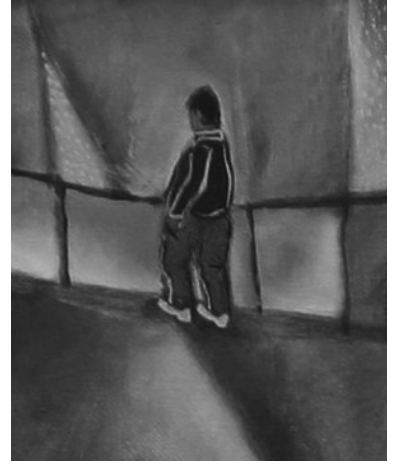


المختصر



دراسة هولندية حول طالبي اللجوء العراقيين

تأثير طول مدة إجراءات اللجوء على مدى وقوع الاضطرابات النفسية والمؤشرات الصحية الأخرى لدى طالبي اللجوء العراقيين في هولندا: دراسة وبائية.

هذه الأطروحة تبحث وعلى طريقة منهجية، طبيعة ومدى الاضطرابات الطبية النفسية وجودة الحياة والعجز الوظيفي والصحة البدنية لدى احدى أكبر مجموعة من طالبي اللجوء السياسي في هولندا. ومن ثم تبحث الأطروحة الروابط بين هذه المؤشرات - الصحية وعوامل الإصابة المحتملة مثل الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والأحداث الحياتية المرعبة وظروف الحياة المعقدة قبل وبعد الخروج من العراق (عوامل الإصابة قبل وبعد الهجرة). وتغطي الأطروحة أهمية خاصة لعلاقة طول مدة إجراءات اللجوء بذلك. ومن ثم يتم النظر الى مرافق الرعاية الصحية التي استفاد منها اللاجئ العراقي وإلى أي مدى. وتنتهي الأطروحة بالاستنتاجات المترتبة على ما توصلت اليه الدراسة، لأجل تقديم المساعدة الصحية في الواقع العملي وتقديم طرح تحليلي حول نموذج موجه مرن للتشخيص والعلاج، وملامح بصفة خاصة لطالبي اللجوء.

طالبي اللجوء الذين شاركوا في البحث (العينة) كانوا من سكنة مناطق مختلفة، منتشرة في كافة أرجاء هولندا. وقد تم جمع البيانات المستخدمة في الدراسة في السنتين 2000 و 2001.

الجزء الأول: مقدمة، المنهجية والنتائج الوصفية

في السنوات العشر السابقة لهذه الدراسة كان قد طلب أكثر من 3 ملايين شخص اللجوء في إحدى الدول الأوروبية. وكان في الفترة نفسها عدد طالبي اللجوء في هولندا 300.000، مما أدى إلى وضع ضغوط هائلة على نظام الهجرة في هذا البلد. ما يقرب من خمس عدد هذه الطلبات كان من اللاجئين العراقيين. وبسبب الأعداد الهائلة لطالبي اللجوء من جهة والسياسات التقييدية لمنح القبول من جهة أخرى، تزايد العدد الأجمالي لطالبي اللجوء المنتظرين للبت في طلباتهم في واحد من مرافق الاستقبال في هولندا من 30.000 في عام 1994 إلى 80.000 في عام 2001. وكان على كثير من هؤلاء الانتظار لمدة طويلة جدا على قرار البت هذا، ففي عام 2000 إنتظر على سبيل المثال 34.0 ٪ من إجمال المتقدمين البالغ عددهم 78.200 لأكثر من سنتين.

كان عدد كبير من طالبي اللجوء قد تعرضوا لأحداث مروعة في بلدهم الأم وكانوا بحاجة لرعاية صحية (عقلية). إن مؤسسات صحية مثل الرعاية الصحية العقلية في محافظة درينتا (GGZ Drenthe)، وجدت نفسها في موقع، مستعدة لتقديم الخدمات لجماعة من الناس لم يكونوا لغاية ذلك الوقت إلا على علم قليل يمثل هذه المؤسسات. وإن إختلاف الثقافة واللغة كان من شأنها أن تصعب عملية التواصل والعلاج. بالإضافة إلى ذلك كان من المتوقع أن يآثر طول مدة إجراءات اللجوء سلبيا على نتائج العلاج بل ويؤدى إلى زيادة المشاكل الصحية خلال فترة الانتظار. ولأن الدراسات العلمية الموجودة لحد ذلك الوقت لم تستطع أن تقدم فهما لهذه الحالة، زادت الحاجة إلى دراسة مصممة بصورة جيدة حول هذا الموضوع وهذه أدت بدورها إلى ولادة فكرة هذا البحث (دراسة هولندية حول طالبي اللجوء العراقيين).

