सन् २०२० जुनमा नेपालको त्रिभुवन अन्तराष्ट्रिय विमानस्थल, काठमाण्डौंमा, खाडीमा काम गर्ने आफ्नी छोरीको स्वदेश फर्काईएको शव नियाल्दै एक नेपाली आमा
© Narayan Maharjan/NurPhoto/Getty Images

कार्यकारी सारसंक्षेप

खाडी क्षेत्रका तेलका धनी ६ राष्ट्रहरू (बहराइन, कुवेत, ओमान, कतार, साउदी अरेबिया र संयुक्त अरब एमिरेट्स) को अर्थतन्त्र भारत, नेपाल, पाकिस्तान, बङ्लादेश, श्रीलङ्का र फिलिपिन्स जस्ता एसियाली राष्ट्रहरूका न्यूनतम पारिश्रमिकमा काम गर्ने आप्रवासी श्रमिकहरूमा निकै निर्भर छ। यी श्रमिकहरूले घरेलु सेवा, आतिथ्यता/पर्यटन क्षेत्रदेखि निर्माण क्षेत्रसम्मका विविध क्षेत्रहरू धानेका छन् । अन्तर्राष्ट्रिय सञ्चार माध्यममा उनीहरू माथिको संरचनागत दुर्व्यवहार र शोषणको व्यापक आलोचना भइरहेका छन्। विशेष गरी कतारमा सन् २०२२ मा आयोजना हुने विश्वकपको लागि तयारी सन्दर्भमा समेत आलोचना भइरहेको छ । यसका बावजुद खाडी राष्ट्रहरूले संरचनात्मक श्रम सुधारलाई धेरै हदसम्म बेवास्ता गरेका छन् भने उद्गम राष्ट्रहरू (Origin States) पनि विदेशमा रहेका आफ्ना नागरिकहरूको लागि उचित सुरक्षा सुनिश्चित गर्न असमर्थ भएका छन् । आप्रवासनका कारण हुने उद्गम राष्ट्रहरूको अपेक्षित लाभ दक्षिण एसियाली र दक्षिणपूर्वी एसियाली श्रमिक भर्ना उद्योगको (Recruitment Industry) यससँग निहित स्वार्थहरू र खाडी राष्ट्रहरूको आफ्नो आर्थिक र राजनीतिक लाभको प्रभावकारी प्रयोग जस्ता दृष्टान्तहरूले उद्गम राष्ट्रहरूले किन कहिल्यै पनि आफ्ना श्रमिकहरूका लागि सामूहिक रूपमा राम्रो सुरक्षाको माग गरेनन् भन्ने विषयलाई धेरै हदसम्म प्रष्ट्याउँदछ। अधिकारकर्मी समूह, ट्रेड युनियन, प्राज्ञ तथा सञ्चार माध्यमहरूले यी श्रमिकहरूका नियमित रूपमा भोग्नु पर्ने गम्भीर दुर्व्यवहारहरूको व्यापक रूपमा अभिलेखीकरण गरी सम्बध्द नीति, कानून, तथा अभ्यासहरू समेत पहिचान गरेका छन्। तथापि यस अध्ययनले वास्तविक रूपमा कति सङ्ख्यामा यी श्रमिकहरूको मृत्यु भइरहेको छ वा उनीहरूको मृत्युका कारणहरू के हुन् भन्ने थाहा नपाउनु एउटा उल्लेख्य रिक्तता हो ।

यो परियोजनाले यी र यस्ता प्रश्नहरूका जवाफ दिने कोशिस गर्नुका साथै खाडीमा न्यून पारिश्रमिकमा काम गर्ने आप्रवासी श्रमिकहरूको स्वास्थ्य र जीवनलाई थप सुरक्षित गरी अनाहक जीवन गुमाएकाहरूको परिवारलाई क्षतिपूर्ति सुनिश्चित गर्ने नीतिहरूको प्रस्ताव र पैरवी गर्ने प्रयत्न गर्नेछ। यस विषयमा हामीलाई हालसम्म प्राप्त भएका जानकारीका आधारमा प्रस्तुत विषयको सामान्य चित्रण गर्नु र सन् २०२२ र २०२३ मा विस्तृत रूपमा यसको विषयगत पूरक प्रतिवेदनहरु क्रमशः प्रस्तुत गर्दै जानु यो प्रारम्भिक प्रतिवेदनको उद्देश्य रहेको छ ।

न्यून पारिश्रमिकमा काम गर्ने आप्रवासी श्रमिकहरूको स्वास्थ्यमा बढ्दो क्रममा देखा परेका जोखिमहरू

अरबका खाडी राष्ट्रहरूको कुल जनसङ्ख्या ५ करोड ८० लाख को ५२% सङ्ख्या, लगभग ३ करोड, आप्रवासीहरूको रहेको छ[1] । यी आप्रवासीहरूको उल्लेख्य सङ्ख्या, ७० देखि ८० प्रतिशतले, खाडी राष्ट्रहरूको न्यून पारिश्रमिक भएका आर्थिक क्षेत्रहरूमा काम गर्दछन् । खाडीमा न्यून पारिश्रमिकमा काम गर्ने आप्रवासी श्रमिकहरूले विभिन्न

1. This statistic is based on the estimates provided in the United Nations Department of Economic and Social Affairs International Migrant Stock 2019.

शारीरिक र मानसिक स्वास्थ्यसम्बन्धी जोखिमहरू भोग्नुपर्ने सम्भावना रहन्छ । यी जोखिमहरू कार्यस्थल, उनीहरूको जीवनयापनका अवस्थाहरू (उनीहरूको आवास र छरछिमेकको अवस्थाद्वारा सिर्जित) र वरपरको वातावरणबाट उत्पन्न हुन्छन् । यी गाम्भीर्यका आधारमा भिन्न भिन्न हुन्छन् तर यसका बारेमा निकै कम मात्र अध्ययन गरिएका तथ्य जानकारीमा आएका छन् । केही जोखिमहरु अरूभन्दा मापनयोग्य छन् तर यी क्रमशः बढ्दै जाने प्रकृतिका हुन्छन्, जब यी एक आपसमा थपिइन्छन् (जुन प्रायः हुन्छ), यसको नकारात्मक प्रभाव पर्न सक्ने सम्भावना रहन्छ ।

गर्मी र आर्द्रता सबैभन्दा सजिलै मापन गर्न सकिने जोखिमहरू मध्ये पर्दछन् तर यसको सुरक्षा सतर्कताको भने स्पष्ट रूपमा अभाव देखिन्छ । कुवेतका अनुसन्धानकर्ताहरूले गैर-कुवेती पुरुषहरू तातो तापक्रमबाट 'दोब्बर देखि तेब्बर मृत्युको जोखिमका साथ' प्रभावित रहेका छन् भन्ने तथ्य सन् २०२० मा पत्ता लगाएका थिए[2] । गर्मी र कतारमा रहेका नेपाली आप्रवासी श्रमिकहरूको मृत्युबीचको अन्तरसम्बन्ध रहेको तथ्य सन् २०१९ मा प्रकाशित एक अनुसन्धानले पत्ता लगाएको थियो[3] । त्यसैगरी, न्यूयोर्क विश्वविद्यालयका प्रध्यापक प्रोफेसर नताशा इस्कन्दरले कतारका विभिन्न निर्माण स्थलहरूको अनुसन्धान गरी श्रमिकहरूमा गर्मीको प्रभावलाई उल्लेख गरेकी छिन्[4] ।

