Tréningové aktivity pre zdravotníckych pracovníkov na zlepšenie prístupu a kvality zdravotníckych služieb pre migrantov a etnické menšiny, vrátane Rómov

MEM-TP

***MODUL 2.***

***VEDOMOSTI O MIGRANTOCH, ETNICKÝCH MINORITÁCH A ICH ZDRAVÍ***

***Kapitola 1: Zdravotné problémy a zdravotné determinanty migrantov a etnických minorít***

***Pokyny/Guidelines***

*Vypracovala:*

*Olga Leralta, Andalusian School of Public Health*

*Upravila:*

*Daniela Kallayova, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce*

*Trnavská univerzita v Trnave*

*2015*

© Európska únia, 2015

Pre akúkoľvek reprodukciu textovej a multimediálnej informácie, ktoré nie sú pod © Európskej únie, je potrebné vyžiadať si povolenie priamo od držiteľov autorských práv.

© Ilustrácie obálky: Observatorio de la Infancia de Andalucía, Escuela Andaluza de Salud Pública. Junta de Andalucía.

 **Migrants & Ethnic Minorities Training Packages**





Financované Európskou úniou v rámci programu EÚ v oblasti zdravia (2008-2013), v rámci zmluvy o poskytovaní služieb s Výkonnou agentúrou pre spotrebiteľov, zdravie, poľnohospodárstvo a potraviny konajúcej v rámci mandátu od Európskej komisie. Obsah tejto správy reprezentuje názory Andalúzskej školy verejného zdravotníctva (Andalusian School of Public Health- EASP) a je jeho výhradnou zodpovednosťou; v žiadnom prípade neodráža názory Európskej komisie a / alebo Výkonnej agentúry pre spotrebiteľov, zdravie, poľnohospodárstvo a potraviny, alebo akéhokoľvek iného orgánu v Európskej únii. Európska komisia a / alebo Výkonná agentúra pre spotrebiteľov, zdravie, poľnohospodárstvo a potraviny nezaručujú presnosť údajov uvedených v tejto správe, a neprijímajú zodpovednosť za akékoľvek využitie tretími stranami.

**Kapitola 1: Zdravotné problémy a zdravotné determinanty migrantov a etnických minorít**

# Ciele a metódy

1. **Ciele a metódy**

 **1.1. Ciele**

**Ciele prezentácie:**

* Popísať základné demografické charakteristiky aktuálnej populácie migrantov a etnických minorít.
* Analyzovať sociálne determinanty zdravia migrantov a etnických minorít.
* Identifikovať hlavné trendy v zdravotnom stave migrantov a etnických minorít.

**Ciele aktivity:**

* Zdôrazniť predošlé poznatky a vnímania zdravotných potrieb migrantov a etnických minorít
* Analyzovať sociálne determinanty zdravia migrantov a etnických minorít.

 **1.2. Metódy**

***Odhadovaný čas na Modul 2 sú 4 hodiny, cca 1-2 hodiny na kapitolu 1 a 2-3 hodiny na Kapitolu 2. Školiace materiály pre každú kapitolu pozostávajú z prezentácie, aktivít, videí a odporúčanej literatúry.***

***Údaje z Kapitoly 1 musia byť prispôsobené konkrétnym demografickým charakteristikám migrantov a etnických minorít, konkrétnym zdravotným výsledkom a vzorcom úmrtnosti. Ako súčasť lokálneho prispôsobenia sa musí byť obsah doplnkového Modulu 2 integrovaný do tejto kapitoly. V tejto kapitole nie je žiadna povinná aktivita s výnimkou aktivity týkajúcej sa obsahu doplnkového Modulu 2. Navrhujeme použiť aktivity navrhované na predstavenie participatívneho pedagogického prístupu.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Čas**  | **Ciele**  | **Aktivity**  | **Zdroje**  |
| 10 minút  | **•** Popísať základné demografické charakteristiky aktuálnej populácie migrantov a etnických minorít.  | Prezentácia (snímky 1-5) a otázky  | Projektor, laptop, plátno.   |
| 20 minút  | **•** Zdôrazniť prechádzajúce znalosti a vnímanie zdravotných potrieb migrantov a etnických minorít  | Aktivita 1 v dvoch častiach: Skupinová práca a skupinová diskusia   | Projektor, laptop, plátno.   |
| 25 minút  |  Analyzovať sociálne determinanty zdravia migrantov a etnických  | Aktivita 2 v štyroch častiach:  Prezentácia  | Projektor, laptop, plátno.   |
|  | minorít.  | metodológie * Video

prezentácia * Diskusia v malých skupinkách
* Skupinová

diskusia a prezentácia (snímky 6-11)  |   |
| 30 minút  |  Identifikovať hlavné trendy v zdravotnom stave migrantov a etnických minorít.  | Prezentácia (snímky 11-19) a otázky  | Projektor, laptop, plátno.   |

# Prezentácia

**Snímok 1** *Informácie pre tento dokument boli získané z Mock-Muñoz de Luna C, Ingleby D, Graval E, Krasnik A. Súhrnná správa. MEM-TP, Školiace balíky pre zdravotných profesionálov na zlepšenie prístupu a kvality zdravotných služieb pre migrantov a etnické minority vrátane Rómov. Granada, Kodaň: Andalúzska škola verejného zdravia, Kodanská Univerzita, 2015.*

**Snímok 2:** Prehľad obsahu

**Snímok 3: Sociálny kontext migrantov a etnických minorít**

Globálna migrácia sa zväčšuje a zrýchľuje. Ako výsledok sa stávajú spoločnosti viac a viac kultúrne, etnicky a jazykovo - diverzné. Dva nedávne trendy v medzinárodnej migrácii relevantné pre otázku zdravia migrantov:

1. Za prvé sa zväčšuje posunu smerom k „cirkulárnej“ alebo „prechodnej“ migrácii[[1]](#footnote-1). Cirkulárna migrácia môže zahŕňať bežné cesty tam a späť medzi hosťujúcou a domovskou krajinou.
2. Druhým fenoménom je „super-diverzita“[[2]](#footnote-2): vo veľkomestách Európy sa môže hovoriť stovkami rôznych jazykov. V rámci každej národnosti je tiež veľa diverzity napr. v úrovni vzdelania, schopnostiach, veku, vierovyznaní, etnicite a mnohých ďalších charakteristikách, ktoré boli tradične vnímané ako homogénne.

Na začiatku roku 2013 bola celková populácia migrantov v EÚ-27 50.872.674, t.j. 10.1% celkovej populácie[[3]](#footnote-3). Migrácia bola zásadným spôsobom ovplyvnená geografickou vzdialenosťou, kedy je 30% migrantov žijúcich v EÚ pôvodne z inej krajiny EÚ[[4]](#footnote-4). Mnohé európske krajiny sa začali spoliehať na migrantov v boji s klesajúcou úrovňou pôrodnosti a starnutím spoločnosti. Pre vysielajúce štáty predstavujú odchádzajúci ľudia veľkú časť ich HDP a hrajú kľúčovú úlohu pri ich rozvoji.

Čo sa týka žiadateľov o azyl, údaje z roku 2013 ukazujú pokračujúci rast, ktorý sa začal v roku 2010 a dosiahol v Európe za posledné desaťročie najvyššiu úroveň[[5]](#footnote-5). Hlavné krajiny pôvodu žiadateľov o azyl sú Sýria, Ruská federácia, Afganistan, Irak a Srbsko/Kosovo. Podľa UNHCR si šesť národov južnej Európy (Cyprus, Grécko, Taliansko, Malta, Portugalsko a Španielsko) udržujú zvýšený počet žiadateľov o azyl[[6]](#footnote-6).

Z odhadovaného množstva 5 až 8 miliónov „ilegálnych“ migrantov v Európe, zostala väčšina z nich v Európe aj po tom čo im vypršali víza alebo bola žiadosť o azyl zamietnutá[[7]](#footnote-7). Počet „ilegálnych“ migrantov je veľmi ťažké presne určiť ale odhaduje sa, že táto skupina predstavuje približne 1% populácie EÚ[[8]](#footnote-8).

Ženy predstavujú približne polovicu migrantov v Európe (50% v roku 2013 podľa Eurostatu)[[9]](#footnote-9).

Avšak v niektorých krajinách je viac ženských ako mužských migrantov, napr. Cyprus, Taliansko, Španielsko a Írsko. Výskum ukázal, že veľké množstvo ženských migrantov sú ženy v domácnosti alebo pracovníčky osobnej starostlivosti a že tieto formy zamestnania často vystavujú migrantov využívaniu alebo zneužívaniu zamestnávateľmi. Preto sú zraniteľnejšie čo sa týka vylúčenia z prístupu k zdravotným službám a iným službám sociálneho zabezpečenia[[10]](#footnote-10).

**Snímok 4** Migranti zvyknú byť mladší ako pôvodná populácia a preto spotrebúvajú menej zdravotnej starostlivosti ako pôvodné obyvateľstvo: vyššie náklady[[11]](#footnote-11) sú spôsobené v rannom detstve a vyššom veku. Ako ukazuje **obrázok 1,** sú to kategórie, v ktorých nemajú migranti veľké zastúpenie.

Pojem „etnická minorita“ zahŕňa široké spektrum rôznych skupín. *Táto otázka už bola prebraná v Module 1. Na účely tohto školiaceho balíčka by sa diskusia mala v súvislosti so zdravotným trendom a potrebami etnických minorít prispôsobiť národným kontextom. Problémy týkajúce sa zberu údajov o etnických minoritách sú zdôraznené v Module 4*.

Štúdie európskych krajín o zdravotných otázkach týkajúcich sa etnicity sú ťažké a metodologicky náročné kvôli rozdielom v definíciách dostupných údajov, ako aj odlišnostiam determinantov zdravia v „podobných“ etnických skupinách v rôznych krajinách a v rámci etnických skupín v každej krajine. Výsledky týchto štúdií ukazujú, že aj keď krajina pôvodu predurčuje určité odlišnosti vo výsledkoch zdravia, existujú dôležité odlišnosti medzi rôznymi krajinami pobytu. Tieto môžu odrážať rozdiely v charakteristikách pozadí etnickej minority v každej krajine, ich socioekonomickú pozíciu a zdravotné politiky, ktoré ich ovplyvňujú. Medzinárodné porovnávacie štúdie o porovnateľných etnických skupinách môžu vytvoriť nové dôležité hypotézy o úlohe kultúrnych, sociálnych a environmentálnych faktorov a poskytnúť náhľad do najefektívnejších organizácií a kultúrne citlivej zdravotnej starostlivosti. Potvrdenie hypotézy navrhnutej takýmto výskumom si však bude vyžadovať hlbšie štúdie založené často na kvantitatívnych metódach v miestnych kontextoch[[12]](#footnote-12).

**Aktivita 1:**  **Skupinová diskusia o prevahe diagnostikovaných duševných chorobách u migrantov a etnických minoritách**

**Popis:** Táto aktivita sa sústreďuje na predchádzajúce znalosti a vnímanie kontroverznej témy týkajúcej sa zdravia migrantov a etnických minorít účastníkmi.

Čas: 15 minút

Táto aktivita pozostáva z práce v malej skupinke a záverečnom brainstormingu v celkovej skupine.