الفصل الأول يعطي لمحة عامة عن الدراسات الهولندية والدولية المتوفرة لغاية سنة 2000 (سنة إجراء الأطروحة)، حول المشاكل الصحية لطالبي اللجوء واللاجئين. وأظهرت الكتابات هذه الكثير من المشاكل الصحية بين هذه الشريحة. إن ما يسمى بأضطراب الشدة بعد الصدمة (PTSD) بدت كثيرة الحدوث، ولكن الاضطرابات الأخرى كأضطرابات الخوف وأضطرابات الكآبة والأضطرابات الانفصالية كانت قد سجلت أيضا. وغالبا ما وجد أكثر من إضطراب نفسي واحد عند الشخص الواحد.

وكانت الدراسات الخاصة بطالبي اللجوء حصريا، نادرة جدا وكانت بالإضافة إلى ذلك تفتقر هذه الدراسات أيضا إلى مواصفات علمية هامة. ومن هذه النواقص: إستخدام عينات بحثية غير مختارة عشوائيا، قياس إحدى الاضطرابات النفسية أو اثنتين فقط (في العادة إضطراب الشدة بعد الصدمة والكآبة)، إستخدام الأدوات التي تستخدم حصريا في دراسات اللاجئين (والتي من شأنها أن تصعب عملية المقارنة مع الشرائح العامة للسكان)، عدم التركيز على عوامل مثل جودة الحياة والأعاقه الوظيفية والأعراض الصحية البدنية وكذلك وجود أكثر من مجموعة عرقية واحدة في البحث الواحد.

ومن ثم بحث في هذه الكتابات عن عوامل التعرض للمشاكل النفسية بين طالبي اللجوء واللاجئين. وعند تعريف هذه العوامل تم فرزها إلى العوامل قبل الهجرة والعوامل بعد الهجرة. على الرغم من أن الكتابات المتوفرة هذه قد أعطت الكثير من المعلومات حول أهمية عوامل الإصابة المختلفة، لكنها لم توضح التأثير النسبي لعامل الصدمات الحياتية المروعة على

الصحة، مقابل تأثير عوامل التعرض الأخرى مثل (الفترة الطويلة لإجراءات اللجوء ومشاكل مابعد الهجرة). ولذلك قمنا نحن بأستحداث دراسة جديدة خاصة بطالبي اللجوء والتي تعتمد السؤال البحثي الرئيسي التالي:

ما هو تأثير المدة الطويلة لإجراءات اللجوء على الصحة العقلية والبدنية وعلى جودة الحياة والأداء والنشاط اليومي لطالبي اللجوء العراقيين في هولندا وعلاقتها بعوامل الأصابة قبل وبعد الهجرة؟

الفصل الثاني يصف منهجية الدراسة. إذا أخذنا سؤال البحث المطروح أعلاه في نظر الاعتبار، كان من المفضل إجراء دراسة طويلة، ولكن تحقيق مثل هذا البحث لم يكن ممكناً بسبب مشاكل عملية كثيرة مثل: التنقلات السكنية الكثيرة للاجئين، مغادرة اللاجئين إلى جهات مجهولة، الترحيل أو الاختفاء بعد رفض طلب اللجوء. ولهذا السبب تم إجراء دراسة سكانية عرضية مقطعية وأخذ فيها عينات عشوائية من مجموعتين مختلفتين من حيث طول فترة البقاء (= فترة إجراءات اللجوء) في هولندا: وهما المجموعة الأولى (أقل من 6 أشهر) والمجموعة الثانية (أكثر من سنتين). وقد إستطعنا جمع وتلليل المعلومات من 294 مستطلاعاً (المجموعة الأولى: 143 والمجموعة الثانية: 151). وقد تم إستعمال قوائم إستبائية باللغة العربية، متكاملة الهيكل ومتجددة ثقافياً. وأجريت المقابلات من قبل متطوعين عراقيين مدربين تدريباً خاصاً لهذا الغرض. وقيست الاضطرابات النفسية بمقياس الاستطلاع التشخيصي الدولي المركب لمنظمة الصحة العالمية (2.1، CIDI)، وقيست جودة الحياة بمقياس (WHOQoL، Bref)، والعجز الوظيفي بمقياس إستبائية مختصر للإعاقة (BDQ) وقيست أخيراً الصحة البدنية بواسطة لائحة متطورة حديثاً تحتوي على أسئلة حول أعراض جسدية وأمراض بدنية.