> गर्मीले उनीहरूको शरीरलाई क्षति पुर्‍याएको थियो । उनीहरूले बान्ता हुने, टाउको र मांसपेशी दुख्ने, एक्कासी सास फेर्न गाह्रो हुने वा तीव्र थकान महसुस भई शारीरिक पीडाले आफूलाई थिचेको जस्तो महसुस भएको अनुभव गरेका थिए । असहजताका कारण दिनको अन्त्यमा उनीहरू खान, नुहाउन वा लुगा फेर्न समेत नसक्ने स्थितिमा पुगेको उनीहरुको अनुभव थियो । उनीहरूको शरीरभरि गर्मीका घमौरा खटिरा फैलिएका थिए भने शरीर थरथराएर असहज भएको थियो । यी सबै 'हिट स्ट्रेस ईन्जुरी'का (*heat stress injury*) लक्षणहरू थिए जसलाई अक्सर अङ्गमा आघात भएको सूचक मानिन्छन् ।

अत्यन्त कठोर मौसमका कारण बाह्य काम गर्ने विदेशी श्रमिकहरूलाई हुन सक्ने जोखिम न्यूनीकरण गर्ने कानुन कुनै पनि खाडी राष्ट्रहरूसँग छैन । खाडीका प्रत्येक राष्ट्रले गर्मीका महिनाहरूमा अपरिपक्क कार्य घण्टा प्रतिबन्ध (rudimentary summer working hours ban) लागु गर्दछन् । जस अन्तर्गत दिनका निश्चित घण्टाहरूमा काम गर्न पूर्ण प्रतिबन्ध लगाइन्छ । संरक्षणको यस विधिलाई पुष्टि गर्ने निश्चित प्रमाणको अभाव छ । साथै यस्ता प्रतिबन्धहरू लागु हुने दैनिक समय र अवधिहरूमा एकरूपताको अभाव छ । यसले यी सुरक्षा उपायहरूको गैर-वैज्ञानिक चरित्रलाई औंल्याउँदछ।

नेपालका बमबहादुर केसीको ३० वर्षको उमेरमा २०२१ को मे महिनामा कतारमा निधन भएको थियो । मृत्युको समयमा उनी निर्माण क्षेत्रमा कार्यरत थिए। उनले परिवारलाई आफ्नो काम शारीरिक रूपमा जोड पर्ने खालको रहेको बताएका थिए। बम २०२१ मे महिनाको १० तारिख राति करिब १० बजे सुत्न गएका थिए । बिहान उनका सहकर्मीहरूले उनलाई ओछ्यानमा मृत अवस्थामा पाए । भाइटल साइन्स पार्टनरशिप (Vital Signs Partnership) लाई उनको परिवारले देखाएको मृत्यु प्रमाणपत्रमा बमको मृत्युको प्रमाणित कारण "प्राकृतिक कारणले गर्दा तीव्र हृदयाघात" भएको दर्शाउँदछ। उनको मृत्यु भएको समयमा दिनको तापमान ४० डिग्री सेन्टिग्रेड पुगिसक्दा पनि काम गर्ने समयमा कुनै प्रतिबन्ध लागिसकेको थिएन[5] ।

खाडीमा आप्रवासी श्रमिकहरू एक प्रकारको मृगौला सम्बन्धी दीर्घ रोग 'CKDnt' बाट पीडित हुन सक्छन् भन्ने स्वास्थ्य अनुसन्धानकर्ताहरूको विश्वास रहेको छ । यसले कडा काम गर्ने पुरुषहरूलाई तातो मौसममा विभिन्न अनुपातमा असर गरेको देखिन्छ[6] । खाडीका आप्रवासी श्रमिकहरूमा यो रोगको व्यापकता बारे तथ्याङ्क र अनुसन्धानको अभाव रहेको छ । यद्यपी नेपालको एक विशिष्ठ हेरचाह केन्द्रमा सन् २०१९ को जनवरी देखि जुलाईमा गरिएको एउटा अध्ययनका अनुसार खाडी राष्ट्रहरू र मलेसियाबाट फर्किने नेपाली आप्रवासी श्रमिकहरूमा दीर्घकालीन मृगौला रोगको प्रकोप बढेको पाइएको छ[7] ।

खाडीमा बाह्य काम गर्ने श्रमिकहरूले सामना गर्ने पर्यावरणीय जोखिमहरूमा गर्मी र आर्द्रता मात्र पर्दैनन् । सबै खाडी राष्ट्रहरूमा वर्षैभरि प्रायः धुलोको आँधी आइरहन्छ । कुवेतमा सन् २००० देखि २०१६ सम्म १७ वर्षको समयावधिमा प्रदुषित वायुको संक्रमण र तीव्र मृत्युदर बीचको सम्बन्धलाई सन् २०१९ को एक प्रतिवेदनले अन्वेषण गरेको थियो[8] । उक्त प्रतिवेदनको निष्कर्षमा गैर-कुवेती पुरुषहरूमा धुलो नभएका दिनहरू भन्दा धुलो आँधीका दिनहरूमा मृत्युको जोखिम ५% बढी रहेको उल्लेख गरिएको छ ।

दुर्व्यवहारपूर्ण काम गर्ने अवस्थाले गर्दा यी जोखिमहरू अझ जटिल हुन्छन् । जसमा अक्सर अत्यधिक काम गर्ने घण्टाहरू पनि पर्दछन्। पेसागत स्वास्थ्य विशेषज्ञहरु पुरुषहरुको विषम अनुपातमा पेसागत रोगहरुबाट उच्च दरले मृत्यु हुनुको कारणका रुपमा भारी शारिरिक परिश्रममा संलग्न हुनुलाई आंशिक रुपमा जिम्मेवार ठान्दछन् । पेसागत रोगका कारण मृत्यु हुने विश्वव्यापी कुल सङ्ख्याको ८०% पुरुषहरूको रहेको छ[9] । निर्माण क्षेत्रमा कार्यरत श्रमिकहरूले यस्ता कामहरूमा रहने अन्तर्निहित खतराहरू र पेसागत स्वास्थ्य र सुरक्षाका (Occupational Health and Safety (OHS) अनुपयुक्त अभ्यासहरूका कारण आफ्नो शारीरिक स्वास्थ्यमा जोखिमहरूको सामना गरिरहेका हुन्छन् । उदाहरणका लागि मस्कटको सुल्तान काबूस विश्वविद्यालयको सिभिल र आर्किटेक्चरल इन्जिनियरिङ विभागका अनुसन्धानकर्ताहरूले साधारणतया 'निर्माण उद्योगमा OHS बारे ज्ञान र जानकारीको कमी' लाई औंल्याएका छन् र कसरी यस क्षेत्रमा 'यससम्बन्धी नियमहरूको कार्यान्वयनमा नाटकीय भिन्नता छ ।' भन्ने बारे विस्तृत प्रमाण उपलब्ध गराएका छन्[10] । सुपरभाइजरले अक्सिजन सिलिन्डर बिना नै ढल निकासको मङ्गालमा प्रवेश गर्न निर्देशन दिएका कारण बङ्गलादेशको तङ्गैल जिल्लाका ३७ वर्षीय किसान जुल्हास उद्दिनको अक्टोबर २०१७ मा मृत्यु भएको थियो । उनको