1. Moderátor vytvorí 6 skupín na prediskutovanie obsahu čítania z ***Lancetova komisia pre kultúru a zdravie13***.

*„Pred viac ako 30 rokmi informovali Littlewood a Lipsedge v Spojenom kráľovstve o dlhotrvajúcich nerovnostiach v psychiatrickom zaobchádzaní s černochmi (Afričanmi alebo Karibčanmi). Prečo majú rasové minority (a obzvlášť tzv. afro-karibské skupiny) vo Veľkej Británii oveľa vyššiu úroveň diagnostikovaných duševných chorôb ako bežná populácia? Prečo je táto úroveň oveľa vyššia v komunitách migrantov ako v komunitách pôvodu týchto migrantov? Vytvára skutočnosť žitia v inej krajine duševnú chorobu (štruktúrne násilie v komunite), alebo je trend prehnanej diagnózy záležitosťou lekárov (výsledok latentného rasizmu zakoreneného v klinickej praxi)? Čo sa stalo za 30 rokov? Napriek tomuto dlho existujúcemu povedomiu a mnohým reguláciám ostáva diskriminácia aj naďalej takmer nekontrolovanou. Černosi sú oveľa početnejší ako iné rasové skupiny, v niektorých psychiatrických oddeleniach Spojeného kráľovstva skoro 3:1. Podobné zistenia štúdií dĺžky života černochov v Amerike ukázali, že rasové nerovnosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa zásadným spôsobom neznížili. V dôsledku toho žijú černosi v priemere o 6 rokov kratšie ako bieli Američania. Roky práce „zdokumentovali, že nech už sú viazané etnickou alebo rasovou identitou, statusom imigrantov, plynulosťou anglického jazyka, dosiahnutým vzdelaním, chudobou, nízkym socioekonomickým statusom alebo bývaním v meste alebo na vidieku, minoritám a chudobným sa dostáva menšie množstvo zdravotnej starostlivosti a v horšej kvalite ako strednej triede a ich vzdelaným krajanom a chudobným sa dostáva menšie množstvo zdravotnej starostlivosti a v horšej kvalite ako strednej triede a ich vzdelaným krajanom. V príliš veľkom množstve prípadov sú rasové faktory zohľadňované pri ochorení bez kontroly sociálnej nerovnosti, ako aj ich efekty na schopnosti a príležitosti jednotlivca.*” 2. Spravodajca každej malej skupinky poskytne zhrnutie výsledkov diskusie v troch vetách. Aktivita končí diskusiou v celkovej skupine.

# Prezentácia

**Snímok 5** Rómovia sa ako najväčšia európska etnická minorita s populáciou približne 11 miliónov stretáva s najvyššou úrovňou deprivácie v Európe. Podľa WHO Európa, “*pojem Rómovia je často používaný na opis rôznych komunít, ktoré sa identifikujú okrem iného ako Sinti, Ashkaliaovia, Egypťania, Rómovia, gens de voyage, Yenish, Kale, Cigáni a Manuši aj keď tí, ktorí samých seba identifikujú ako Egypťanov vyslovene odmietajú, že sú indického pôvodu. Spolu predstavujú etnickú populáciu, ktorá je dominantne tvorená komunitami komerčných a kočovných skupín z Indie. Pretože je brané, že zdieľajú výzvy vylúčenia a kultúru, ktorá sa vyznačuje kočovníctvom a sebazamestnaním, cestovatelia často participujú v diskusii o Rómoch. Rómovia a Sinti sú „často prepojení spolu s etnicky nepríbuznými skupinami hanlivo pojmom Cigáni“. Iní spochybňujú homogenitu skúseností Rómov a cestovateľov. CE dohovor používa termín Rómovia ako pre Rómov tak aj pre cestovateľov.*”[[13]](#footnote-13)

Čo sa týka zberu údajov o Rómskych komunitách v Európe, bolo identifikovaných niekoľko prekážok:

 Zber údajov v mnohých európskych krajinách nerozlišuje údaje podľa etnicity; v niektorých prípadoch je tomu tak kvôli historickému zneužívaniu údajov na účely perzekúcie a segregácie.  Etnické minority sa môžu snažiť skryť svoju etnicitu s cieľom vyhnúť sa stigmatizácii;  Chýba súhlas ohľadom terminológie a definícií týkajúcich sa rómskych minorít[[14]](#footnote-14).

Najväčšie množstvo Rómov žije v strednej a východnej Európe - Rumunsku, Slovensku, Bulharsku, Maďarsku a bývalej Juhoslávii. V Európe je menej ako 20% Rómov kočovných. **Obrázok 2** znázorňuje členské štáty EU s najväčším počtom Rómov a cestovateľov[[15]](#footnote-15)[[16]](#footnote-16).

Sú štyri krajiny, ktorých populácia migrujúcich Rómov je odhadovaná na 50.000 alebo viac (Spojené Kráľovstvo, Grécko, Nemecko a Taliansko). Vo Francúzsku je populácia migrujúcich Rómov odhadovaná na 10.000 - 15.000 (2010). Rómske populácie existujú aj v Belgicku, Českej republike, Írsku a Španielsku aj keď neexistujú odhady o veľkosti ich populácie. Najväčšia populácia sa nachádza v Spojenom kráľovstve, kde sa ich množstvo pohybuje odhadom medzi 50.000 a 1 miliónom. Najviac migrujúcich Rómov pochádza z východných krajín EÚ. V EÚ môžu žiť a slobodne pracovať.

Ak zoberieme do úvahy priemer EÚ-27, je priemerný vek európskej rómskej populácie 25.1 v porovnaní s 40.2 nerómskej populácie. **Obrázok 3** ukazuje populačnú pyramídu v Európe: rómska komunita a Európska únia17.

Veľká časť zdravotných nevýhod s ktorými sa migranti a etnické minority stretávajú sa týka ich všeobecného nepriaznivého socioekonomického postavenia. Priemerne je socioekonomický stav (SES) migrantov a etnických minorít horší a vo všeobecnosti je väčšia pravdepodobnosť, že budú žiť v chudobe než domáce a väčšinové obyvateľstvo. Migranti a etnické minority sú obvykle terčom mnohých foriem znevýhodnenia a to je faktor, ktorý veľkým spôsobom ovplyvňuje ich zdravie. V súčasnosti absorbujú v dôsledku „úsporných“ politík tie najzraniteľnejšie skupiny v spoločnosti hlavný dopad šetriacich opatrení a privatizácie v sektore verejných služieb, obzvlášť keď tieto opatrenia obmedzujú prístup ku kľúčovým službám ako zdravotná starostlivosť[[17]](#footnote-17). So sprísnenými opatreniami pre migráciu sa počet nelegálnych migrantov zväčšuje. Títo migranti majú zlý zdravotný stav v dôsledku neistoty ich situácie ako aj v dôsledku nebezpečnej cesty ktorú podnikli, aby sa do EÚ dostali.

**Snímok 6** **Sociálne determinanty zdravia relevantné pre migrantov a etnické minority**

**Aktivita 2: Video „Vytváranie spojení: naše mesto, naša spoločnosť, naše zdravie”:**  **Popis:** Video prezentácia a skupinová diskusia podporená prezentáciou.

*(Trvanie 25 minút)*

Aktivita pozostáva zo štyroch častí:

1. Prezentácia metodológie *(v skupine)*
2. Video prezentácia *(v skupine)*

„Vytváranie spojení: naše mesto, naša spoločnosť, naše zdravie”: <https://www.youtube.com/watch?v=LMpQEMb0Trc>

1. Diskusia v malých skupinkách o rôznych determinantoch
2. Skupinová diskusia a snímky 6-11 *(v skupine)*

## Chýbajúce údaje

Aj keď sa za posledné desaťročie zásadne zvýšilo množstvo informácií dostupných o zdraví migrantov a etnických skupín v Európe, tieto informácie majú stále zásadné nedostatky. Zdravotné štatistiky sú zriedkakedy kategorizované podľa etnicity alebo migračného statusu daných ľudí a často je nemožné prepojiť ich s databázami, ktoré tieto premenné neobsahujú. Dostupnosť údajov o konkrétnych zdravotných podmienkach sa medzi krajinami značne líši[[18]](#footnote-18) a väčšina krajín v Európe nezaznamenáva etnicitu pri spočítavaní obyvateľstva. Okrem toho sa vo vedeckej literatúre kategórie migranti a etnické minority značne prekrývajú: väčšina výskumov o etnicite je zároveň výskumom o migrácii, pretože „krajina pôvodu“ sa používa ako indikátor etnicity.

Podľa správy Európskej komisie z roku 2014 o implementácii rámca Národných stratégií integrácie Rómov je nedostatok systematického zberu údajov o zdraví Rómov v porovnaní s všeobecnou populáciou aj naďalej problémom pri sledovaní zdravia Rómov a zdravotných nerovností20.

## Vzťah medzi slabým zdravím a nedostatkami poskytovania zdravotných služieb

Často sa argumentuje tým, že nedostatky zdravotných služieb pre migrantov a etnické minority musia byť riešené v dôsledku zvýšených rizík ochorení o ktorých je známe, že tieto skupiny ovplyvňujú. Napriek nedostatočnému prístupu ku kvalitnej starostlivosti nie je problémom len to, že sú skupiny vystavené zvýšeným rizikám ochorení. Nehody, infekcie, problémy pri pôrode, genetické vady a prirodzený úpadok tela vo vyššom veku môžu postihnúť kohokoľvek.

Avšak tí, ktorí majú najvyššiu potrebu dobrej zdravotnej starostlivosti sú veľmi často tí, ktorí sú najmenej schopní dostať sa k nej („Inverzný zákon o starostlivosti“[[19]](#footnote-19)). Migranti a etnické minority môžu mať špeciálne potreby a zraniteľnosti, ktoré odôvodňujú zvýšenú pozornosť poskytovaných služieb. Je to otázka práv: univerzálne ľudské právo na zdravie a neprijateľnosť diskriminácie v službách poskytovaných medzi skupinami.

## Zdravotné determinanty

Podľa WHO[[20]](#footnote-20) *„Mnohé faktory sa navzájom spájajú a ovplyvňujú zdravie jedincov a komunít. Či sú ľudia zdraví alebo nie je určené ich podmienkami a prostredím. Vo veľkej miere majú faktory ako to kde žijeme, stav nášho prostredia, genetika, náš príjem a úroveň vzdelania a naše vzťahy s priateľmi a rodinou vysoký dopad na zdravie, zatiaľ čo bežne chápané faktory ako prístup a využívanie služieb zdravotnej starostlivosti majú často menší dopad.*

*Determinanty zdravia zahrňujú:*

* *sociálne a ekonomické prostredie,*
* *fyzické prostredie a*
* *osobné charakteristiky a správanie sa jedinca.*

*Zdravie ľudí určujú kontexty ich životov, preto obviňovať jedincov, že majú zlé zdravie alebo ich naopak uznávať, že majú zdravie dobré nie je vhodné. Jedinci nie sú schopní priamo kontrolovať determinanty svojho zdravia. Tieto determinanty - alebo veci, ktoré robia ľudí zdravými alebo chorými - zahrňujú tieto a ďalšie faktory:*

* *Príjem a sociálny stav - vyšší príjem a sociálny stav sú prepojené s lepším zdravím. Čím väčší je rozdiel medzi bohatými a chudobnými ľuďmi, tým väčší je rozdiel v zdraví.*
* *Vzdelanie – nízka úroveň vzdelania je prepojená na zlé zdravie, vyššiu úroveň stresu a nižšiu úroveň sebavedomia.*
* *Fyzické prostredie – čistá voda a vzduch, zdravé pracovné prostredie, bezpečné domy, komunity a cesty prispievajú k dobrému zdraviu. Zamestnanie a pracovné podmienky - zamestnaní ľudia sú zdravší obzvlášť tí, ktorí majú viac kontroly nad svojimi pracovnými podmienkami.*
* *Siete sociálnej podpory – väčšia podpora zo strany rodiny, priateľov a komunít súvisí s lepším zdravím. Kultúra – zvyky, tradície, presvedčenia rodiny a komunity, to všetko ovplyvňuje zdravie.*
* *Genetika - dedičstvo zohráva úlohu pri určení dĺžky života, zdravia a pravdepodobnosti rozvinutia určitých chorôb. Osobné správanie sa a schopnosť vyrovnať sa so situáciami - vyrovnaná strava, aktívny životný štýl, fajčenie, pitie a schopnosť vyrovnať sa so stresom a životnými výzvami, to všetko ovplyvňuje zdravie.*
* *Zdravotné služby - prístup a používanie služieb, ktoré predchádzajú chorobám a liečia choroby, ktoré zdravie ovplyvňujú.*
* *Pohlavie - muži a ženy trpia rôznymi typmi chorôb v rôznych vekových kategóriách.”*

Ak si zoberieme migrantov, pôvod ich zdravotných problémov môže byť v krajine ich pôvodu, z cesty alebo hosťujúcej krajiny[[21]](#footnote-21). Perspektíva „životného kurzu“ zvažuje, že medzi všetkými tromi faktormi môžu existovať vysoko komplexné interakcie.