وقد تم الإستفسار عن الأحداث الحياتية المروعة على أربعة فترات حياتية مختلفة للاجئ:

(1) 2-10 سنة، (2) 13 سنة - مغادرة العراق، (3) مغادرة العراق - الوصول إلى هولندا (4) بعد الوصول إلى هولندا. وإستخدم لهذا الغرض إستبانة إستبائية هارفارد للصدمة (HTQ). وتم الإستفسار بصورة مفصلة عن سابقة التعذيب النفسي والجسدي بحسب مقياس التعرض للتعذيب (ETS). بالإضافة إلى ذلك تم جمع المعلومات حول حالات الوفاة والأفصال عن الأسرة وفقدان أفراد العائلة وفقدان الممتلكات. كما وتضمنت قائمة الظروف العائلية في مرحلة النشوء، أسئلة حول ما إذا كان اللاجئ نشأ في معية أحد أو كلا الوالدين. وأحتوت القائمة كذلك على 14 بنداً حول ما إذا كان هناك إهمال للاجئ أو عدم وجود الأمان في مرحلة النشوء. وتم قياس المشاكل في فترة مابعد الهجرة، ما يسمى بالمشاكل الحياتية مابعد الهجرة (PMLP)، بإستخدام نسخة مرهمة من قائمة سيلوف (1997، Silove et al.).

وقد اعتمدت قائمة الإستبائية العربية- العراقية المستحدثة في هذا البحث، لحد كبير على النسخة العربية- الفلسطينية. وقد ترجمت هذه النسخة الأخيرة من الإنجليزية وتمت الترجمة وعملية التجديد الثقافي حسب (طريقة الخطوات السبعة). وقد قامت مجموعة متخصصة مكونة من 8 رجل وإمرأة، ذوي خلفيات عرقية ومهنية مختلفة، بتزيم القوائم الاستطلاعية المذكورة بحيث يمكن إستخدامها لشريحة اللاجئين العراقيين. وقد تم حساب التردد ومعدلات النتائج وحساب عوامل الأصابة وتقدير الفروقات بين المجموعتين، بواسطة إختبار كوادرات الشى (Chi-Quadrate test) وإختبارات ستودينت التائية (Student t-tests). وأستخدمت طريقتي تحليل الأندثار الخطي البسيط والأندثار الخطي المتعدد لدراسة الأرقام المتوقعة لعوامل الأصابة قبل وبعد الهجرة، مع تركيز خاص على تأثير مدة البقاء في هولندا على ذلك.

وبين الفصل الثالث (الجزء الوصفي للنتائج) بأن الاضطرابات النفسية لدى طالبي اللجوء العراقيين الساكنين لمدة أطول من سنتين في هولندا (المجموعة 2) أكثر بوضوح مما عليه أولئك الذين قد وصلوا لتوهم إلى هولندا (المجموعة 1). فقد كان معدل إنتشار ' إضطراب نفسي واحد أو أكثر' 42.0٪ في المجموعة 1 و 66.2٪ في المجموعة 2. كذلك كانت معدلات إنتشار إضطرابات الخوف والكلابة والهجاس (وهي المرض) أعلى بشكل ملموس في المجموعة 2 مقارنة مع المجموعة 1. وكانت نسبة إضطراب الشدة بعد الصدمة مرتفعة في كلا المجموعتين، ولم يكن الإختلاف بين المجموعتين ملموساً ($p > 0.05$). وكان الإدمان على الكحول موجوداً فقط في المجموعة 2. علاوة على ذلك أظهرت المجموعة 2 درجات منخفضة لجودة الحياة وأخرى عالية للعجز الوظيفي والأعراض الجسدية. وتبين بأن تقريباً كل (5 من 6) من الأعراض الجسدية المزمنة كانت قد سجلت أكثر لدى المجموعة 2 مقارنة مع المجموعة 1. كانت النسبة المئوية للأحداث الحياتية المروعة كبيرة، على سبيل المثال: أوضاع قتالية (41.8 ٪)، مشاهدة وفاة أفراد العائلة أو الأصدقاء (45.0 ٪)، السجن (32.3 ٪)، التعذيب (29.3 ٪). كانت أكثرية مشاكل مابعد الهجرة المذكورة مرتبطة بإجراءات اللجوء والقضايا المتعلقة بالعائلة. هذا وقد أدلى عدد كبير (74.2 ٪) من المستطلعين في المجموعة 2 بأنهم يتعرضون للقلق بسبب عدم السماح لهم بالعمل وبصورة عامة أضررت المجموعة 2 نسبة أعلى من كل من الأحداث الحياتية المروعة ومشاكل مابعد الهجرة. وأظهرت النتائج الوصفية للأستفادة من الرعاية الصحية بأن (71.4 ٪) من المستطلعين قد أستخدم في الشهرين الأخيرين قبل المقابلة، بصورة ما إحدى أشكال الرعاية. وعلى الرغم من أن الفريق 2 أظهرت النسبة الأكبر من المشاكل الصحية، إلا أنهم لم يستخدموا خدمات العائلة أو الأخصائي (غير النفسي) أكثر من قرانهم في الفريق 1. صحیح بأن المجموعة 2 قد إستخدموا خدمات الصحة العقلية بنسبة (9.3 ٪)، ولكن هذه النسبة تعتبر منخفضة بالمقارنة مع أرقام