2. Barak Alahmad, Ahmed F. Shackarchi et al., "Extreme temperatures and mortality in Kuwait: Who is vulnerable?", Science of the Total Environment, vol. 732, (25 August 2020).
3. Bandana Pradan, Tord Kjellstrom, Dan Atar, Puspa Sharma, Birendra Kayastha, Ghita Bhandari, Pushkar K. Pradhan, "Heat Stress Impacts on Cardiac Mortality in Nepali Migrant Workers in Qatar", Cardiology, 2019,
4. Natasha Iskander, "Does Skill Make Us Human?: *Migrant Workers in 21st-Century Qatar and Beyond*", Princeton University Press, (November 2021).
5. Historical daytime temperature data available at timeanddate.com and May 2021 temperatures for Doha available at https://www.timeanddate.com/weather/qatar/doha/historic?month=5&year=2021
6. CKDnt stands for Chronic Kidney Disease of unknown etiology.
7. N. Dhakal, N. Bhurtyal, P. SIngh, D. Shah Singh, "Chronic Kidney Disease in Migrant Workers in Nepal", Kidney International Reports (2020), p. 58.
8. Barrak Alahmad et al,. "Acute effects of air pollution on mortality: A 17-year analysis in Kuwait", Environment International, (March 2019).
9. See Paivi Hamalainen, Juka Takala, Kaija Leena Saarela, "Global Estimates of Fatal Work-Related Diseases," American Journal of Industrial Medicine 50, 2007, p. 29.
10. Amjaad Al Ghafri et al, "Evaluating the Occupational Health and Safety Practices in Small and Medium Construction Companies in Oman", International Journal of Structural and Civil Engineering Research, (November 2020).

परिवारले भाईटल साईन्स् पार्टनरसिप (Vital Signs Partnership) लाई बताएअनुसार कुन परिस्थितिमा उनको मृत्यु भयो भन्ने बारेमा कुनै अनुसन्धान भएको थिएन र उनको मृत्यु प्रमाणपत्रमा मृत्युको कारण 'मुटु र श्वासप्रश्वास रोकिएको' भनेर उल्लेख गरिएको थियो । नोभेम्बर २०१८ मा अदील रियाजको साउदी अरबमा मृत्यु हुँदा उनी २२ वर्षका मात्र थिए । उनकी आमाले भाईटल साईन्स् पार्टनरसिपलाई बताएअनुसार अदिलको काम गर्ने अवस्था 'भयानक' थियो। अदिल तथा उनका सहकर्मीहरू प्रायः जसो कुनै पनि पर्यवेक्षण बिना नै काम गर्ने गरेको उनकी आमाले बताइन् । 'साइटमा सबैजना तल्लो पदका थिए । उनीहरूले बिजुलीका नाङ्गा तारहरू भएको गलत ठाउँमा भर्याङ राखेका रहेछन् । उनीहरू सबैलाई करेन्ट लाग्यो । दुई जना गम्भीर घाइते भए भने अन्य दुई जनाको मृत्यु भयो।' अदीलको मृत्यु प्रमाणपत्रमा भने मृत्युको कारण 'विद्युत सर्ट सर्किट' भनेर जनाइएको र 'प्राकृतिक' मृत्यु भएको उल्लेख गरिएको छ ।

माथि उल्लिखित जोखिमहरूले पुरुष श्रमिकहरूलाई विषम अनुपातमा असर गरेता पनि आप्रवासनको लैङ्गिक पक्षबाट हेर्दा महिलाहरू पनि आफ्ना काम गर्ने अवस्थाहरूका कारण गम्भीर जोखिममा छन् । महिलाहरूलाई घरेलु कामले शारीरिक, मानसिक र यौन दुर्व्यवहारको जोखिममा पार्दछ भन्ने कुरा लामो समयदेखि स्थापित भइसकेको छ । यस्ता दुर्व्यवहारहरू खाडीमा व्यापक रूपमा अभिलेख गरिएका छन् । ह्युमन राइट्स् वाचको (Human Rights Watch) ओमान र संयुक्त अरब इमिरेट्समा घरेलु श्रमिकहरू माथि हुने दुर्व्यवहारको अभिलेखीकरण गरेको एक प्रतिवेदनमा अन्तरवार्ता लिइएका ८७ मध्ये २१ घरेलु श्रमिकहरूले'खाडीमा शोषणयुक्त कार्य अवस्थाका कारण स्वदेश फिर्ता पश्चात मनोवैज्ञानिक वा स्वास्थ्य समस्याहरू 'भोगेको भनी उल्लेख छ[11] । Migrant-Rights.org को २०१० मा प्रकाशित प्रतिवेदनअनुसार कुवेतमा दुई महिनाको अवधिमा गरिएको अध्ययनमा लगभग हरेक दुई दिनमा एक आप्रवासी श्रमिकले आत्महत्या वा आत्महत्याको प्रयास गरेको र तीमध्ये धेरैजना घरेलु श्रमिक भएको पाइयो[12] । (आत्महत्या प्रयासको विशेषतः यो उच्च दर रहेको यस प्रतिवेदनले उल्लेख गरेको थियो । यद्यपी यसलाई समस्याको सामान्य सूचकको रूपमा प्रस्तुत गरिएको थियो।) दोहास्थित हमाद अस्पतालको मनोचिकित्सक इकाइमा कार्यरत एक चिकित्सकले २०१२ मा एउटा स्थानीय पत्रिकालाई बताएअनुसार आत्महत्याका विचार र प्रयासहरू लगायतका उद्वेग, दुष्चिन्ताको उपचारका लागि दैनिक रूपमा १२ देखि १५ जना घरेलु श्रमिकहरू उक्त इकाईमा आउने गरेका थिए[13] ।

धेरै आप्रवासी श्रमिकहरू दीर्घकालीन मनोसामाजिक तनावको जोखिममा हुन्छन् । वैज्ञानिक प्रमाणहरूका अनुसार यसले उनीहरूको मानसिक र शारीरिक स्वास्थ्यमा हानिकारक प्रभाव पार्ने सम्भावना हुन्छ । उनीहरू लामो समयसम्म आफ्नो परिवारबाट टाढा बस्नु पर्दछ (अझ घरेलु श्रमिकहरूको हकमा त प्रायः सामाजिक सहायताका संरचनाहरू समेत हुँदैनन्) । उनीहरू लामो र अक्सर अपमानजनक कार्य अवस्थामा हुन्छन् । उनीहरूलाई साँघुरो र स्वच्छताको राम्रो सुविधा नभएको आवास उपलब्ध हुन्छ र प्रायः गम्भीर दुर्व्यवहारहरू भोग्नु पर्दछ । यस विषयमा अनुसन्धान र तथ्याङ्कको भने स्पष्ट रूपमा अभाव देखिन्छ । मनोचिकित्सक विशेषज्ञहरूले उल्लेख गरे अनुसार खाडीमा आप्रवासी श्रमिकहरूको मानसिक स्वास्थ्यको 'अभिलेखीकरण, अनुसन्धान तथा प्रकाशन अत्यन्त न्यून छ'[14] । तर हाल यस समस्याको सम्भाव्य विस्तार र गाम्भिर्यका प्रमाणहरू भेटिन थालेका छन् । खाडी राष्ट्र वा मलेसियामा ६ महिनाभन्दा बढी समय बिताएका ४०३ नेपाली आप्रवासी श्रमिकहरूको २०१८ मा गरिएको अध्ययनमा झण्डै एक चौथाइलाई मानसिक स्वास्थ्य समस्याहरू भएको देखिएको छ । उक्त अध्ययनको प्रतिवेदनमा 'नेपाल र गन्तव्य राष्ट्रहरूका नीति निर्माताहरूले सम्बोधन गर्नुपर्ने एउटा महत्त्वपूर्ण मुद्दा स्वास्थ्य बिग्रिएको स्वघोषण र अपेक्षित काम गर्ने वातावरण बीचको बलियो अन्तर सम्बन्ध हो' भन्ने निष्कर्ष निकालिएको छ[15] ।