## Zdravotné nerovnosti ovplyvňujúce potomkov migrantov

„Druhá generácia” alebo potomkovia migrantov sú obvykle neviditeľní v štatistikách o zdraví: či už ich vylúčením zo štúdií o migrantoch alebo zmiešavaním migrantov a ich potomkov narodených v hosťujúcej krajine.

Niektoré z hlavných zistení dostupných výskumov [[22]](#footnote-22), 25, 26, 27 sú nasledovné:

* Krvný tlak rástol časom rýchlejšie u detí etnickej minority (Spojené kráľovstvo).
* Adolescentní chlapci z etnických minorít majú obvykle lepšie duševné zdravie napriek svojmu pôvodu z chudobnejších rodín a štvrtí. Identifikovanými pozitívnymi faktormi boli starostliví rodičia, spoločné robenie vecí ako rodina a priatelia z rôznych etnických skupín (Spojené kráľovstvo).
* Skúsenosti s rasizmom mali negatívne dopady na duševné zdravie vo všetkých etnikách (Spojené kráľovstvo).
* Druhá generácia nezápadných migrantov sú častejšie diagnostikovaní ako „psychopati“ než majoritná populácia (Holandsko).
* Úrovne rizikového správania sa druhej generácie sa nie vždy zhodujú s úrovňou majoritnej populácie. To platí napríklad pre spotrebu alkoholu.
* Vo vzťahu k úrovni fajčenia mužov a nadváhy a fyzickej pasivity žien sú rizikové správania podobné. Množstvo mužských potomkov, ktorí fajčia každý deň je o niečo vyššie ako je tomu všeobecne u migrantov a oveľa vyššie ako je tomu u majoritnej populácie. V adolescentnom veku sú dievčatá z určitých etnických skupín vystavené vyššiemu riziku obezity ako z iných etnických skupín. Faktory, ktoré k tomu prispievajú sú vynechanie raňajok, pitie veľkého množstva sýtených nápojov a nedostatočná konzumácia ovocia a zeleniny (Spojené kráľovstvo, Holandsko, Dánsko).
* Úrovne fyzickej aktivity boli u migrantov vyššie v porovnaní s Dánmi a u potomkov vo vekovej kategórii 18-39 boli úrovne fyzickej aktivity o niečo vyššie.
* Čo sa týka vnímania vlastného zdravia migrantmi, čím starší migranti a ich potomkovia boli, tým väčšie boli vnímané rozdiely pri porovnaní s majoritnou populáciou (Dánsko). **Prezentácia**

**Snímok 7** diagram na **obrázku 5** (prebraný z Reeske & Spallek, 201228) ilustruje komplexnosť determinantov zdravia migrantov a etnických minorít. Tiež je potrebné zobrať do úvahy, že tieto faktory neovplyvňujú zdravie priamo, ale prostredníctvom mnohých zasahujúcich premenných a ďalšími spôsobmi. Rôzne druhov faktorov môže podporovať výskyt ochorení v skupinách migrantov:

1. Genetické faktory

Konkrétne genetické rozdiely môžu byť kľúčom k pochopeniu rozdielov medzi populačnými skupinami v ich náchylnosti k určitým chorobám. Je dlhodobo známe, že kosáčikovitá anémia sa vyskytuje predovšetkým u afrických Američanov, zatiaľ čo Tay-Sachsova choroba sa vyskytuje u aškenázskych židov. Vývoj genetického profilovania nepochybne odhalí viac takýchto prepojení, aj keď sobáše a komplexné interakcie spolu s inými faktormi dopad týchto efektov oslabia.

1. Kultúrne faktory

Rozdiely v životných štýloch prepojených na „kultúru“ boli v štúdiách zdravia migrantov populárnym typom vysvetlení. Opäť tu môžeme nájsť silné prepojenia: napríklad rozdiel v návykoch fajčenia medzi mužmi a ženami v tradičných bangladéšskych a pakistanských

* 1. Veling, W., Selten, J. P., Veen, N., Laan, W., Blom, J. D. & Hoek, H. W. (2006). Výskyt schizofrénie u etnických minorít v Holandsku: štvorročná štúdia prvého kontaktu. *Schizophr. Res*, 86, 189-193.
	2. Selten, J. P., Laan, W., Kupka, R., Smeets, H. & van Os, J. (2011). Meer kans op depressie en psychose bij allochtonen. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 155.
	3. Singhammer, J. *et al* (2008). Etniske minoriteters sundhed. Partnerskabet for undersøgelse av etniske minoriteters sundhed, Center for Folkesundhed
	4. Reeske, A. a Spallek, J. (2012) Obezita u detí a adolescentov migrantov: životná perspektíva na rozvoj obezity. V:

Ingleby, D., et al (eds). *Zdravotné nerovnosti a rizikové faktory medzi migrantmi a etnickými minoritami*, zväzok 1.

COST Séria o zdraví a diverzite. Antverpy: Garant Publishers

komunitách sa odráža v rozdieloch výskytu rakoviny pľúc medzi pohlaviami[[23]](#footnote-23). Mrzačenie ženských pohlavných orgánov je pravdepodobne najznámejším príkladom praktiky, ktorá negatívne ovplyvňuje zdravie a je prepojená na tradičné kultúry. Avšak ako Bhopal poukazuje[[24]](#footnote-24), mnohé kultúrne tradície (ako prohibícia alkoholu a sexuálna promiskuita) môžu mať na zdravie pozitívny dopad.

Vysvetlenia sa však potykajú s dvomi hlavnými problémami týkajúcimi sa „kultúry“. Po prvé myšlienka, že každá etnická skupina alebo krajina pôvodu je asociovaná so stabilnou a homogénnou kultúrou sa v posledných desaťročiach stala terčom kritiky. Po druhé, životné štýly sa nepraktikujú vo vákuu: napríklad zdravé stravovanie nie je len osobnou voľbou ale závisí aj od dostupnosti a cenovej dostupnosti správnych potravín, ako aj času a podmienok na jeho prípravu. Reklama a sociálne tlaky sú tiež silnými determinantmi správania.

1. Faktory zdravotného systému

Zdravie môže byť ovplyvnené nedostatkami zdravotného systému pri poskytovaní adekvátnych programov prevencie, zdravotného vzdelávania a propagácie alebo zdravotných službách, ktoré sú dostupné a majú vyššiu kvalitu. Avšak došlo k posunu *opatrení* zameraných na zlepšenie zdravia v týchto skupinách. Posun bol ovplyvnený hnutím „sociálnych determinantov zdravia“ spolu s „Marmotovou správou”[[25]](#footnote-25). Napríklad pôvodný výskum Rómov obvykle chápe príčinu zdravotných problémov v nedostatočnom prístupe ku kvalitným službám. Na druhej strane neskoršie projekty ako *Zdravie a rómska komunita* (2007 - 2009) a *Správy o zdravotnom stave rómskej populácie* (2012 - 2013) kládli väčší dôraz na potrebu epidemiologického výskumu príčin zlého zdravia obzvlášť na úlohu sociálneho znevýhodnenia.

1. Faktory životného štýlu

Význam *prevencie* bol zdôrazňovaný WHO od „Deklarácie Alma Ata“[[26]](#footnote-26) z roku 1978 a aj pred tým. Niektoré preventívne opatrenia sú zamerané na jednotlivcov a snažia sa o *zmenu v správaní*. Tá môže mať za cieľ buď zmiernenie ujmy alebo prevenciu pred chorobou. V poslednej dobe došlo k veľkému zvýšeniu pozornosti faktorom správania sa („životného štýlu“) ako determinantom tak prenosných ako aj neprenosných chorôb.

**Snímok 8**

1. Sociálne determinanty

V súčasnosti je venovaná väčšia pozornosť potrebe intenzívnejšieho epidemiologického výskumu príčin zlého zdravia obzvlášť úlohe sociálneho znevýhodnenia prepojeného na „sociálne determinanty zdravia“[[27]](#footnote-27). „Dúhový diagram“ Dahlgrena a Whiteheada[[28]](#footnote-28) predstavuje sociálne determinanty zdravia. Ako je zobrazené na **obrázku 6** v *Prehľade politiky o zdraví migrantov a etnických minorít*[[29]](#footnote-29)WHO 2010, bol tento diagram upravený tak, aby ukázal sociálne determinanty zdravia migrantov.

**Snímok 9**

Tá istá informácia je zobrazená na **obrázku 7**, ktorý predstavuje rozdiel medzi determinantmi, ktoré špecificky ovplyvňujú migrantov (priamo) a tými, ktoré ovplyvňujú ľudí v znevýhodnených socioekonomických pozíciách (nepriamo)[[30]](#footnote-30).

## Snímok 10 Sociálne determinanty zdravia a vplyv sociálnoekonomického stavu Obrázok 1 - Rozdiely v očakávanej dĺžke života v malej oblasti Londýna („slávnostná línia”)

Dôraz na hlbšie štruktúrne determinanty zdravotných nerovností boli prepojené predovšetkým na veľké rozdiely v zdraví a dĺžke života tých na vrchole socioekonomického rebríčka a tých dole. Chudoba a sociálne vylúčenie, ktoré zažíva väčšina Rómov je veľmi dobre zdokumentovaná a domácnosti migrantov zažívajú chudobu oveľa častejšie ako domácnosti pôvodného obyvateľstva[[31]](#footnote-31).

**Snímok 11** Podľa WHO Európa *„prístup k zamestnaniu je významným aspektom sociálnej a ekonomickej inklúzie. Úrovne chudoby sú vyššie u nezamestnaných a iných neaktívnych členov spoločnosti (…) Úrovne nezamestnanosti sa líšia v jednotlivých krajinách ale existujú dôkazy, ktoré naznačujú, že príjem migrantov je nižší obzvlášť u nelegálnych migrantov (...) Pracujúci ľudia, ktorých príjem je menej ako 60% národného priemeru sú dôsledkom chudoby vo väčšom ohrození (…) Niektoré populácie migrantov sú obzvlášť ohrozené chudobou (…) nelegálni migranti; žiadatelia o azyl; rodiny migrantov s jedným rodičom obzvlášť tie, ktoré sú vedené ženami; traumatizovaní alebo mučení počas migračného procesu a obete obchodovania s ľuďmi”[[32]](#footnote-32)*.

**Snímok 12** SES je súčasťou vzťahu medzi migračným stavom alebo etnicitou a zdravím, kedy členstvo v týchto skupinách určuje do určitej miery SES jedinca. Správa WHO Európa o chudobe a sociálnom vylúčení uvádza niekoľko zdravotných rizík týkajúcich sa sociálnych podmienok migrantov a etnických minorít:

* chudoba týkajúca sa sociálneho vylúčenia;
* nedostatok vhodného ubytovania;
* zlé stravovanie;
* nízky príjem asociovaný s nízkou úrovňou vzdelania alebo zamestnanie nezodpovedajúce vzdelaniu.