شروع الأضطرابات النفسية المشار إليها سابقا. كانت نسبة استخدام العقاقير الطبية في المجموعة 2 أعلى بنسبة ملموسة. وفي نهاية هذا الفصل سأل عن رأي المستطلعين حول المقابلة بصورة عامة، وما هو جدير بالذكر كان رأي أكثر من نصف المشاركين حول المقابلة إيجابيا.

الجزء الثاني : تحليل المحددات والنتائج

في الفصل الرابع تتم دراسة ووصف أرقام معدل انتشار الأضطرابات النفسية (السايكوباتولوجي) ونتائج التحليل الأنداري اللوجستي. وباستخدام هذا النوع من التحليل، حسبنا التأثير النسبي للعوامل الأتجتماعية - الديموغرافية وعوامل الأصابة قبل وبعد الهجرة بالنسبة للسايكوباتولوجي. ولكي نتمكن من دراسة تأثير الإجراءات الطويلة لمدة اللجوء، أدخلنا عضوية المجموعة 2 في التحليل. ولأنه كان من الممكن أن يختلف المجموعتين بالنسبة لعوامل إصابة مهمة، تم الأعتداع في التحليل على قائمة تفصيلية للبيانات الأتجتماعية - الديموغرافية، مثل: العمر والجنس والحالة الزوجية والأطفال والعرق والدين وقابلية الكتابة والقراءة والخلفية الجغرافية والمستوى التعليمي والمهنة في العراق والمهارات اللغوية والمشاكل النفسية في الماضي. وقد تم حساب متوسط الأرقام المسجلة بالنسبة لقائمة ظروف الأسرة في فترة النشوء والقوائم الأربعة للأحداث الحياتية المروعة وأدرجت هذه الأرقام في التحليل. ولأنه كان من خلال الدراسات السابقة معروفا بأن التعذيب عامل مهم للأصابة بالأضطرابات النفسية (خاصة إضطراب الشدة بعد الصدمة) أدرج هذا البند بشكل منفصل في التحليل. ولقد أظهرت نتيجة التحليل بالنسبة "الواحدة من الأضطرابات النفسية أو أكثر" بأن عضوية المجموعة 2 هو أهم عامل من عوامل الأصابة (OR: 2.16)، النتيجة لا تنطبق على جنس الأنثى (OR: 2.58). بعبارة أخرى: تؤدي إجراءات اللجوء الطويلة المدة إلى مضاعفة التعرض لإضطراب نفسي بضعفين، بغض النظر عن الأحداث في البلد الأم. عوامل الإصابة الأخرى هي: الأحداث الحياتية المروعة في مرحلة النشوء (لغاية السنة 13 من العمر) (OR: 1.28)، في الفترة بين 13 سنة ومغادرة العراق (OR: 1.35) وبعد الوصول إلى هولندا (OR: 1.66). هذا ولم تظهر الأحداث الحياتية المروعة في الفترة ما بين مغادرة العراق والوصول إلى هولندا أية زيادة للأصابة. كذلك بالنسبة لعامل "التعذيب" لم يظهر أية زيادة للأصابة بإضطراب نفسي في هذا التحليل. كما أظهر تحليل حالات إضطرابات الكتابة وإضطرابات الخوف وإضطراب الهجاس (وهو المرض) بأن إجراءات اللجوء الطويلة والأحداث الحياتية المروعة بعد الوصول إلى هولندا أدت إلى نسبة أعلى للأصابة (OR أكبر)، إذا ما قورنت بالأحداث الحياتية المروعة في الفترات السابقة.

