Ferrer, J.; Azzedine, F.; Riza, E.; Karnaki, P.; Zota, D.; et al. Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: A scoping literature review. *BMC Public Health* 2020 doi:10.21203/rs.3.rs-15695/v1
55. Turrini, G.; Purgato, M.; Ballette, F.; Nosè, M.; Ostuzzi, G.; Barbui, C. Common mental disorders in asylum seekers and refugees: Umbrella review of prevalence and intervention studies. *Int. J. Ment. Health Syst.* 2017, 11, 51. doi:10.1186/s13033-017-0156-0
56. Hynie, M. The social determinants of refugee mental health in the post-migration context: A critical review. *Can. J. Psychiatry* 2018, 63, 297-303 doi:10.1177/0706743717746666
57. Di Meco, E.; Di Napoli, A.; Amato, L.M.; Fortino, A.; Costanzo, G.; Rossi, A.; Mirisola, C.; Petrelli, A.; The INMP Team. Infectious and dermatological diseases among arriving migrants on the Italian coasts. *Eur. J. Public Health* 2018, 28, 910-916. doi:10.1093/eurpub/cky126
58. Hou, W.K.; Liu, H.; Liang, L.; Ho, J.; Kim, H.; Seong, E.; Bonanno, G.A.; Hobfoll, S.E.; Hall, B.J. Everyday life experiences and mental health among conflict-affected forced migrants: A meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 2020, 264, 50-68 doi:10.1016/j.jad.2019.11.165
59. Riza E, Karnaki P, Gil-Salmerón A, Zota K, Ho M, Petropoulou M, Katsas K, Garcés-Ferrer J, Linos A. Determinants of Refugee and Migrant Health Status in 10 European Countries: The Mig-HealthCare Project. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2020;17(17):6353. doi:10.3390/ijerph17176353
60. Brandenberger J, Tylleskär T, Sontag K, Peterhans B, Ritz N. A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries-the 3C model. *BMC Public Health.* 2019;19(1):755. doi:10.1186/s12889-019-7049-x
61. S.W. Lockley, L.K. Barger, N.T. Ayas, J.M. Rothschild, C.A. Czeisler, C.P. Landrigan, Harvard Work Hours, Health, Safety Group, Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance, *Joint Comm. J. Qual. Patient Saf.* 33 (2007): 7e18. doi:10.1016/S1553-7250(07)33109-7
62. Milton AH, Rahman M, Hussain S, Jindal C, Choudhury S, Akter S, et al. Trapped in statelessness: Rohingya refugees in Bangladesh. *Int J Environ Res Publ Health* 2017;14(942):1-8. doi:10.3390/ijerph14080942