Niektoré z týchto faktorov sú zdieľané s inými skupinami, ktoré sú zasiahnuté chudobou a niektoré sú konkrétne asociované migračným procesom[[33]](#footnote-33).

Okrem toho môže existovať *priamy* vzťah medzi diskrimináciou a slabým zdravím40. V každom prípade musia byť opatrenia na zníženie nerovností v zdraví špeciálne prispôsobené tak, aby sa efektívne dostali k migrantom a etnickým minoritám.

 **[[34]](#footnote-34)**

**Snímok 13 Potreby a časté druhy zdravotných problémov migrantov a etnických minorít.**

V tejto oblasti môžeme urobiť priame zovšeobecnenia, ktoré závisia od študovaných zdravotných problémoch, pôvodu a hosťovskej krajiny, pohlavia a veku migrantov, ako aj dôvodov na migráciu, právny stav a socioekonomický stav (SES). Okrem toho sa zdravotné problémy prvej generácie migrantov môžu líšiť od zdravotných problémov ich potomstva. Ak sú zistené rozdiely, nie vždy smerujú v neprospech zdravia migrantov[[35]](#footnote-35).

„Efekt zdravého migranta“ ako fenomén[[36]](#footnote-36) závisí na mnohých faktoroch, ktoré zvyšujú riziko zhoršenia zdravia pred alebo počas migrácie a tým pádom pôsobia v opačnom smere. Preto môže mať status migranta (štatisticky vzaté) so zdravím pozitívnu asociáciu, ale vplyv migrácie na zdravie jedinca je napriek tomu obvykle negatívne. Prehľad nedávnej literatúry[[37]](#footnote-37) poskytuje niekoľko príkladov rozdielov zaznamenaných v zdraví migrantov a populácie hosťujúcej krajiny.

## Všeobecné opatrenia týkajúce sa zdravia

Klinické údaje nemusia byť kvôli rozdielom vo využívaní starostlivosti a náročnosti odhadnutia menovateľov ako podiel migrantov v populácii objektívne44. Z týchto dôvodov sa údaje spoliehajú na premenné zozbierané pre populáciu ako celok napr. mnou nahlásený zdravotný stav, dĺžka života alebo úmrtnosť. Avšak úroveň úmrtnosti môže byť podhodnotená kvôli tendencii niektorých migrantov vrátiť sa starnutím a chorobnosťou do krajiny ich pôvodu45. A mnou nahlásený zdravotný stav je skôr nepresné meranie medzikultúrnych rozdielov pri interpretácii blahobytu[[38]](#footnote-38).

* Mortalita a dĺžka života

Úmrtné listy nie sú spoľahlivým ukazovateľom výskytu konkrétnych chorôb, pretože príčiny smrti sú často príliš zjednodušené[[39]](#footnote-39). Holandská štúdia[[40]](#footnote-40) odhalila, že dĺžka života je v siedmych z desiatich nezápadných skupín migrantov dlhšia než u pôvodného holandského obyvateľstva. Autori došli k záveru, že *„zdravie migrantov by mohlo ťažiť z priaznivých socioekonomických podmienok a podmienok verejného zdravia a zdravotnej starostlivosti v Holandsku a ešte nie je ovplyvnené vysokým rizikom rakoviny a kardiovaskulárnych chorôb asociovaných blahobytom.“* Avšak existuje mnoho štúdií, ktoré vykazujú vyššiu úroveň úmrtnosti migrantov a je jasné, že nemôžeme urobiť akékoľvek zovšeobecnenie. Napríklad popôrodná úmrtnosť zahraničných matiek (subsaharská Afrika, Ázia, severná a južná Amerika) vo Francúzsku bola dvakrát taká vysoká ako u domácich matiek[[41]](#footnote-41). Táto štúdia naznačuje, že menšia zdravotná pozornosť môže byť faktorom vyššej úrovne úmrtnosti.

Tieto zistenia sa potvrdili aj v Spojenom kráľovstve, kde dve hlavné štúdie vykonávané trikrát za rok o úmrtnosti matiek ukázali, že ženy v minoritných etnických skupinách boli vo väčšom ohrození ako majoritná populácia[[42]](#footnote-42), [[43]](#footnote-43). Obzvlášť africké černošky a v menšom rozsahu černošky z Karibiku mali oveľa vyššiu úroveň úmrtnosti ako belošky. Potenciálne príčiny týchto vyšších úrovní zahŕňajú oneskorené využitie materských služieb a migračné trajektórie a podmienky afrických černošiek, ktoré prišli len nedávno alebo žiadateľov o azyl. Okrem toho majú mnohé migračné skupiny vyššiu úroveň úmrtnosti v dôsledku cukrovky. Výskum úmrtnosti migrantov v dôsledku cukrovky v niekoľkých európskych krajinách zrealizovaný Univerzitou v Amsterdame ako súčasť projektu MEHO [[44]](#footnote-44) zistil, že úrovne boli obzvlášť vysoké u migrantov zo severnej Afriky, Karibiku, indického subkontinentu a krajín s nízkym HDP[[45]](#footnote-45).

* Zdravie vnímané samým sebou

Táto premenná ja zahrnutá v štandardnom súbore štatistík Európskej únie o príjme a podmienkach ubytovania (SILC)[[46]](#footnote-46). Väčšina štúdií zistila, že vnímanie vlastného zdravia migrantmi je horšie než u pôvodnej populácie. Veľká časť tohto rozdielu mizne ak sú zohľadnené socioekonomické rozdiely ale v mnohých štúdiách tento efekt nie je úplne odstránený[[47]](#footnote-47).

## Snímok 14 Neprenosné choroby

Je dostupných niekoľko prehľadov neprenosných chorôb migrantov v Európe[[48]](#footnote-48). Výskyt mnohých týchto chorôb sa vekom zvyšuje a následná časť výskumu tejto témy je prepojená na zvýšený počet migrantov v Európe vo vyššom veku.

* Kardiovaskulárne choroby

Kardiovaskulárne choroby (CVD) sú jedným z hlavných ohrození, ktoré má vyššiu úroveň u mnohých (ale nie všetkých) migrantov a etnických minorít. Riziko CVD mortality migrantov je rozdielne naprieč Európou a závisí od krajiny pôvodu migrantov. Preto ľudia pochádzajúci zo Surinamu a Antíl majú vyššiu úroveň rizika CVD mortality v porovnaní s pôvodnou populáciou hosťovskej krajiny, zatiaľ úroveň Maročanov je nižšia[[49]](#footnote-49). Zistené rozdiely závisia nie len od krajiny pôvodu ale aj od cieľovej krajiny. Podobné zistenia ako v pôvodnej MEHO štúdii o CVD[[50]](#footnote-50), boli odhalené aj v ďalších rozšíreniach tejto štúdie[[51]](#footnote-51). Prevažná väčšina výskumov sa v súčasnosti sústreďuje na komplexnú interakciu faktorov, ktoré môžu spôsobovať vyššie riziko CVD určitých migrantov a etnických minorít[[52]](#footnote-52).

* Cukrovka

Výskyt cukrovky v závislosti od veku je vo všetkých preskúmaných štúdiách vyšší u migrantov bez ohľadu na krajinu ich pôvodu[[53]](#footnote-53),62. Európska únia podporuje výskum v tejto oblasti (Projekt RODAM a GIFTS) na identifikovanie determinantoch týchto referencií.

* Rakovina

Riziko rakoviny je u migrantov často nižšie63, čo odráža skutočnosť, že väčšina typov rakoviny, v ktorých majú migranti svoj pôvod je v mnohých rozvojových krajinách menej bežných. Pre mnohé typy rakoviny sa úrovne výskytu medzi vyspelými a rozvojovými krajinami líšia: úroveň výskytu u migrantov sa obvykle mení v smere úrovne krajiny do ktorej migrujú. Napríklad úrovne rakoviny pŕs sa zvyšujú u žien migrujúcich z nízko rizikových oblastí na juhu Talianska do vysoko rizikových oblastí na severe[[54]](#footnote-54).

Programy priebežnej kontroly môžu hrať dôležitú úlohu pri odhalení a skorej liečbe mnohých typov rakoviny pričom je často hlásené, že účasť migrantov na týchto programoch je nižšia ako je tomu u väčšinovej populácii[[55]](#footnote-55).

Ako je tomu pri všetkých zdravotných problémoch, líši sa úroveň rakoviny u migrantov alebo etnických skupín na základe cieľovej krajiny ako aj krajiny pôvodu odrážajúc pravdepodobné rozdiely v prístupnosti a kvalite zdravotných služieb (vrátane programov priebežnej kontroly) týchto skupín. Je potrebný ďalší výskum na preskúmanie súvislostí medzi výskytom rakoviny, statusom migrantov, etnicitou, krajinou pôvodu, socioekonomickou pozíciou a dĺžkou pobytu v hosťovskej krajine.

## Snímok 15 Prenosné choroby

Prenosné choroby medzi migrantmi boli vždy politicky citlivé otázky. Prvé iniciatívy týkajúce sa zdravia migrantov ako prehliadka imigrantov do USA na Ellis Islande v rokoch 1891 - 1930 boli motivované strachom, že „import chorôb“ môže ovplyvniť hosťujúcu populáciu, zatiaľ čo chronicky chorí alebo postihnutí jedinci by sa mohli stať pre spoločnosť záťažou. Neskôr v 20. storočí boli takéto praktiky často kritizované v dôsledku ich nepresnosti, nedostatku rešpektu k ľudským právam a ich často chybnom vedeckom základe[[56]](#footnote-56). Zároveň úspech kampaní vykoreniť infekčné choroby v rozvojových krajinách ďalej zmenšil obavy o „importe chorôb“. Avšak opätovné objavenie sa globálnych epidémií (napr. tuberkulóza, HIV/AIDS alebo hepatitída) na konci 20. storočia ukázali, že tento uvoľnený prístup je predčasný.

Preto sa objavil opätovný záujem o prevenciu pred infekčnými chorobami migrantov a potenciálne prehliadky, skoré odhalenie a prevenciu. Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb (ECDC) nedávno zrealizovalo rozsiahly prieskum tejto oblasti[[57]](#footnote-57). Boli zaznamenané vážne a široké obmedzenia údajov. Často bolo možné vypočítať relatívny pomer nosičov chorôb, ktoré migranti mali alebo nemali ale nejasnosť menovateľov spôsobila, že nebolo možné transformovať tieto údaje do údajov o výskyte. Okrem toho existuje len obmedzené množstvo údajov o programoch prehliadok zameraných na novo prichádzajúcich migrantov v EÚ. Na úrovni EÚ je implementácia programov prehliadok odhaľujúcich prenosné choroby rôzna a praktiky sa v jednotlivých krajinách líšia[[58]](#footnote-58).