في الفصل الخامس تم وصف ونقاش مدى الأهتمام بكيفية العلاقة بين مشاكل ما بعد الهجرة والسايكوباتولوجي. وكان الهدف من هذه التحليل بصفة أكبر، لأجل فهم الطريقة التي أثرت بها إجراءات اللجوء الطويلة على ظهور المرض النفسي (السايكوباتولوجي). ومن خلال عملية تحليل العوامل ظهرت الإمكانية بتقسيم مشاكل ما بعد الهجرة إلى 5 حزم: العوامل المتعلقة بالعائلة، التمييز، العوامل المتعلقة بإجراءات اللجوء، الظروف المعيشية الأتجتماعية والأقتصادية وأخيرا العوامل الأتجتماعية - الدينية. أما مشاكل اللغة والعوامل المتعلقة بالعمل فلم يكن من الممكن إدراجهما في أية من هذه الحزم الخمسة، لذلك تم إدراجهما في حزم خاصة لتحليل أخرى لاحقة. هذا وقد قارنا الأرقام المسجلة لمشاكل ما بعد الهجرة للمستطلعين المصابين وغير المصابين (بأنواع مختلفة) من السايكوباتولوجي، فوجدنا بأن كافة الفروق بين الفريقيين كانت معتبرة وملموسة. وقد بينت التحليل من نوع الأندادار الخطي المتعدد بأن الحزم الأتية تظهر أقوى ارتباط مع ظهور السايكوباتولوجي: الفلق بسبب العوامل المتعلقة بإجراءات اللجوء مثل (عدم وضوح إمكانية الحصول على تصريح الأقامة، التخوف من الأراجاع إلى البلد الأم وعدم وضوح آفاق المستقبل)، الفلق بسبب العوامل المتعلقة بالعائلة مثل (فقدان العائلة، الفلق حول العائلة في العراق، عدم إمكانية الرجوع إلى البلد في حالة حدوث مكروه للعائلة والوحدة) والفلق بسبب عدم السماح بالعمل. رقم أعلى لعامل عدم جواز العمل أدى إلى زيادة التعرض "الواحدة أو أكثر من الأضطرابات النفسية" بنسبة 44٪. وكما سبق الذكر في الفصل الثالث كان هذا النوع من "مشاكل حياتية ما بعد الهجرة" أكثر ذكرا من قبل المستطلعين في المجموعة 2.

الفصل السادس يبحث مقاييس النتائج، جودة الحياة والعوق الوظيفي والصحة البدنية وعلقتها بالسايكوباتولوجي وبمشاكل ما قبل ومابعد الهجرة. المجموعة 2 أظهرت معدلا أكثر إنخفاضا بالنسبة للسؤالين العاميين حول جودة الحياة وبالنسبة لثلاثة من المجالات الأربعة (الصحة البدنية والصحة النفسية والبيئة الحياتية). فقط بالنسبة للمجال الرابع (العلاقات الأتجتماعية) لم يكن الفرق بين المجموعتين فرقا ملموسا أو ذو دلالة. وتبين بأن العوق الوظيفي لدى المجموعة 2 كان أشد: معدلات أعلى بالنسبة لكل من (العوق البدني والعوق الأتجتماعي) وكذلك (المجموع الكلي لأيام الشهر الأخير المتصصة بمعوقات كبيرة). الأمراض البدنية عند المجموعة 2 لم تكن تحدث بنسبة ملموسة أكبر، مقارنة بالمجموعة 1، كما هو الحال مع الأعراض البدنية. ففي المجموعة 2 أدلى 66.2٪ من المشاركين بوجود عرض بدني واحد أو أكثر مقابل 38.5٪ في المجموعة 1. وأظهرت التحليل الأندادارية المختلفة بأن كلا من العوق الوظيفي والصحة البدنية كانت ذات علاقة بحدوث المرض النفسي (السايكوباتولوجي). وبعدما أضيفت عوامل ما قبل ومابعد الهجرة إلى التحليل، بدت بوضوح بأن "طول فترة البقاء في هولندا" وأحداث الحياة المروعة ومشاكل الحياة ما بعد الهجرة المختلفة، كانت متنبات لمقاييس النتائج، وبغض النظر عن