नकारात्मक मानसिक स्वास्थ्य परिणामहरू निम्त्याउने धेरै कारकहरूले श्रमिकहरूको शारीरिक स्वास्थ्यलाई पनि असर गर्छन् । कहिल्यै वैदेशिक रोजगारीमा नगएकाहरूको तुलनामा खाडीमा आप्रवासी श्रमिक भई काम गरेर फर्किएकाहरुमा हाइपरटेन्सनको दर उल्लेख्य रूपमा उच्च भएको केरलामा गरिएको एक सर्वेक्षणमा पाईएको थियो[16] । यी विशेष निष्कर्षहरूमा मनोसामाजिक तनाव पैदा गर्ने तत्त्वहरूले कुन हदसम्म योगदान पुर्यायो भन्ने यकिन गर्न सकिँदैन। तर हाइपरटेन्सनलाई योगदान पुर्याउने एउटा कारक चिकित्सकहरूले 'साइलेन्ट किलर' भन्ने गरेको तनाव हो भन्ने कुरामा भने कुनै शङ्का छैन । केरलाका श्रमिक इजाक जोन भार्कीकी श्रीमतीले बताएअनुसार तनाव र आफ्नो परिवारबाट टाढिएको एक्लोपनले उनको श्रीमानको मृत्युमा बल पुगेको हो भन्नेमा उनलाई विश्वास लागेको बताइन् । खाडीमा प्रयोजनविहीन भई बस्नु परेको पाँच महिनापछि उनको मृत्यु भएको थियो भने उनको रोजगारदाताले मृत्यु भएको सात हप्तासम्म पनि सेवा अन्त्य पछि प्राप्त हुने लाभ भुक्तान गरेका थिएनन् ।' उनका साथीहरूलाई उनको अवस्था बारे थाहा थियो तर उनले हामीलाई आफ्नो हालतका बारेमा कहिल्यै बताएनन्' उनले भनिन् । अभिलेखमा भने उनको मृत्युको आधिकारिक कारण 'प्राकृतिक कारणहरूले गर्दा तीव्र हृदयघात ' भनिएको थियो ।

कोभिड-१९ महामारीका कारण आप्रवासी श्रमिकहरूले सामना गरिरहेका धेरै स्वास्थ्य जोखिमहरू अझ वृद्धि भयो। सधैं जसो भीडभाड भइरहने आवासका कारण सामाजिक दूरी र हात धुने निर्देशनहरुलाई कमजोर बनायो भने कर्फ्यू लाग्नाले 'आवास खुकुलो विर्को लगाएको भाँडा 'पेट्री डिश' जस्तोमा परिणत भई संक्रमण पैलियो र आप्रवासी श्रमिकहरुलाई भावनात्मक त शारीरिक कष्टपूर्ण सीमा वध्दतामा कैद गर्यो[17]'। यससँगै 'कोभिड – १९' को शुरुवातले निकृष्ट आवासको परिस्थिति अझ गम्भीर हुँदै गयो' भनी कुवेती अन्वेषक शरिफ अल्शाफानले लेखेका छन् । २०२० मा साउदी अरेबियामा कम्तिमा पनि सयौं इथियोपियाली आप्रवासीहरू निष्कासनको पर्खाइका क्रममा अत्यन्त नाजुक अवस्थामा निकृष्ट स्थितिको थुनामा राखिएका थिए । ह्युमन राइट्स वाच (Human Rights Watch) सँग गरेको कुराकानीका क्रममा आप्रवासीहरूले ३०० देखि ५०० महिला र केटीहरूलाई एउटै कोठामा सार्हैं भीडभाड भएको अवस्थामा राखिएको अनुमान लगाएका थिए[18] । महामारीले 'GCC राष्ट्रहरूका आप्रवासी श्रमिकहरूको मानसिक स्वास्थ्यमा कहर निम्त्याएको थियो[19] भनी Migrant-Rights.org ले प्रतिवेदन दिएको थियो । '

11. Human Rights Watch, "'Working Like a Robot': Abuse of Tanzanian Domestic Workers in Oman and the United Arab Emirates", (14 November 2017).
12. Migrant-Rights.org, "Almost every two days a migrant worker commits suicide in Kuwait", (5 October 2010).
13. Quoted in https://www.amnesty.org/en/documents/mde22/004/2014/en/. Full article accessible at https://www.thefreelibrary.com/Housemaids+learn+coping+skills+with+occupational+therapy.-a0314454936
14. Muhammad Ajmal Zahid and Mohammad Alsuwaidan, "The mental health needs of immigrant workers in Gulf countries", International Psychiatry, volume 11, (2014).
15. Pratik Adhikary, Zoë A. Sheppard, Steven Keen, and Edwin van Teijlingen, "Health and well-being of Nepalese migrant workers abroad", International Journal of Migration, Health and Social Care, (January 2018)
16. N Shamim Begam, Kannan Srinivasan, and G K Mini,"Is Migration Affecting Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension of Men in Kerala, India?", Journal of Immigrant and Minority Health, (2016).
17. Sharifa Alshalfan, "COVID-19 in Kuwait: how poor urban planning and divisive policies helped the virus spread", London School of Economics Public Policy Blog, (September 16, 2020).
18. Nadia Hardman, 'Immigration Detention in Saudi Arabia During Covid-19', Human Rights Watch
19. Migrant-Rights.org, "Covid Relief Report 2021", (3 November 2021)

यस महामारीले आप्रवासी श्रमिकहरूको स्वास्थ्य सेवा पहुँचसँग सम्बन्धित पद्धतिगत समस्याहरू पनि खुलासा गर्यो । श्रमिकहरुले किफायती, सहुलियतपूर्ण सेवामा पहुँचका लागि आवश्यक पर्ने स्वास्थ्य कार्डहरू प्राप्त गर्न प्रायः उनीहरू रोजगारदातामा निर्भर हुनु पर्दछ । महामारीको बेलामा साउदी अरेबिया र युएईले जुनसुकै अध्यागमन स्थितिका आप्रवासी श्रमिकहरूलाई पनि नि:शुल्क चिकित्सा उपचार गर्न अनुमति दिएका उदाहरण जस्ता केही सकारात्मक कदमहरू चालिए तापनि 'धेरै आप्रवासीहरू त्यसमा पनि विशेष गरी अनियमित आप्रवासीहरूले रोजगारी र पूर्ण स्वास्थ्य बिमा 'कभरेज'को पहुँचमा नभएको कारण स्वास्थ्य असुरक्षाको सामना गर्नु पर्ने सम्भावना रहन्छ[20]' भन्ने कोनराड एडेनाउर स्टिफ्टुङ (Konrad Adenauer Stiftung)को आप्रवासी श्रमिकहरूको स्वास्थ्यमा पहुँच सम्बन्धी २०२० को प्रतिवेदनले निष्कर्ष निकालेको थियो । उक्त प्रतिवेदनमा महामारीले निम्त्याएको बेरोजगार र बिमा नगरिएका आप्रवासीको सङ्ख्यामा वृद्धि हुनु, उनीहरूको विचारमा, स्वास्थ्य असुरक्षा बढ्ने अरू कारणहरू मध्ये एक कारण हो । खाडीका स्वास्थ्यकर्मीहरूले बिमाको महत्त्व र लामो समयसम्म स्वास्थ्य सेवा उपभोग नगर्ने आप्रवासी श्रमिकहरूको प्रवृत्तिलाई औंल्याएका छन् । यस्तो प्रवृत्तिले उनीहरूको स्वास्थ्यमा द्रुत ह्रास निम्त्याउँदछ। बहराइनको अमेरिकन मिसन अस्पतालका डाक्टर बाबु रामचन्द्रनले 'बहराइनमा स्वास्थ्य सेवासाँच्चै नै महँगो छ, त्यसैले उनीहरू औषधी लिँदैनन्, सबैजनाको बिमा हुँदैन'[21] भनेका थिए।