* HIV

Napriek práve spomenutým metodologickým problémom mnohé štúdie odhalili, že určité skupiny migrantov sú viac ohrozené rizikom infekcie HIV. To je často spojené so zvýšeným výskytom HIV v krajinách pôvodu migrantov, ale infekcie môžu byť získané aj v hosťujúcich krajinách69. Hlavné spôsoby prenosu HIV v Európe je pohlavný styk homosexuálov bez použitia kondómu a nehygienické užívanie vstrekujúcich drog. Migranti nie sú veľmi zastúpení ani v jednej rizikovej skupine[[59]](#footnote-59). Avšak migrácia zostáva vplyvným faktorom pri zvážení heterosexuálneho prenosu: v období rokov 2007 a 2011 predstavujú migranti z krajín s vysokým výskytom HIV 40% všetkých prípadov prenosu HIV v západnej Európe71. V krajinách s najvyšším výskytom migrantov v HIV štatistikách (Belgicko, Cyprus, Francúzsko, Írsko, Luxemburg, Malta, Švédsko a Spojené kráľovstvo) sa zdajú byť migranti z Afriky (subsaharskej) najviac ohrozenou skupinou, pričom infekciou sa nakazili v krajine ich pôvodu[[60]](#footnote-60). Veľká štúdia v Španielsku zistila, že u migrantov s HIV boli najviac ohrozené ženy z Latinskej Ameriky poskytujúce sexuálne služby[[61]](#footnote-61). Čo sa týka vývoja choroby do AIDS a následná potenciálna úmrtnosť na AIDS, migranti majú nadmerné zastúpenie s obzvlášť vysokými úrovňami úmrtnosti na AIDS u subsaharských Afričanov. Avšak tieto úrovne sa líšia v jednotlivých krajinách EÚ: napr. subsaharskí Afričania v Spojenom kráľovstve pochádzajú predovšetkým z Nigérie a Ghany (nižší výskyt HIV), zatiaľ čo v Portugalsku pochádzajú predovšetkým z Cape Verde, Mozambiku a Angoly (vyšší výskyt HIV)[[62]](#footnote-62).

* Tuberkulóza

Úroveň výskytu tuberkulózy je v Európe vyššia u zahraničnej ako u pôvodnej populácie. Nakazení pacienti pochádzajú predovšetkým z Ázie, Afriky a Európy (mimo EÚ)[[63]](#footnote-63).

V európskych krajinách WHO, kde obsahujú prieskumy TB údaje o migračnom statuse osôb nakazených TB bolo priemerné percento všetkých zistených prípadov u zahraničných osôb v roku 2008 vyššie ako 20%[[64]](#footnote-64). V niektorých krajinách to bolo ešte viac[[65]](#footnote-65).

  Iné infekčné choroby

Spomenutá správa ECDC[[66]](#footnote-66) tiež uvádza, že niektoré skupiny migrantov môžu byť ovplyvnené vyšším rizikom hepatitídy B, malárie a Chagasovej choroby. Neboli zistené žiadne vyššie úrovne rizika čo sa týka kvapavky a syfilisu ale čo sa týka osýpok, rubeoly a hepatitídy C, nie sú dostupné žiadne spoľahlivé údaje.

ECDC dôkladne preskúmalo na európskej úrovni prekážky očkovania MMR (osýpok, príušnice a rubeoly) určitých skupín migrantov[[67]](#footnote-67). Identifikovalo nasledovné hlavné prekážky: diskriminácia, administratívne a finančné problémy, jazykové problémy alebo problémy s gramotnosťou, nedostatok kultúrnych znalostí, nedostatok informácií o zdraví a očkovaní, náboženské vyznania, fatalistický prístup k životu alebo narušené vnímanie rizika týkajúceho sa očkovania a chorôb, ktorým sa dá u niektorých jedincov a skupín predísť očkovaním.

**AURORA projekt**[[68]](#footnote-68) EK propaguje používanie prevencie rakoviny krčka maternice, ktorá je založená na faktoch prostredníctvom vymieňania informácií a odborných znalostí na európskej úrovni. Projekt vyhodnotil programy HPV očkovania v piatich zúčastnených krajinách (Taliansko, Grécko, Slovinsko, Litva a Rumunsko) a zistil, že implementácia kampane vzdelávania o verejnom zdraví, ktorá pripravila populáciu na programy očkovania, bola kľúčom k úspechu alebo zlyhaniu81.

Iné projekty, ktoré sa na európskej úrovni zameriavajú na očkovanie a existenciu konkrétnych programov alebo regulácie podporujúce očkovanie migrantov a kočovných skupín zahrňujú **EpiSouth projekt** a **Promovax** **projekt**:

* **Episouth**[[69]](#footnote-69) zistil, že z 26 zúčastnených krajín v oblasti stredozemného mora a Balkánu 20 z nich nemalo žiadne konkrétne regulácie, ktoré by podporovali programy očkovania migrantov a kočovných skupín, zatiaľ čo 12 krajín hlásilo prítomnosť špeciálnych programov propagujúcich očkovanie týchto skupín. Okrem toho zistenia naznačovali, že aj keď mali bežní migranti rovnaké práva na očkovanie ako všeobecná populácia v 18 z 22 krajín, ktoré odpovedali, bol prístup k očkovaniu a jeho použitie stále nerovnomerný, obzvlášť u niektorých skupín napr. Rómovia a ilegálni migranti. Štúdia tiež obsahuje identifikovanie množstva prekážok očkovania.

* Ciele **Promovaxu** sa sústreďujú na zlepšenie základných znalostí o prekážkach očkovania a rozvoj odporúčaní pre tvorcov politiky ohľadom očkovania ťažko dosiahnuteľných skupín vrátane migrantov[[70]](#footnote-70). Nástroje pre zdravotných profesionálov vyvinuté ako súčasť projektu sa sústreďujú na šírenie informácií ohľadom očkovania ťažko dosiahnuteľným skupinám tým spôsobom, že pomáhajú zdravotným profesionálom vyhodnotiť imunizačné potreby týchto skupín a tým pádom zvýšiť počet zaočkovaných[[71]](#footnote-71).

Podľa WHO Európa, *„chudoba a socioekonomické vylúčenie zohrávajú veľkú úlohu v histórii týchto infekcií. Vystavenie sa a prenos sú intenzívnejšie u chudobných, ktorí žijú v preplnenom a nevyhovujúcom ubytovaní, u tých, ktorých strava nie je vyvážená a u tých, ktorí majú nedostatočné vzdelanie alebo obmedzený prístup k preventívnym opatreniam.”[[72]](#footnote-72)*

##  Snímok 16 Duševné zdravie

Fundamentálny problém ovplyvňujúci výskum problémov duševného zdravia u migrantov a etnických minorít je, že sa kultúry navzájom odlišujú v spôsobe akým konceptualizujú problémy, ktoré rozpoznávajú a spôsob, akým je choroba a postihnutie vyjadrené[[73]](#footnote-73). Zatiaľ čo o prítomnosti alebo absencii fyzickej choroby môže byť rozhodnuté na základe objektívnych biologických ukazovateľov, psychiatrická diagnóza sa musí spoliehať na interpretáciu a úsudok[[74]](#footnote-74). To zahŕňa zohľadňovanie relevantných variácií medzi kultúrami, pričom dôkazová základňa v tejto oblasti nie je dobre rozvinutá.

1. Depresia a poruchy úzkosti

Tieto tzv. „bežné duševné poruchy“ je často ťažké rozoznať od „normálnych reakcií na abnormálne situácie“. Je známe, že sociálne znevýhodnenie a nižší SES sú asociované s depresiou ale nie je známe, koľko problémov migrantov môže byť týmto príčinám pripísaných. Niektoré štúdie[[75]](#footnote-75) ukázali, že vnímaná diskriminácia alebo rasizmus môžu zvýšiť úrovne bežných duševných porúch.

1. Schizofrénia a súvisiace psychotické poruchy

Aj keď je celkový výskyt týchto porúch nízky (okolo 1%), u niektorých skupín migrantov môžeme zistiť zvýšené úrovne. Mnohé štúdie v Spojenom kráľovstve, Holandsku, Švédsku a Dánsku ukázali, že obzvlášť ohrození sú mladí muži z nezápadných krajín[[76]](#footnote-76).

1. Posttraumatická stresová porucha (PTSD) a duševné problémy utečencov

Často sa predpokladá, že hlavné duševné problémy utečencov a žiadateľov o azyl sú posttraumatické stresové poruchy, ktoré sú výsledkom trýznivých zážitkov v krajine ich pôvodu. Aj keď metaanalýza[[77]](#footnote-77) ukázala výskyt na úrovni 9% utečencov, čo je okolo desať-krát vyššie ako úroveň všeobecnej populácii iná metaanalýza[[78]](#footnote-78) prišla k záveru, že úroveň depresie je dvakrát taká vysoká u utečencov ako u ľudí migrujúcich za prácou (44% verzus 20%). To isté platí aj pre poruchy úzkosti (40% verzus 21%). Duševné problémy utečencov preto nie sú len záležitosťou posttraumatických stresových reakcií. Okrem toho pôvody týchto problémov nemusia spočívať v krajine pôvodu ale v zážitkoch zažitých počas cesty a procedúry žiadania o azyl[[79]](#footnote-79).

## Snímok 17 Zdravie matiek a detí

Migrujúce ženy sú vystavené vyššiemu riziku materskej úmrtnosti[[80]](#footnote-80), zatiaľ čo u mnohých skupinách migrantov môžeme nájsť zhoršené výsledky aj vo vzťahu k nízkej pôrodnej váhe, predčasným pôrodom, perinatálnej úmrtnosti a vrodeným deformáciám[[81]](#footnote-81),[[82]](#footnote-82). Avšak úrovne potratov a neonatálnej úmrtnosti v skupinách migrantov sa tiež odlišujú v závislosti od cieľovej krajiny, čo sa môže odrážať v rozdieloch medzi európskymi krajinami v závislosti od prístupu a kvality zdravotných služieb pre tehotné ženy v týchto skupinách[[83]](#footnote-83). Čo sa týka prehliadok na zistenie rôznych druhov rakoviny ako rakoviny krčka maternice a rakoviny pŕs, úrovne prehliadok sú značne odlišné v rôznych etnických minoritách.

Chudoba často obmedzuje prístup k neproduktívnym zdravotným službám a programom zdravotnej prevencie a propagácie (prehliadky, diagnostická starostlivosť, prenatálne a pôrodné služby) a tým pádom zvyšujú riziko nežiaducich výsledkov[[84]](#footnote-84).

Pôrodné komplikácie spojené so zmrzačením ženských genitálií alebo rezaním (FGM) tiež predstavujú výzvy pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Vyžadujú si špeciálne znalosti o potenciálnych zdravotných rizikách pre matky a deti, právny a etický rámec týkajúci sa tejto otázky ako aj najefektívnejšie spôsoby uspokojenia zdravotných potrieb žien, ktoré sú podrobené alebo ohrozené touto procedúrou. To všetko s cieľom zaistiť kvalifikované a preventívne opatrenia proti FGM a vyrovnanie sa s následkami zmrzačenia.

Vzhľadom k nenahlasovaniu a nedostatku spoľahlivých porovnateľných údajov neexistujú presné údaje o výskyte FGM v Európe. Avšak tisíce žien a dievčat v Európe žije s následkami FGM alebo sú vystavené riziku vykonania tejto procedúry v európskej krajine alebo Afrike alebo na blízkom východe[[85]](#footnote-85). Najväčšie skupiny žien a dievčat pochádzajúcich z krajín v ktorý je FGM široko rozšírená prax žijú v nasledovných EÚ krajinách: Rakúsko, Belgicko, Dánsko, Nemecko, Španielsko, Fínsko, Francúzsko, Írsko, Taliansko, Holandsko, Portugalsko, Švédsko a Spojené Kráľovstvo[[86]](#footnote-86). Zdravotné následky FGM sú veľmi dobre zdokumentované. Výskum spojil FGM so zvýšeným rizikom komplikácií počas pôrodu napr. predĺžený pôrod, pôrodné tržné rany, pôrodné krvácanie a ťažký pôrod*[[87]](#footnote-87)*. Pôrodné asistentky by mali byť vyškolené na to, ako sa pripraviť na potenciálne pôrodné komplikácie spojené s FGM.