السيكوباتولوجي. وبصياغة أدق: كل من طول فترة البقاء في هولندا، أحداث الحياة المروعة في هولندا، المجموع الكلي لأيام الشهر الأخير المتصفة بمعوقات كبيرة والحزمة "ظروف الحياة الاجتماعية - الاقتصادية" من المشاكل الحياتية مابعد الهجرة، تنبأت بمعدلات منخفضة لجودة الحياة. والسيكوباتولوجي (أي ' اضطراب نفسي واحد أو أكثر، اضطرابات إكتئابية واضطرابات وهامية)، السن الكبير وحزمة 'البند المتعلقة بالعائلة' من المشاكل الحياتية مابعد الهجرة تنبأت بدورها بعجز وضيقي أكبر. وتم التنبؤ بحدوث أعراض جسدية مزمنة بسبب السيكوباتولوجي (بعبارة أخرى، اضطرابات إكتئابية واضطرابات الخوف واضطرابات وهامية)، ولكن كذلك بسبب طول فترة البقاء في هولندا وأحداث الحياة المروعة في الفترة بين سن 13 ومغادرة العراق وعامل الجنس الأثوى وحزمة 'البند المتعلقة بالعائلة' من المشاكل الحياتية مابعد الهجرة.

الفصل السابع يصف استخدام المرافق الصحية الوقائية والعلاجية (البدنية والعقلية) ويبين أوجه الارتباط بين هذا الاستخدام والمتغيرات المبحوثة المتنبئة. بالنسبة لاستخدام مرافق الرعاية الصحية تفرز الدراسات ثلاثة مجموعات متميزة من المتغيرات: قابلية الإصابة وتحسين الاستخدام والحاجة للرعاية القابلة وإستعداد الإصابة تقاس بالعوامل: العمر والجنس والدين والعرق و'عضوية المجموعة 2' (أي مدة الإقامة). متغيرات الحاجة للرعاية التي أدرجت في البحث كانت: الاضطرابات النفسية، الصحة البدنية، جودة الحياة والعجز الوظيفي. وبالإضافة إلى ذلك تم إضافة المشاكل الحياتية مابعد الهجرة كمجموعة مستقلة ضمن متغيرات الحاجة للرعاية. ولم يتم قياس متغيرات تحسين الاستخدام لأن الخدمات الصحية العادية في هولندا متوفرة ومسموحة من دون عقبة مالية لطالبي اللجوء. وقد تم في التحليل الأول دراسة العلاقة بين السيكوباتولوجي واستخدام الرعاية. أظهرت نتائج هذه التحليل أن إستخدام المصابين بالأمراض النفسية لمرافق الرعاية أعلى بنسبة ملحوظة مقارنة بغير المصابين ممن شملهم الأستطلاع (70% مقابل 54.5%). وكانت هذه النتيجة تنطبق على كل من إستخدام الرعاية الوقائية وإستخدام الرعاية العلاجية. المستطلعين المصابين بالأمراض النفسية في المجموعة 1 ترددوا على الأطباء الأخصائين (غير النفسيين) أكثر بكثير مما هو عليه الحال بالنسبة للمستطلعين المصابين بالأمراض النفسية في المجموعة 2. إستخدام الأدوية (المسكنات والدواء المقلل للخوف والمنومات) كان في كلا المجموعتين أعلى لدى المستطلعين المصابين بالأمراض النفسية. التحليل الأخرى التي أدرجت فيها كل المتغيرات، أظهرت أنماطاً مختلفة من المؤشرات لأستخدام مرافق الرعاية المختلفة. يستنتج من هذه التحليل بأن إجراءات اللجوء الطويلة ليست مؤشراً لزيادة الاستفادة من الرعاية الصحية، باستثناء إستخدام الرعاية الصحية النفسية (GGZ) وتعاطي الأدوية. إن السيكوباتولوجي يؤدي إلى إستخدام أكبر للرعاية، ولكن عند تصحيح هذه العلاقة بالنسبة لتأثير العوامل الأخرى كقابلية الإصابة والحاجة للرعاية، يتبين لنا بأن تأثير العوامل الأخرى مثل العجز الوظيفي والمعدل المنخفض لجودة الحياة أكبر من ذلك. الأستنتاج الأخر للتحليل هو أن وجود ' اضطراب نفسي واحد أو أكثر' مؤشر إلى إستشارة طبيب أخصائي (غير طبيب نفسي)، وليس مؤشراً لأستخدام مرافق صحي عقلي (GGZ). بصورة عامة إستخدام المرافق الصحية العقلية منخفضة جداً، إذا ما قورنت بنسبة إنتشار الأمراض النفسية (السيكوباتولوجي): أكثر من 80% من طالبي اللجوء المصابين باضطراب نفسي يستفيد من خدمات المرافق الصحية، ولكن 8.8% فقط منهم يتردد على مصحة للأمراض العقلية.