कतार फाउन्डेसन र जर्जटाउन विश्वविद्यालय कतारद्वारा प्रकाशित २०१९ को नीतिपत्रमा स्वास्थ्य कार्डको अभावले आप्रवासी श्रमिकहरू माथि 'ठूलो बोझ पर्छ' र 'रोजगारदाताहरूले आफ्ना कर्मचारीहरूलाई कतार परिचयपत्र र स्वास्थ्य कार्डहरू नियमित रूपमा र समयमै जारी गरेको सुनिश्चित गर्नका लागि जवाफदेहिताका कठोर उपायहरू अवलम्बन गरिनु पर्दछ' भनेर उल्लेख गरिएको छ[22] ।

तथ्याङ्क

आप्रवासी श्रमिकहरूको खाडीमा भएको मृत्युबारे उपलब्ध तथ्याङ्क अपूर्ण छ । केही तथ्याङ्कहरूमा अन्तर समेत देखिन्छ । जसका कारण समस्याको दायरा र गाम्भीर्यताको प्रभावकारी विश्लेषण गर्न कठिनाइ हुने गर्दछ । पारदर्शिताको सामान्य अभावले यी समस्याहरू अझै बढेका छन् । तथ्याङ्कका कमजोरीहरूको बावजुद, दक्षिण र दक्षिणपूर्वी एसियाका १०,००० जति आप्रवासी श्रमिकहरूको हरेक वर्ष खाडीमा मृत्यु हुने गरेको देखिन्छ (अन्य देशका आप्रवासी श्रमिकहरू समेतलाई गणना गर्दा यो सङ्ख्या अवश्य बढी हुनेछ)। आधाभन्दा बढी मृत्यु स्पष्ट रूपमा व्याख्या गरिएको पाइँदैन । जसको अर्थ 'प्राकृतिक कारणहरू' वा 'हृदयघात' जस्ता शब्दहरू प्रयोग गरेर मृत्युको अन्तर्निहित कारणसँग कुनै सन्दर्भ नै नजोडी मृत्युहरू प्रमाणित गरिन्छन् ।

उदाहरणका लागि पाकिस्तानमा यस विषयसँग सम्बन्धित उपलब्ध तथ्याङ्क भनेको राज्य जीवन प्रवासी बिमा कोष (State Life Emigrants Insurance Fund) मा क्षतिपूर्तिका लागि गरिएका दावीहरूको वर्गीकरण नगरिएको सतही सङ्ख्याहरू मात्र हो । अन्यत्रभन्दा तुलनात्मक रूपमा बढी तथ्याङ्क उपलब्ध भएको भारतमा पनि खाडी राष्ट्रहरू मध्ये सबभन्दा बढी आप्रवासी श्रमिकहरूलाई रोजगारी दिने साउदी अरेबियामा ज्यान गुमाउने नागरिकहरूको सङ्ख्यामा नै गम्भीर अन्तर भेटिन्छ । भारतीय विदेश मामिला राज्यमन्त्रीले सन् २०१५ देखि अक्टोबर २०१९ सम्ममा उक्त राज्यमा १२,५९५ भारतीयहरूको मृत्यु भयो भनेका थिए जबकी केरलास्थित अन्तर्राष्ट्रिय आप्रवासन अध्ययन केन्द्र (Center for International Migration Studies) को सूचनाको हकको अनुरोधलाई सम्बोधन गर्दै साउदी अरेबिया स्थित भारतीय दूतावासले लगभग सोही अवधिमा ७,४४४ भारतीयहरूको मृत्यु भएको जानकारी गराएको थियो । ती दुई सङ्ख्यामा ५,१५१ को भिन्नता देखिन्छ । साउदी अरेबियाले ठूलो सङ्ख्यामा आप्रवासी श्रमिकहरूलाई रोजगारी दिएता पनि कुनै मृत्युदर सँग सम्बन्धित अर्थपूर्ण तथ्याङ्क प्रकाशन गर्दैन । त्यसैले साउदी अरेबियाद्वारा प्रकाशित कुनै पनि प्रतिवेदनसँग भारतको तथ्याङ्क दाँजेर निर्क्योल गर्न सकिदैन।

मृत्युका कारणहरूको वर्गीकरणमा अझ धेरै पद्धतिगत अन्तर स्पष्ट देखिन्छ । कुवेत स्थित भारतीय अधिकारीहरूका अनुसार ४२% मृत्युको कारण हृदयघात भनेर वर्गीकृत गरिएका थिए। त्यसै समयमा बहराइन स्थित भारतीय अधिकारीहरूले भारतीय मृत्युमध्ये ४% मात्र हृदयघातका कारण भएको भनेका थिए भने ४७% मृत्यूको कारण 'कार्डियक अरेस्ट' भनिएको थियो । यी अन्तरहरू अत्यन्त महत्त्वपूर्ण छन् र यसले गम्भीर समस्या औंल्याउँछ । यस्ता समस्याहरू अनुसन्धानसँग प्रमाणीकरणसँग वा मृत्युहरूको वर्गीकरणसँग सम्बन्धित हुन सक्छन् अथवा तीनै समस्याहरूको संयोजन पनि हुन सक्छन् । हृदयघात एक यस्तो अवस्था हो जसलाई चिकित्सकहरूले मृत्युको अन्तर्निहित कारण भनेर निर्क्योल गर्न सक्छन् र यो उचित रूपमा तयार पारिएको मृत्यु प्रमाणपत्रमा देखा पर्नसक्छ । जबकि 'कार्डिएक अरेस्ट' ले मृत्युको अन्तर्निहित कारणको बारेमा कुनै जानकारी दिँदैन जसका कारण यो मृत्यु प्रमाणपत्रमा देखा पर्नु हुँदैन। (हार्ट अट्याक/हृदयघात भनेको कुनै अवरोधका कारण मुटुमा रक्तसञ्चार बन्द हुने अवस्था हो । सरल भाषामा कार्डियक अरेस्टले मुटुको धड्कन रोकिनु भन्ने बुझाउँछ । के कारणले रोकियो भन्ने कुरा यसले खुलाउँदैन) बहराइनमा देखिएको कार्डियक अरेस्टको ४७% मा रहेको उच्चदर भनेको मृत्युको अन्तर्निहित कारण पहिचान गर्न पद्धतिगत असफलताको सङ्केत हो । त्यसैगरी, कुवेतमा हृदयघातको ४२% मा रहेको असमान उच्च दरले या त उस्तै निष्कर्षतर्फ औंल्याउँछ या मृत्युको चिकित्सकीय कारण पहिचान नगरिकन एक 'सहज अनुमान' को रूपमा हृदयघातलाई प्रयुक्त भएको हुनु पर्दछ । अनि, दोस्रो सम्भावना के हो भने बहराइनका स्वास्थ्य अधिकारीहरूले 'कार्डियक अरेस्ट' प्रमाणित गरेका मृत्युहरूलाई भारतीय अधिकारीहरूले हृदयघातका कारण भनी पुन: वर्गीकरण गरिरहेको तर्फ यसले सङ्केत गरेको हो । कुवेतमा रहेका भारतीयहरूमा हृदयघातको दर विश्वव्यापी दरभन्दा उल्लेखनीय रूपमा उच्च छ भन्नु सबैभन्दा न्यून सम्भावना भएको तेस्रो व्याख्या हुन सक्छ । यस्तो भएमा विश्वभरिका हृदयरोग विशेषज्ञहरूका लागि यो अत्यन्त जरुरी चासो र चिन्ताको विषय हुन सक्छ[23] ।