Podľa WHO Európa: *„Migrujúce ženy a dievčatá a obzvlášť tie, s ktorými je obchodované sú nútené pred konfliktmi utiecť alebo sú vysídlené a často vystavené pohlavnému násiliu.”101*

## Pracovné zdravie a bezpečnosť

Toto je ďalšia oblasť v ktorej sú migranti vystavení zvýšeným zdravotným rizikám. Mnohí migranti pracujú v tzv. „3D zamestnaniach“ - „špinavé, náročné a nebezpečné”[[88]](#footnote-88). Podľa nedávneho prehľadu problematiky[[89]](#footnote-89) sa migrujúci pracovníci stretávajú s vyššou úrovňou priemyselných nehôd, poranení a chorobami z povolania. V dôsledku ich zlých pracovných podmienok a horšiemu prístupu k zdravotným službám nie sú mnohé choroby z povolania nahlásené a ošetrené.

*Európska agentúra pre bezpečnosť a zdravie pri práci* (OSHA) skúma výzvy, ktorým čelia legálni aj nelegálni migranti, ich zamestnávatelia a spolupracovníci v sektore zdravotnej starostlivosti a uvádza nasledovné oblasti, ktoré si vyžadujú zvláštnu zdravotnú alebo bezpečnostnú pozornosť: kultúrne bariéry (t.j. týkajúce sa jazyka) pri komunikácii a príprave v OSH, vysoký výskyt nadčasov a príslušných rizík nehôd a zhoršeného zdravia pracujúcich migrantov, spolupráca a vodcovstvo v multikultúrnych tímoch a poradenstvo o otázkach kultúrnej diverzity v práci[[90]](#footnote-90).

**Snímok 18** **Potreby a časté typy zdravotných problémov etnických minorít.**

Rómovia majú oveľa horší zdravotný profil v porovnaní s nerómami. Odhaduje sa, že Rómovia žijú v priemere o 10 rokov kratšie ako nerómovia105, avšak úrovne úmrtnosti a dĺžky života sa v jednotlivých krajinách ako aj v rôznych skupinách v rámci rómskej populácie odlišujú. Napríklad odhady v Rakúsku naznačujú úroveň mortality o 14% vyššiu u Rómov ako je miestna úroveň pre zvyšok krajiny. Nedostatočne integrovaní Rómovia, ktorí žijú v osídleniach so zlými životnými podmienkami na Slovensku majú úmrtnosť dvakrát až trikrát vyššiu ako dostatočne integrovaní Rómovia a vyššia úmrtnosť novorodencov bola zistená v Bulharsku, Slovensku, Maďarsku a Českej republike[[91]](#footnote-91).

Zatiaľ čo genetické a kultúrne determinanty zdravia a etnicity môžu v porovnaní s nerómskou populáciou vysvetliť niektoré nerovnosti v zdraví, sociálne a environmentálne determinanty tiež zohrávajú významnú úlohu napr. nižší príjem, zlé životné podmienky, diskriminácia a rasizmus a prekážky pri prístupe k zdravotným službám[[92]](#footnote-92),[[93]](#footnote-93). Odhaduje sa, že Rómovia žijú v priemere o 10 rokov kratšie ako nerómovia [[94]](#footnote-94).

Výskum iných národných etnických minorít je dosť obmedzený. Čiastočne je to kvôli tomu, že mnohé z týchto minorít nie sú uznávané a nie všetky skupiny majú skúsenosti s nerovnosťou. Laponci, pôvodná minoritná skupina v severnom Nórsku, Fínsku a Švédsku boli subjektom mnohých štúdií. Zistenia o nimi uvádzanom zdraví z **projektu SAMINOR** (štúdia o zdraví a životných podmienkach populácie v oblastiach s Laponcami aj nórskym obyvateľstvom v Nórsku) naznačuje, že laponskí respondenti hlásili, že majú horšie zdravie ako nórski respondenti a laponské ženy oveľa horšie než muži. Dodatočné zistenia sa týkali skúseností s diskrimináciou v zdravotných službách (obzvlášť hlásenej laponskými ženami) a jazykových bariér[[95]](#footnote-95).

## Snímok 19 Neprenosné choroby

Štúdie naznačujú, že výskyt chronických chorôb ako kardiovaskulárne choroby, cukrovka, obezita, vysoký krvný tlak a astma je vyšší u rómskej ako u nerómskej populácie[[96]](#footnote-96),[[97]](#footnote-97). Pohlavie a vek zohrávajú dôležitú úlohu, keďže rómske ženy zažívajú vyšší výskyt niektorých týchto zdravotných problémov než rómski muži. Zistenia UNDP naznačujú, že Rómovia starší ako 65 rokov trpia prudkým zvýšením chronických chorôb a príslušných problémov ako nerómovia (70% vs. 56%)[[98]](#footnote-98). Čo sa týka sociálnych determinantov zdravia, faktory asociované chudobou ako zlé zdravotné podmienky, nesprávne stravovanie a podvýživa sú uvádzané správou o zdraví Rómov ako potenciálne príčiny chronických stavov ako obezita, vysoký krvný tlak, cukrovka a CVD. Podľa tej istej správy faktory asociované zlými životnými podmienkami ako vlhkosť, chlad a zlá kvalita bývania môžu prispievať k chorobám respiračného alebo pohybového systému. Okrem toho vyššie uvedené dôsledky chudoby a zlých životných podmienok a faktory životného štýlu ako fajčenie, užívanie drog a alkoholu, nedostatočná fyzická aktivita majú vplyv na rozvoj zdravotných stavov uvedených vyššie.

## Duševné choroby

Medzi nízkym socioekonomickým stavom (SES) Rómov a jeho negatívnym dopadom na duševné zdravie boli dopadom diskriminácie a rasizmu na duševné zdravie navrhované prepojenia[[99]](#footnote-99). Okrem toho, čo sa týka prevencie a starostlivosti, zastúpenie rómskej populácie v sociálnej reprezentácii duševného zdravia a blahobytu t.j. význam rodiny a sociálnej siete, má vplyv na vývoj a implementáciu zásahov[[100]](#footnote-100),[[101]](#footnote-101).

## Prenosné choroby

Výskum naznačuje vyššie úrovne infekčných chorôb ako osýpky a hepatitída A, ako aj vyššie riziko prepuknutia infekčných chorôb obzvlášť u Rómov žijúcich v segregovaných podmienkach. Dostupné dôkazy o očkovaní ukazujú, že s výnimkou Chorvátska, Maďarska a Českej republiky sú všeobecné úrovne očkovania detí v Európe u rómskej populácie nižšie alebo oveľa nižšie. Obmedzené dôkazy týkajúce sa úrovne HIV/AIDS naznačujú rýchlejší progres ochorenia[[102]](#footnote-102).

Novší výskum v oblasti prenosných chorôb preskúmal determinanty zdravia, ktoré vedú k vyšším úrovniam určitých prenosných chorôb v rómskej populácii. Tieto štúdie poukazujú v rámci možného vysvetlenia na faktory súvisiace s nízkym SES a životnými podmienkami spojenými s chudobou a inými socioekonomickými determinantmi, ako je prístup k zdravotným službám[[103]](#footnote-103). Výsledky výskumu dôrazne odporúčajú potrebu cielenej preventívy a opatrení v starostlivosti na zníženie marginalizácie, ktorá vedie k užívaniu drog a výskytu kriminality a tiež zlepšenie života a šance prežiť pre tých, ktorí žijú s infekčnými chorobami[[104]](#footnote-104),120.

Podľa HCDCP[[105]](#footnote-105) je v Grécku hlásená zvýšená úroveň prípadov hepatitídy A u Rómov od začiatku roku 2013. Hlásené prepuknutia a zhluky prípadov ovplyvňujú predovšetkým tábory. Výskyt nových prípadov u Rómov pokračoval v roku 2014. Iný prieskum[[106]](#footnote-106) naznačuje univerzálne očkovanie rómskych detí a zlepšenie podmienok v rómskych táboroch ako nákladovo efektívny prístup na vyrovnanie sa s týmto problémom.

Prehľad skupín postihnutých prenosom osýpok v Európe v rokoch 2005–2009[[107]](#footnote-107) identifikuje jednotlivcov náchylných k osýpkam ako tých, ktorí nimi v minulosti netrpeli a neboli očkovaní. Dôvody neočkovania sú od nedostatku informácií až po nedostatočný prístup k zdravotnej starostlivosti. Rómovia a Sinti, cestovatelia a migranti a iné skupiny boli identifikované ako obzvlášť ohrozené. Verejné dôvody na prenos sa týkajú predovšetkým vzdelávacích zariadení a zariadení zdravotnej starostlivosti. Iný výskum[[108]](#footnote-108) zdokumentoval dopad masovej komunikácie na prevenciu ďalšieho šírenia osýpok v rómskej komunite a okolitej populácii.

## Obrázok 8: Nedávne prepuknutie osýpok u Rómov[[109]](#footnote-109)

|  |  |
| --- | --- |
| Krajina  | Percento Rómov  |
| Bulharsko 2009 - 2011  | Približne 90%  |
| Chorvátsko 2008  | 41% (u „migrujúcich“ Rómov  |
| Anglicko (írski cestovatelia) 2007  | 100% pravdepodobných prípadov  |
| Nemecko 2008 - 2009  | „niekoľko“ v Hamburgu, „mnoho“ v dolnom Sasku  |
| Grécko 2006  | 55%  |
| Grécko 2010  | 29% bulharských Rómov, 33% gréckych Rómov  |
| Taliansko 2006 - 2007  | 23%  |
| Poľsko 2008 - 2009  | 79%  |
| Rumunsko 2010  | 37,5% laboratórne potvrdených prípadov  |
| Rumunsko 2011  | Približne 50%  |

Zdroje: Mankertz et al., 2011; Pervanido u et al, 2010; Cohuet et al., 2007; Stanescu et al., 2010; Spadea et at., 2011; Orlikova et al., 2010; Stanescu et al., 2010, Rogalska et al., 2010; Kaic et al., 2008; Stefanoff, et al., 2010; Georgakopoulu, et al., 2006. V prípade Bulharska boli údaje prebrané z nepublikovaných zdrojov. Tsolova, Setla, osobný rozhovor s autorkou údajov z Národného centra pre infekčné a parazitické choroby, 20. novembra 2011, a Danielsson, Niklas, osobný rozhovor s autorom, 19.

novembra 2011.

## Determinanty zdravia

Podľa výskumu majú Rómovia menšiu úroveň vzdelania a zručností, čo často vedie k dlhodobej nezamestnanosti a zvýšenej úrovni chudoby126. Rómom vo všeobecnosti chýba vhodné ubytovanie pričom najviac preľudnené ubytovanie je na Slovensku a v Maďarsku127. Mnohí Rómovia žijú v marginalizovaných komunitách s obmedzeným prístupom k základným službám[[110]](#footnote-110). Mnohým prekážkam čelia obzvlášť rómske deti, kedy sa snažia dostať k zdravotnej starostlivosti[[111]](#footnote-111). Diskriminácia, rasizmus a vylúčenie ktorým čelí táto komunita sú tiež silné determinanty zdravia. Na základe týchto známych faktorov boli vytvorené odporúčania pre viac integrované a multisektorové riešenia[[112]](#footnote-112),[[113]](#footnote-113).

U **Laponcov** výskum ukázal, že zatiaľ čo sa ich zdravie od majoritnej populácie odlišuje len veľmi málo, jedným z významných rizikových faktorov je ich živobytie, konkrétne chov sobov. Táto aktivita môže byť nebezpečná a viesť k vyššej úrovni poranení a nehôd pri chove[[114]](#footnote-114). Práca, cieľom ktorej je riešenie sociálneho a ekonomického vylúčenia zažívanej mnohými etnickými minoritami a obzvlášť Rómami sa sústredila na boj s diskrimináciou založenou na pohlaví, rasovom alebo etnickom pôvode, náboženstve alebo viere, postihnutí, veku alebo sexuálnej orientácii (napr. **Dekáda rómskej inklúzie**). Stratégie na zvýšenie účasti na trhu práce a účasti na sociálnom, kultúrnom a politickom živote sú v srdci európskych iniciatív pre sociálnu ochranu a sociálnu inklúziu (napr. Lisabonská dohoda z roku 2009, potvrdila dôležitosť boja so sociálnym vylúčením a diskrimináciou).