الجزء الثالث : إستعمالات الأطروحة في واقع تقديم الخدمات

الفصل الثامن يعالج الآثار التطبيقية لنتائج الدراسة لصالح واقع تقديم الخدمات ويقدم الفصل أنموذجاً تشخيصياً وعلاجياً من التوجه. وأهم فوائد هذه النتائج: هناك حاجة ماسة إلى مرحلة تشخيصية شاسعة ومنظبطة وأن العلاج لا ينبغي أن يركز في المقام الأول على الصدمات الحياتية وأحداث الحياة في الماضي ولكن يجب أن يهتم بجدياً بمشاكل الحياة اليومية (الظروف) والقلق المستمر من جراء إجراءات اللجوء. ولهذا يتم التوصية بتقديم علاج من التوجه. في هذا الفصل يتم الحديث عن عدد من المصادر البيولوجية والنفسية والاجتماعية والدينية والثقافية المرنة ويتم ترجمتها إلى علاج طالبي اللجوء.

ما يسمى بأنموذج "العلاج المرن الموجه والأستراتيجيات ROTS" يتضمن مفهومي القلق والضعف وجانبين من المرونة: القوة الشخصية (مثل التعامل مع المشاكل) والدعم الاجتماعي. ويعتبر الضعف والقوة في الأنموذج خصائص شخصية (عوامل داخلية) ويعتبر القلق والدعم خصائص بيئية (عوامل خارجية). ويسمى هذا الأنموذج في الهولندية (SSKK). ولكي يصبح الشخص سليماً ويبقى سليماً يرى النموذج وجود الحاجة إلى توازن حركي (دينامي) بين هذه العوامل المختلفة. هذا الأنموذج (ROTS) يساعد على فهم العوامل المهمة في مرحلة التشخيص والتي قد تؤثر على الأعراض الصحية. وإذا أحسن تطبيق هذا النموذج بصورة جيدة، فإنه يوفر العديد من الأفكار والخيارات اللازمة للمرحلة العلاجية. في رأينا ومن خلال تجاربنا نقول بأن نموذ (ROTS) يمكن تطبيقه بصورة جيدة في جميع أنواع العلاجات لطالبي اللجوء. إستنتاج هذا الفصل هو أن الخيارات العلاجية تصبح على كل حال محدودة بسبب وجود الضغط والقلق المستمر وبسبب وجود مركب الاضطرابات النفسية المتعلقة بالقلق، ولكن العلاج لطالبي اللجوء هو ممكن. و يبقى هذا الأستنتاج بحاجة إلى أدلة علمية بعد.

في الفصل التاسع يتم وصف النتائج والأستنتاجات الأكثر أهمية للأطروحة، ويليهما بعض التخمينات المنهجية بشأن تصميم البحث وطريقة أخذ العينات والأستجابة والخصوصية والوسائل المستخدمة والترجمة وتجديد الأستبيانات ثقافيا لجعلها قابلة للأستعمال. بعد المناقشة العامة يتم صياغة بعض التوصيات. هذه التوصيات تخص البحوث المستقبلية والصحة العامة والدولة والساسة وصناع القرار.

النتيجة النهائية لهذه الدراسة هي أن إجراءات اللجوء الطويلة تؤثر سلبيا على الحالة الصحية العامة لطالبي اللجوء. وهذه الحالة الصحية السيئة لاتعني فقط معاناة اللاجئين المعنيين، ولكن تترك ذلك سلبيا على عملية الأندماج في هولندا أو في البلد الذي يعيش فيه اللاجئ.