मृत्युका कारणहरू प्रकाशमा ल्याउँदा पद्धतिगत समस्याहरूको थप प्रमाण कतारी अधिकारीहरूले प्रकाशित गरेको तथ्याङ्कमा उपलब्ध छ। सन् २०१० देखि २०१५ को अवधिमा उल्लेख्य सङ्ख्यामा भएको गैर-

20. Konrad-Adenauer-Stiftung, "Migration and The COVID-19 Pandemic in the Gulf", (October 2020).
21. Migrant-Rights.org interview with Dr Babu Ramachandran, American Mission Hospital in Bahrain, (date).
22. Qatar Foundation, World Innovation Summit for Health, and Georgetown University Qatar, "Improving Single Male Laborers' Health in Qatar: Policy Brief", (2019).
23. There is no precise data on the percentage of global deaths attributable to heart attacks. The WHO has said (see factsheet) that 27% of global deaths are caused by heart attacks and strokes, but provides no further breakdown. More detailed information comes in peer-reviewed literature, but these do not report mortality statistics in crude percentages, and what is most clear is how the mortality rate for cardiac-related diseases varies in different countries and across different socio-economic groups. See Fang Wang et al., "Global Burden of Ischemic Heart Disease and Attributable Risk Factors, 1990–2017: A Secondary Analysis Based on the Global Burden of Disease Study 2017", Clinical Epidemiology, September 2021.

कतारी मृत्युहरूलाई कारण अज्ञात रहेको जनाउने सङ्केत समूहहरुमा वर्गीकरण गरिएको थियो। सन् २०१६ देखि भने यी सङ्ख्याहरुमा नाटकीय रूपमा गिरावट आयो । जबकि त्यही समयमा 'रक्तप्रवाह सम्बन्धी रोगहरू' भनी वर्गीकृत भएका मृत्युहरूको सङ्ख्या तदनुरुप नै बढ्यो । यसको चित्रणका लागि सन् २०१५ मा सबै उमेर समूहका ३७६ गैर-कतारीहरूको अज्ञात कारणले मृत्यु भएको आधिकारिक कतारी तथ्याङ्कमा भनिएको थियो । जुन सन् २०१६ मा ८२ मा झरेको थियो । यसको तुलनामा रक्तप्रवाह सम्बन्धी रोगहरूको समकक्ष तथ्याङ्क सन् २०१५ मा २२१ बाट बढेर सन् २०१६ मा ४६४ पुगेको थियो। कतारी अधिकारीहरुले आप्रवासीहरुको मृत्युको अनुसन्धान गर्ने तरिकामा ठूलो परिवर्तन ल्याएको नभएसम्म (यसको कुनै प्रमाण छैन) सन् २०१६ देखि 'रक्तप्रवाह सम्बन्धी रोगहरु' बाट मृत्यु भएको आप्रवासी श्रमिकहरुको भनी वर्गीकरण गरिएकाहरुको बढ्दो सङ्ख्याले धेरै मामलाहरुमा उनीहरुको मृत्युको कारण अज्ञात रहेको तथ्यलाई ढाकछोप गरेको देखिन्छ ।

सीमितताहरूका बावजुद यो तथ्याङ्क विभिन्न सन्दर्भमा ज्ञानवर्धक छ र यसले थप अनुसन्धान योग्य धेरै मुद्दाहरू औंल्याउँदछ । उदाहरणका लागि कुवेती अधिकारीहरूले उपलब्ध गराएको तथ्याङ्कले कुवेतीहरू र गैर-कुवेतीहरूको बाह्य कारणहरूबाट कसरी मृत्यु हुन्छ भन्ने कुराको चिरफार गर्दछ । देशको कूल जनसङ्ख्याको ६९% गैर-कुवेतीहरूले ओगटे तापनि देशमा हुने आत्महत्याको भने ८९% हिस्सा उनीहरूको नै भएको तथ्याङ्कले देखाउँछ । ध्यानमा दिनुपर्ने कुरा के पनि हो भने आप्रवासीहरूको उमेर र लिङ्ग संरचना सम्पूर्ण कुवेती जनसङ्ख्याभन्दा फरक हुने भएकाले यो सङ्ख्यालाई एकसमान तुलना गर्न मिल्दैन । युएइका अधिकारीहरूले उपलब्ध गराएको तथ्याङ्कअनुसार मृतक गैर-इमिराती पुरुषहरूको उमेर समूह गैर-इमिराती महिलाहरूको उमेर समूहभन्दा उल्लेख्य रूपमा फरक रहेको देखिन्छ। उदाहरणका लागि सन् २०१८ र २०१९ मा मृत्यु भएका पुरुषहरू मध्ये ४७% को उमेर २० देखि ४९ बिच रहेको थियो भने २४ % महिलाहरू मात्र यो उमेर समूहका थिए । यो तथ्याङ्क राष्ट्रियता वा पेशाका आधारमा वर्गीकरण भने गरिएको छैन । अझ महत्त्वपूर्ण कुरा के हो भने यी उमेर समूहका गैर-इमिराती पुरुष र महिलाहरूको सङ्ख्याका बारेमा सम्पूर्ण जनसङ्ख्या सापेक्ष कुनै जानकारी छैन । विभिन्न कारणहरूबाट हुने मृत्युदरहरूको गणना र तुलना गर्न सबै मृत्युहरूका सटीक कारणहरू (तथ्याङ्कको भाषामा, मुख्य अंङ्क (Numerator) जानेर मात्र पुग्दैन । कुनै पनि जनसङ्ख्यामा कति जना व्यक्तिहरू उपस्थित थिए भनेर जान्न पनि आवश्यक हुन्छ। यस्तो सङ्ख्यालाई भाजक (denominator) भनिन्छ। उद्गम र गन्तव्य राष्ट्रहरूद्वारा प्रकाशित तथ्याङ्कमा भाजक आँकडाको अभाव एक गम्भीर र दोहोरिरहने त्रुटी हो। भाजक आँकडाहरू प्रस्तुत गरिँदा पनि समय इकाइमा आधारित मृत्युदर मापन गर्न समयको कुनै भाग (जस्तै, हप्ता, महिना, आदि) आवश्यक हुन्छ। मृत्युदरले सामान्यतया बाह्य वातावरणीय तनावहरू जस्तै; ग्रीष्म ऋतुको गर्मी, जस्ता मौसमी प्रवृत्ति प्रदर्शन गर्दछन् । कुल वार्षिक अनुमानहरूले यी मृत्युका स्वरूपहरू उजागर गर्न सक्दैनन्।

जनस्वास्थ्य विज्ञहरूलाई उचित जानकारी उपलब्ध गराउनका लागि राष्ट्रहरूले उमेर, राष्ट्रियता, लिङ्ग, पेसा, मृत्युको मिति, मृत्युको कारण आदिका आधारमा विस्तृत रूपमा वर्गीकरण गरिएका तथ्याङ्कलाई सजिलै उपलब्ध गराउनु पर्दछ । साथै मृत्युदरको गणनालाई सहज बनाउन एक भाजक आँकडा समेत उपलब्ध भएको सुनिश्चित गर्नुपर्दछ। मृत्युका कारणहरूलाई रोगहरुको अन्तरराष्ट्रिय वर्गीकरण (International Classification of Diseases - ICD) मा उल्लिखित श्रेणीहरू र उप-श्रेणीहरूमा प्रमाणित गरिनुपर्छ। यो विभिन्न ठाउँ र समयबीच मृत्युदर र बिरामी हुनुका कारणहरूको तुलनात्मक तथ्याङ्कको आधार हो ।