**Snímok 20:** Poďakovanie a otázky

**Snímok 21-22:** Použitá literatúra.

# Odporúčaná literatúra

**Odporúčaná literatúra:**

* WHO: Často kladené otázky o migrácii a zdraví - Aké sú bežné zdravotné problémy utečencov a migrantov prichádzajúcich do európskeho priestoru? Dostupné na: [http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-andhealth/news/news/2015/09/population-movement-is-a-challenge-for-refugees-andmigrants-as-well-as-for-the-receiving-population/frequently-asked-questions-onmigration-and-health](http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2015/09/population-movement-is-a-challenge-for-refugees-and-migrants-as-well-as-for-the-receiving-population/frequently-asked-questions-on-migration-and-health)
* Mock-Muñoz de Luna C, Ingleby D, Graval E, Krasnik A. Súhrnná správa. MEM-TP, Školiace balíky pre zdravotných profesionálov na zlepšenie prístupu a kvality zdravotných služieb pre migrantov a etnické minority vrátane Rómov. Granada, Kodaň: Andalúzska škola verejného zdravia, Kodanská Univerzita, 2015a. Dostupné na: [http://www.memtp.org/pluginfile.php/619/mod\_resource/content/1/MEM-TP\_Synthesis\_Report.pdf](http://www.mem-tp.org/pluginfile.php/619/mod_resource/content/1/MEM-TP_Synthesis_Report.pdf)
* Mock-Muñoz de Luna C, Bodewes A, Graval E, Ingleby D. Prílohy I-VI, Súhrnná správa. MEM-TP, Školiace balíky pre zdravotných profesionálov na zlepšenie prístupu a kvality zdravotných služieb pre migrantov a etnické minority vrátane Rómov. Granada, Kodaň: Andalúzska škola verejného zdravia, Kodanská Univerzita, 2015b. Dostupné na: [http://www.mem-tp.org/pluginfile.php/620/mod\_resource/content/1/MEMTP\_Synthesis\_Report\_Appendices\_I-VI.pdf](http://www.mem-tp.org/pluginfile.php/620/mod_resource/content/1/MEM-TP_Synthesis_Report_Appendices_I-VI.pdf)
* Ingleby D. Agenda etnicity, migrácie a „sociálnych determinantov zdravia“. Psychosociálne opatrenie 2012;21(3):331-341. Dostupné na: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113205591270087X> Marmot M, Allan J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P v mene konzorcia pre európsky prehľad sociálnych determinantov zdravia a rozdielov v zdraví. WHO európsky prehľad sociálnych determinantov zdravia a rozdielov v zdraví. Lancet 2012;380(15):1011-1029. Dostupné na: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%29612288/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2961228-8/abstract)
* ECDC (2014) Posúdenie záťaže kľúčových infekčných chorôb ovplyvňujúcich migrantov v EU/EEA. Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb. Dostupné na: [http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/assessing-burden-disease-migrantpopulations.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/assessing-burden-disease-migrant-populations.pdf)
* Správa o zdraví Rómov. Európska komisia, zdravie a spotrebitelia. <http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/roma-health-report-2014_en.pdf>

**Doplnková literatúra:**

* Newland, K. (2009). Cirkulárna migrácia a ľudský rozvoj, Štúdia ľudského rozvoja 2209/42, UNDP
* Vertovec, S. (2010). Smerom k postmultikulturalizmu? Meniace sa komunity, podmienky a kontext diverzity. Medzinárodný žurnál sociológie, 61: 83–95.
* IOM (2008) Svetová migrácia 2008, Zvládnutie mobility pracovnej sily vo vyvíjajúcej sa globálnej ekonomike. Ženeva, IOM.
* UNHCR (2014), Azylové trendy 2013. Úrovne a trendy priemyselne vyspelých krajín. New York: Vysoký komisár OSN pre utečencov.
* Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). Migrácia a zdravie migrantov. V: Chudoba a sociálna exklúzia v európskom regióne WHO: odpovede zdravotných systémov. Kodaň, WHO Miestny úrad pre Európu.
* <http://picum.org/en/our-work/who-are-undocumented-migrants/>
* Düvell F (2009). Nepravidelná migrácia v severnej Európe: prehľad a porovnanie. Oxford, Centrum pre migráciu univerzity v Oxforde, Politika a spoločnosť
* Flanders, O.A. (2011). Imigrácia do členských štátov EÚ sa v roku 2008 znížila o 6% a emigrácia sa zvýšila o 13%. Eurostat, dostupné na <http://bit.ly/1tRsWGm>
* Kouta, C., Kaite, C. (2012). Zdravotné problémy migrantiek pracujúcich v domácnosti. V: Ingleby, D., et al (eds). Zdravotné nerovnosti a rizikové faktory medzi migrantmi a etnickými minoritami, zväzok 1. COST Séria o zdraví a diverzite. Antverpy: Garant Publishers.
* Yamamoto, D.H. (2013). Náklady zdravotnej starostlivosti – Od narodenia po smrť. Schaumburg, Illinois: Spoločnosť teoretických a štatistických expertov. <http://www.healthcostinstitute.org/files/Age-Curve-Study_0.pdf>
* Salway, S., et al (2011). Príspevky a výzvy nadnárodného porovnávacieho výskumu migrácie, etnicity a zdravia: Poznatky zo štúdie o skúsenostiach s materstvom a výsledky. BMC Verejné zdravie, 11:514.
* Lancetova komisia pre kultúru a zdravie (2014) Lancet 2014; 384: 1607–39 dostupné na http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2 (prebrané 19. decembra 2015)
* Kallayova, D., Bosak, L. (2012) Zlepšenie zdravotných služieb pre rómske komunity na Slovensku. V: Ingleby, D. et al (eds.) Nerovnosti v zdravotnej starostlivosti o migrantov a etnické minority. COST Séria o zdraví a diverzite. Antverpy: Garant Publishers.
* OSF, 2010. Žiadne údaje — Žiaden pokrok. Poznatky z krajín. Zber údajov v krajinách, ktoré participujú na dekáde rómskej inklúzie, 2005–2015. <http://osf.to/1uyswGX>
* Eurofound (2013). Dopady krízy na prístup k zdravotným službám v EÚ, Dublin.
* Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). Migrácia a zdravie migrantov. V: Chudoba a sociálna exklúzia v európskom regióne WHO: odpovede zdravotných systémov. Kodaň, WHO Miestny úrad pre Európu.
* Gimeno-Feliu LA, Calderon-Larranaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A. Efekt zdravého migranta v základnej starostlivosti. Gac Sanit. 2014.
* Reeske, A. a Spallek, J. (2012) Obezita u detí a adolescentov migrantov: životná perspektíva na rozvoj obezity. V: Ingleby, D., et al (eds). Zdravotné nerovnosti a rizikové faktory medzi migrantmi a etnickými minoritami, zväzok 1. COST Séria o zdraví a diverzite. Antverpy: Garant Publishers
* Jack, R.H., Davies, E.A. & 1 Møller, H. (2011) Výskyt rakoviny pľúc a jej prekonanie v rôznych etnických skupinách v juhovýchodnom Anglicku. Britský žurnál o rakovine 105, 1049–1053.
* Singh, S.P. and Burns, T. (2006) Rasa a duševné zdravie: rasa je o viac než len o rasizme. Britiský medický žurnál, 333(7569): 648–651.
* CSDH (2008). Prekonanie medzery v priebehu jednej generácie: rovnosť zdravia prostredníctvom opatrení v sociálnych determinantoch zdravia. Záverečná správa komisie pre sociálne determinanty zdravia. Ženeva, Svetová zdravotnícka organizácia
* Dahlgren G & Whitehead M (1991) Politiky a stratégie na propagáciu sociálnej rovnosti v zdraví. Inštitút pre štúdium budúcnosti, Štokholm.
* Ingleby, J.D. (2014) Sociálne determinanty zdravia migrantov. Prezentácia na workshope s názvom „Vyhodnotenie dopadu na zdravie: nástroj na podporu zdravšieho rozhodovania." EUPHA 5. Európska konferencia o zdraví migrantov a etnických minorít, apríl 2014
* S Sainsbury, D. (2012) Štáty blahobytu a práva imigrantov: Politika inklúzie a vylúčenia. Oxford: Tlač Oxfordskej Univerzity. Centrum pre otázky matky a dieťaťa (2011).
* Zachraňovanie životov matiek: Prehľad smrtí aby bolo materstvo bezpečnejšie: 2006–2008. BJOG, 118(s1):1–203.
* Observatórium zdravia migrantov a etnických skupín (MEHO). Webstránka: http://www.meho.eu.com/ (dočasne nedostupná)
* Vandenheede, H. et al. (2012). Úmrtnosť migrantov na cukrovku naprieč Európou: dôležitosť socioekonomickej zmeny. Európsky žurnál epidemiológie 27, 109–117.
* Devillé W et al. (2006). Vnímané zdravie a konzultácie s lekármi u etnických minorít v porovnaní s všeobecnou populáciou v Holandsku. V: Západný všeobecný lekár, Jabaaij L, François G, eds. Úmrtnosť, výkonnosť a kvalita primárnej starostlivosti. Oxford, Radcliffe Publishing Ltd:85–96.
* Kunst, A., Stronks, K. a Agyemang, C. (2011) Neprenosné choroby. V: Rechel et al. (2011), op. cit., 101-120; Carballo. M. (2009a). Neprenosné choroby. V: Fernandes, A., Pereira Miguel, J., eds. (2009). Zdravie a migrácia v Európskej Únii: lepšie zdravie pre všetkých v inkluzívnej spoločnosti. Lisabon, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge:71–81
* Muscat, MD (2011). Kto dostane osýpky v Európe? Žurnál infekčných chorôb. 2011;204:S353–S36 http://jid.oxfordjournals.org/content/204/suppl\_1/S353.full.pdf+html
* Ujcic-Voortman, J.K., Baan, C.A., Seidell, J.C., Verhoeff, A.P. (2012). Riziko obezity a kardiovaskulárnych chorôb tureckých a marockých migrantov v Európe: systematický prehľad. Prehľad obezity 13, 2–16.
* Bhopal RS, Rafnsson SB, Agyemang C, et al . (2011). Úmrtnosť v dôsledku chorôb obehového systému v konkrétnych krajinách pôvodu v šiestich európskych krajinách: test konceptu. Eur J Public Health 22:353-9.
* Rafnsson, S.B., Bhopal, R.S., Agyemang, C., Fagot-Campagna, A., Harding, S., Hammar, N., Kunst, A.E. *et al*. (2013). Značné rozdiely v úmrtnosti v dôsledku chorôb obehového systému na základe regiónu a krajiny pôvodu v šiestich európskych krajinách*. Eur J Verejné zdravie*, 23 (4) 594 - 605.
* Vandenheede, H. *et al*. (2012). Úmrtnosť migrantov na cukrovku naprieč Európou: dôležitosť socioekonomickej zmeny. *Európsky žurnál epidemiológie* 27, 109–117.
* Nørredam, M., Nielsen, S. a Krasnik, A. (2010). Využitie somatických zdravotných služieb migrantmi v Európe –systematický prehľad. *Európsky žurnál verejného zdravia*, 20(5): 555–63.
* Berens, E-M, Spallek, J. and Razum, O, (2012). Prehliadka rakoviny pŕs u migrujúcich žien: potrebujeme pri rizikovej komunikácii konkrétne prístupy? V: Ingleby, D., et al (eds). Zdravotné nerovnosti a rizikové faktory medzi migrantmi a etnickými minoritami, zväzok 1. COST Séria o zdraví a diverzite. Antverpy: Garant Publishers.
* Bateman-House, A., Fairchild, A. (2008). Lekárske vyšetrenie imigrantov na Ellis Islanda. *Virtuálny Mentor 10(4), 235-241*.
* Kärki T, Kärki T, Napoli C, Riccardo F, Fabiani M, Dente MG, Carballo M, Noori T, Declich S. Testovanie infekčných chorôb u novo prichádzajúcich migrantov v EU/EEA krajinách - Odlišné praktiky a konsenzus o užitočnosti testov. Int J Environ Res Verejné Zdravie. 2014 Oct 21;11(10):11004-14. Dostupné na http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4211019/ (prebrané 23. januára 2015)
* Kärki T, Napoli C, Riccardo F, Fabiani M, Dente MG, Carballo M, Noori T, Declich S. Testovanie infekčných chorôb u novo prichádzajúcich migrantov v EU/EEA krajinách - Odlišné praktiky a konsenzus o užitočnosti testov. Int J Environ Res Verejné Zdravie. 2014 Oct 21;11(10):11004-14. Dostupné na http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4211019/
* F. Riccardo, M.G.Dente, M.Kojouharova, M.Fabiani, V.Alfonsi, A.Kurchatova, N.Vladimirova, S. Declich. Prístup migrantov k imunizácii v stredozemných krajinách. Zdravotná politika 2012; 105:17– 24.
* Wörmann, T., Krämer, A. (2011). Prenosné choroby. V: Rechel, B. et al (eds.). Migrácia a zdravie v Európskej Únii. Európske observatórium zdravotných systémov a politík. Tlač otvorenej univerzity.
* Bhugra, D., Gupta, S. (eds.) (2006). *Migrácia a duševné zdravie.* Londýn a New York: Tlač Univerzity Cambridge
* Horwitz, A.V., Wakefield, J.C. (2006). Epidémia duševných chorôb: klinická skutočnosť alebo artefakt prieskumu? *Kontexty*, 5(1): 19-23.
* Karlsen, S. et al. (2005). Rasizmus, psychóza a bežné duševné poruchy etnických minorít v Anglicku. *Psychologická medicína,* 35:12:1795–1803
* Ingleby, D. (2008). *Nové pohľady na migráciu, etnicitu a schizofréniu.* Willy Brandt séria štúdií o medzinárodnej migrácii a etnických vzťahoch 1/08, IMER/MIM, Malmö Univerzita, Švédsko.
* Fazel, M., Wheeler, J., Danesh, J. (2005). Výskyt vážnych duševných porúch u 7000 utečencov presídlených do západných krajín: systematický prehľad. *The Lancet,* 365:9467:1309–1314.
* Lindert, J. et al. (2009). Depresia a úzkosť ľudí migrujúcich za prácou a utečencov – systematický prehľad a metaanalýza. *Sociológia & Medicína,* 69:2*:*246–257.
* Ingleby, D. (ed.) (2005) *Nútená migrácia a duševné zdravie: premyslenie starostlivosti o utečencov a vysídlené osoby.* New York: Springer.
* Pedersen, G.S., Grøntved, A., Mortensen, L.H., Andersen, A.-M.N., Rich-Edwards, J, (2013). Úmrtnosť matiek medzi migrantmi v západnej Európe: Metaanalýza. Zdravie matiek a detí J 1–11.
* Bollini, P., Pampallona, S., Wanner, P., Kupelnick, B., (2009). Výsledky tehotenstva migrujúcich žien a politika integrácie: Systematický prehľad medzinárodnej literatúry. Sociológia & Medicína 68, 452–4
* Reeske, A., Razum, O. (2011). Zdravie matiek a detí – od počatia po prvé narodeniny. V Rechel et al. (2011), op. cit. , 139-144