अनुसन्धान तथा क्षतिपूर्ति

माथि उल्लिखित तथ्याङ्कसँग सम्बन्धित समस्याहरू मृत्युहरूको सही अनुसन्धान नहुनु सित केही हदसम्म जोडिएका छन् । परम्परागत शव परीक्षण प्रक्रिया खाडी क्षेत्रमा संवेदनशीलताको विषय हो । साउदी अरेबियाका चिकित्सकहरूले उल्लेख गरे अनुसार नियमित रूपमा परम्परागत शव परीक्षण प्रक्रियाहरू नगरिनुको कारण 'आंशिक रूपमा धार्मिक हो' । स्पष्ट रूपमा शङ्कास्पद देखिने परिस्थितिहरूमा बाहेक अन्य अवस्थामा नियमवध्दताका साथ शव परीक्षण गर्न साधारणतया विफलता वा द्विविधा रहेको पाइन्छ[24] । स्वास्थ्य विशेषज्ञहरू 'सकेसम्म चिरफार नगर्नका लागि दबाबमा रहेको 'कुवेतका स्वास्थ्य अनुसन्धानकर्ताहरूले उल्लेख गरेका छन्[25] । कताराका अधिकारीहरूको दाबीअनुसार 'कानूनतः शव परीक्षण गरिनु अगाडि मृतकको परिवारले स्वीकृति दिनुपर्छ'। यद्यपि, मृत्युको कारण पहिचान गर्ने प्राथमिक विधिको रूपमा नियमवद्ध शव परीक्षणमा मात्र ध्यान केन्द्रित हुँदा स्वास्थ्य विशेषज्ञहरू लागि उपलब्ध उपाय तथा प्रविधिहरूमा आएका महत्त्वपूर्ण नवीनतम प्रगतिलाई उपेक्षा हुन गएको छ ।

बहराइनका स्वास्थ्य अनुसन्धानकर्ताहरूले सन् २०१४ मा देशमा 'भर्चुअल' शव परीक्षण प्रक्रिया भित्र्याउने प्रस्ताव राखेका थिए[26] । यस्ता प्रकारका शव परीक्षण प्रक्रियामा 'कम्प्युटेड टोमोग्राफी' (computed tomography-CT) र 'मेग्नेटिक रेसोनेन्स इमेजिङ' (magnetic resonance imaging-MRI) स्क्यानहरू प्रयोग गरिन्छ । यसले धार्मिक प्रतिबन्धहरूको उल्लङ्घन नगरिकन अझै विस्तृत रूपमा मृत्युको अनुसन्धान गर्न स्वास्थ्य विशेषज्ञहरूलाई सक्षम बनाउन सकिन्छ । त्यस क्षेत्रमा यस्तो प्रविधि पहिलोपटक भित्र्याउने गरी अबुधाबी (Abu Dhabi) सरकारले अक्टोबर २०२१ मा शव परीक्षण गर्न आवश्यकताअनुसार शव परीक्षण 'इमेजिङ' सुरु गर्ने घोषणा गर्यो[27]।

यस रिपोर्टमा उल्लेख भएका कुनै पनि मृतक श्रमिकका परिवारहरूलाई शव परीक्षणको प्रस्ताव गरिएको थिएन र कसैको मृत्यु प्रमाणपत्रले उनीहरूको मृत्युको कारणका विषयमा कुनै अर्थपूर्ण अनुसन्धान भएको सङ्केत गर्दैन। मृत्युका कारणहरू बारे यथोचित अनुसन्धान नै खाडीमा मृत्यु हुने आप्रवासी श्रमिकका परिवारहरूले आफ्ना प्रियजनको मृत्यु बारे बुझ्न पाएको सुनिश्चित हुने एकमात्र उपाय हो । फिलिपिन्सका कार्लोस डे गुजम्यान इलाई जुनियर (Carlos de Guzman Ely Jr.) को सन् २०२१ मा साउदी अरेबियामा ४५ वर्षको उमेरमा निधन भयो । साउदी अरेबियाको स्वास्थ्य मन्त्रालयले जारी गरेको उनको मृत्यु सम्बन्धी सूचनामा मृत्युको कारण "अज्ञात" भएको उल्लेख गरिएको भए तापनि फिलिपिन्स छोड्नु अघि मुटुको समस्या र उच्च कोलेस्ट्रोल भएको

24. Salah Al-Waheeb et al.,"Forensic autopsy practice in the Middle East: comparisons with the West", Journal of Forensic and Legal Medicine, (February 2015). Mohammed Omar Sohaibani, "Autopsy and Medicine in Saudi Arabia", Annals of Saudi Medicine, (1 May 1993).
25. Salah Al-Waheeb et al.,"Forensic autopsy practice in the Middle East: comparisons with the West", Journal of Forensic and Legal Medicine, (February 2015).
26. Eamon Tierney et al.,"Is It Time for a Virtual Autopsy Service in Bahrain?", Bahrain Medical Bulletin, (December 2014). See information on post-mortems at the website of the British Embassy in Bahrain.
27. Abu Dhabi Government Media Office, "Department of Health Abu Dhabi Introduces Virtual Autopsy for Mortuary Investigations", (24 October 2021).

पत्ता लागेर मुटुको समस्याको लागि उनले औषधी सेवन गरिरहेका थिए । कार्लोसका छोराले उनको मृत्युले परिवारलाई 'तहसनहस बनाई अन्योलमा 'पारेको छ भन्दछन् । एकातर्फ आफ्ना प्रियजनहरूको मृत्यु कसरी भएको भन्ने बारे थाहा नपाउँदाको भावनात्मक प्रभाव त छँदैछ अर्कोतर्फ सुरक्षाको अभाव वा अन्य प्रकारका लापरवाहीको परिणाम स्वरूप मृत्यु भएको अवस्थामा परिवारहरूले क्षतिपूर्ति पाउने सुनिश्चित गर्नको लागि पनि अनुसन्धान अत्यावश्यक छ । मृतक श्रमिकहरूका परिवारले क्षतिपूर्ति पाउनका लागि श्रमिक आफैँले बिमा लिनुपर्ने वा बङ्लादेशको वेज अर्नर्स वेल्फेर बोर्ड (Wage Earners Welfare Board) वा फिलिपिन ओभरसिज वर्कर वेल्फेर एड्मिनिस्ट्रेसन (Philippine Overseas Worker Welfare Administration) जस्ता अनिवार्य बिमा योजनाहरूमा समावेश हुनुपर्ने विद्यमान अवस्था छ । यसर्थ मृतक श्रमिकहरुका परिवारहरूलाई केही हदसम्म भएपनि राहत उपलब्ध गराउने भार खाडी वा उद्गम राष्ट्रहरू माथि नभई न्यून पारिश्रमिक पाउने श्रमिकहरू आफैँ माथि पर्दछ ।

मुख्य सिफारिसहरू

गल्फ कोअपरेशन काउन्सिल(Gulf Cooperation Council) राष्ट्रका सरकारहरूले ध्यान दिनुपर्ने कुराहरू:

- अन्तर्राष्ट्रिय असल अभ्यासअनुसार आप्रवासी श्रमिकको सबै मृत्युहरूको अनुसन्धान र प्रमाणीकरण गरिएको सुनिश्चित गर्न निरीक्षकहरू र स्वास्थ्य परीक्षकहरूको विशेष टोलीहरू स्थापना गर्ने ।
- आप्रवासी श्रमिकहरूको मृत्युका कारणहरूको स्वतन्त्र अनुसन्धान गराउने र सबै अनुसन्धानले गर्मी र आर्द्रता, अत्यधिक काम, वायु प्रदूषण, मनोसामाजिक तनाव र श्रमिकहरूको स्वास्थ्य सेवामा पहुँचको क्षमता आदिले खेलेको सम्भावित भूमिकाहरूको समेत जाँच भएको सुनिश्चित गर्ने ।
- आप्रवासीहरूको मृत्युदरसम्बन्धी तथ्याङ्कमा उपलब्ध आँकडाहरूको गुणस्तरमा सुधार ल्याउने । ती आँकडालाई उमेर, लिङ्ग, पेसा, राष्ट्रियता, मृत्युको मिति, र मृत्युको अन्तर्निहित कारणका आधारमा पूर्ण रूपमा वर्गीकृत गरेर विभिन्न श्रेणीमा तुलना गर्न सकिने बनाउने ।
- नियमवध्दताका साथ सबै शव परीक्षण प्रक्रियाहरू सम्भव नहुने स्थिति र सन्दर्भहरूलाई ध्यानमा राखी विशेषज्ञहरूसँगको परामर्शमा आवश्यक्ताअनुसार र 'भर्चुअल' शव परीक्षण प्रक्रियाहरू भित्र्याउने।
- जस्तोसुकै अध्यागमन स्थिति भएका र स्वास्थ्य कार्ड भएका वा नभएका सबै न्यून पारिश्रमिक पाउने आप्रवासी श्रमिकहरूलाई सेवा केन्द्रमा प्राथमिक र आपतकालीन स्वास्थ्य सेवा नि:शुल्क उपलब्ध गराउने । न्यून पारिश्रमिक पाउने आप्रवासी श्रमिकहरूको सङ्ख्या धेरै भएका क्षेत्रहरू नजिकै पूर्ण संसाधनयुक्त स्वास्थ्य केन्द्र र आपतकालीन सेवा प्रदान गरिने ठाउँहरू उपलब्ध भएको सुनिश्चित गर्ने । स्वास्थ्य कार्ड नभएका श्रमिकहरूका रोजगारदाताहरूलाई श्रम निरीक्षकहरूले ताकेता गर्ने प्रक्रिया सुनिश्चित गर्ने । आफ्ना कर्मचारीहरूलाई अद्यावधिक स्वास्थ्य कार्डहरू उपलब्ध नगराउने रोजगारदाताहरूलाई अर्थपूर्ण प्रतिबन्ध लगाउने।
- आप्रवासी श्रमिकहरूको मानसिक र शारीरिक स्वास्थ्य सेवाको पहुँचलाई सुनिश्चित गर्ने । न्यून पारिश्रमिक पाउने आप्रवासी श्रमिकहरूका विशेष आवश्यकताहरू र उनीहरूले भोग्ने जोखिमहरूलाई सम्बोधन गर्ने गरी विद्यमान मानसिक स्वास्थ्य नीतिहरू अद्यावधिक गर्ने।
- रोजगारदाताहरूले बाह्य काम गर्ने श्रमिकहरूका लागि गर्मीबाट हुने तनावको व्यावसायिक जोखिम भएको अवस्थामा अनिवार्यरूपमा शीतल, छहारी भएको स्थानहरूमा उपयुक्त अवधिको विश्राम उपलब्ध गराएको सुनिश्चित गर्न तत्सम्बन्धी कानुन पारित गर्ने । अनिवार्य विश्रामका समयहरू तय गर्दा वातावरणीय गर्मीको तनाव सम्बन्धी जोखिमहरूका साथै परिश्रमको प्रकृतिलाई ध्यानमा राख्नुपर्ने ।
- 'हाईपरटेन्सन' सम्बन्धी परीक्षण र उपचारका कार्यक्रमहरू व्यापक रूपमा सञ्चालन गर्ने।
- न्यून पारिश्रमिक पाउने आप्रवासी श्रमिकहरूमा भएको CKDu वा प्रारम्भिक चरणको मृगौला रोगको प्राधान्यताका बारेमा अध्ययन गर्ने ।

उद्गम राष्ट्रका सरकारहरूले ध्यान दिनुपर्ने कुराहरू:

- श्रमिकहरूको विदेशमा भएको मृत्युबारे सम्पूर्ण ऐतिहासिक तथ्याङ्कहरु गन्तव्य, पेसा, उमेर, लिङ्ग, मृत्युको मिति र मृत्युको कारणमा आधारमा वर्गीकृत गरी उपलब्ध गराउने । उक्त तथ्याङ्क जनस्वास्थ्यविद्हरूलाई प्रभावकारी विश्लेषण गर्न सहज हुने किसिममा प्रस्तुत गरी 'अनलाइन' माध्यममा उपलब्ध गराइनु पर्ने । प्रत्येक खाडी राष्ट्रमा भएका नागरिकहरूको सङ्ख्या सहितको सही, विस्तृत तथ्याङ्क हुनपर्ने।
- विदेशमा हुने नागरिकहरूको मृत्युको तथ्याङ्क सङ्कलन र प्रकाशन गर्ने सरकारका सबै मन्त्रालयहरूले अन्तर्राष्ट्रिय मापदण्ड (विश्व स्वास्थ्य सङ्गठनको रोगहरूको अन्तर्राष्ट्रिय वर्गीकरण/ International Classification of Diseases) अनुरूप भएको सुनिश्चित गर्ने। मृत्युको अन्तर्निहित कारण नखुलाइएका (उदाहरणका लागि थप सन्दर्भ वा व्याख्या बिना "प्राकृतिक कारणहरू", "हृदयघात", "हृदय विफलता", "तीव्र श्वासप्रस्वास विफलता" भनेर प्रमाणित गरिएका) मृत्युदर्ता प्रमाणपत्रहरूको हकमा सरकारी अभिलेखमा "राम्रोसँग व्याख्या नगरिएको वा मृत्युको कारण अज्ञात" भनेर दर्शाउने ICD कोड अन्तर्गत राख्ने।
- आप्रवासी श्रमिकहरूको मृत्युबारे अनुसन्धान प्रक्रियाको दायरा वृद्धि गर्न, आप्रवासी श्रमिकहरूको मृत्युका कारणमा स्वतन्त्र अनुसन्धान अघि बढाउन र अत्याधिक गर्मीको तनाव (heat stress) बारे कानुनी संरक्षण बढाउन खाडी राष्ट्रहरूलाई आह्वान गर्ने ।
- मृतक श्रमिकको पार्थिव शरीरलाई समयमा फिर्ता पठाउन र परिवारलाई सहयोग प्रदान गर्न (क्षतिपूर्तिको हकदार मृतकका परिवारहरूको सन्दर्भमा समेत) अरबको खाडीका राष्ट्रहरूमा अवस्थित राजदूतावासहरूको क्षमता अभिवृद्धि गर्ने ।
- आप्रवासी श्रमिकहरूको मृत्युको अनुसन्धान, स्वास्थ्य जोखिमबाट सुरक्षा र उनीहरूको स्वास्थ्य सेवामा पहुँच जस्ता मुद्दाहरू अबुधाबी संवाद (Abu Dhabi Dialogue) र कोलम्बो प्रक्रिया (Colombo Process) जस्ता क्षेत्रीय परामर्श प्रक्रियाहरूको प्रस्तावमा पर्ने सुनिश्चित गर्ने ।