Villadsen, S.F., et al (2010). Medzinárodné rozdiely v potratoch a neonatálnej mortalite potomkov tureckých migrantov v severnej Európe. Európsky žurnál verejného zdravia, 20(5):530–535.

McCauley, L.A. (2005) pracujúci imigranti v USA: posledné trendy, zraniteľné populácie a výzvy pracovného zdravia. Žurnál americkej asociácie sestier pracovného zdravia, 53(7), 313–19.

* Skodova, Z. et al (2010) Psychosociálne faktory ovplyvňujúce choroby srdca a kvalitu života rómskych pacientov trpiacich srdcovou chorobou: štúdia na základe socioekonomickej pozície. Internacionálny žurnál verejného zdravia; 55(5): 373-80
* Monteiro, A.P. et al (2013) Propagácia duševného zdravia u Rómov: sociálna reprezentácia duševného zdravia a blahobytu v rómskej komunite. Európska psychiatria: Abstrakty 21. európskeho kongresu psychiatrie.
* Smith, D., Ruston, A. (2013) „Ak máte pocit, že vás nikto nechce, stiahnete sa do seba“: Cigáni/cestovatelia, siete a využitie zdravotnej starostlivosti. Sociológia zdravia a choroby, zväzok 35; 8:1196-1210.
* Casals, M. et al (2011). Výskyt infekčných chorôb a prežitie v rómskej populácii: dlhodobá skupinová štúdia. Európsky žurnál verejného zdravia, 1-6.
* Kallayova, D., Bosak, L. (2012) Zlepšenie zdravotných služieb pre rómske komunity na Slovensku. V: Ingleby, D. et al (eds.) *Nerovnosti v zdravotnej starostlivosti o migrantov a etnické minority. COST Séria o zdraví a diverzite. Antverpy:* Garant Publishers.
* Rechel, B. et al (2009). Prístup rómskych detí k zdravotnej starostlivosti v strednej a východnej Európe: zistenia kvalitatívnej štúdie v Bulharsku. Medzinárodný žurnál pre rovnosť zdravia, 8: 24.
* Sjölander, P. (2009). Čo vieme o zdraví a životných podmienkach pôvodného obyvateľstva severnej Škandinávie, Laponcoch? Akcia globálneho zdravia 4.
* Agudelo-Suárez, A.A., Ronda-Pérez, E. & Benavides, F.G. (2011). Pracovné zdravie. V: Rechel et al., op cit., 155-168.
* Voko, Z. et al. (2009) Sprostredkúva socioekonomický status plne efekt etnicity na zdravie Rómov v Maďarsku? J Epidemiol Spoločnosť pre zdravie; 63: 455-460.
* Masseria, C., Mladovsky, P., Hernández-Quevedo, C. (2009) Socioekonomické determinanty zdravotného stavu Rómov v porovnaní z nerómami v Bulharsku, Maďarsku a Rumunsku. Európsky žurnál verejného zdravia, zväzok 20, No. 5: 549-554.
* Hansen, K., Melhus, M., Lund, E. (2010). Etnicita, samo hlásené zdravie, diskriminácia a socioekonomický status: štúdia nórskej populácie Laponcov a obyvateľov, ktorí nie sú Laponcami. Medzinárodný žurnál cirkumpolárneho zdravia, Severná Amerika, 69.
* Zeljko, H.M. et al (2013) Vekové trendy výskytu kardiovaskulárnych rizikových faktorov v rómskej minorite v Chorvátsku. Ekonomika a ľudská biológia 11: 326-336.
* Qureshi A, Collazos F, Sobradiel N, Eiroa-Orosa FJ, Febrel M, Revollo-Escudero HW, et al. Epidemiológia psychiatrickej úmrtnosť u migrantov v porovnaní s pôvodným obyvateľstvom v Španielsku: kontrolovaná štúdia. Psychiatria Gen Hosp. 2013;35(1):93-9.
* Razum O. Komentár: o lososoch a cestovateľoch v času - úvaha o mystériu úmrtnosti migrantov. Int J Epidemiol. 2006;35(4):919-21.
* Razum O, Zeeb H, Akgun HS, Yilmaz S. Všeobecne nízka úmrtnosť tureckých rezidentov v Nemecku pretrváva a prenáša sa do druhej generácie: len efekt zdravých migrantov? Trop Med Int Health. 1998;3(4):297-303.
* Dinca, I. (2011) Choroby, ktorým sa dá predísť prostredníctvom vakcín a Rómovia.

Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb.

http://www.ecdc.europa.eu/en/press/events/Documents/1111-Dinca-Vaccinepreventable-diseases-and-the-Roma.pdf

* Orlikova H, Rogalska J, Kazanowska-Zielinska E, Jankowski T, Slodzinski J, Kess B, Stefanoff P. Zameranie sa na osýpky 2010: Prepuknutie osýpok v rómskej populácii v Pulawy vo východnom Poľsku, od júna do augusta 2009. Euro Surveill. 2010;15(17):pii=19550. Dostupné online: http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19550.

Helenické centrum pre kontrolu a prevenciu chorôb (2014) <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=5187&lang=en>

* Mellou K, et al. (2015) Úvahy o súčasnej politike univerzálneho očkovania proti hepatitíde A v Grécku po nedávnom prepuknutí. PLoS ONE 10(1): e0116939. doi:10.1371/journal.pone.0116939. Dostupné na: http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pone.01 16939&representation=PDF.
* Norredam M, Olsbjerg M, Petersen JH, Juel K, Krasnik A. Nerovnosti v úmrtnosti utečencov a imigrantov v porovnaní s pôvodným dánskym obyvateľstvom - historická perspektívna skupinová štúdia. BMC Public Health. 2012;12:757.
* Boulogne R, Jougla E, Breem Y, Kunst AE, Rey G. Rozdiely úmrtnosti medzi zahraničnou a domácou populáciou vo Francúzsku (2004-2007). Soc Sci Med. 2012;74(8):1213-23.

1. Newland, K. (2009). *Cirkulárna migrácia a ľudský rozvoj*, Štúdia ľudského rozvoja 2209/42, UNDP [↑](#footnote-ref-1)
2. Vertovec, S. (2010). Smerom k post-multikulturalizmu? Meniace sa komunity, podmienky a kontext diverzity. *Medzinárodný žurnál sociológie*, 61: 83–95. [↑](#footnote-ref-2)
3. Source: Eurostat [migr\_pop3ctb] [↑](#footnote-ref-3)
4. IOM (2008) Svetová migrácia 2008, Zvládnutie mobility pracovnej sily v rozvíjajúcej sa globálnej ekonomike. Ženeva, IOM. [↑](#footnote-ref-4)
5. UNHCR (2014), *Azylové trendy 2013. Úrovne a trendy priemyselne vyspelých krajín.* New York: Vysoký komisár OSN pre utečencov. [↑](#footnote-ref-5)
6. Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). Migrácia a zdravie migrantov. V: *Chudoba a sociálne vylúčenie v európskom regióne WHO: odpovede zdravotných systémov.* Kodaň, WHO Miestny úrad pre Európu. [↑](#footnote-ref-6)
7. <http://picum.org/en/our-work/who-are-undocumented-migrants/> [↑](#footnote-ref-7)
8. Düvell F (2009). *Nepravidelná migrácia v severnej Európe: prehľad a porovnanie.* Oxford, Centrum pre migráciu univerzity v Oxforde, Politika a spoločnosť [↑](#footnote-ref-8)
9. Flanders, O.A. (2011). Imigrácia do členských štátov EÚ sa v roku 2008 znížila o 6% a emigrácia sa zvýšila o 13%.

Eurostat, dostupné n[a http://bit.ly/1tRsWGm](http://bit.ly/1tRsWGm)  [↑](#footnote-ref-9)
10. Kouta, C., Kaite, C. (2012). Zdravotné problémy ženských migrantov pracujúcich v domácnosti. V: Ingleby, D., et al (eds). *Zdravotné nerovnosti a rizikové faktory medzi migrantmi a etnickými minoritami*, zväzok 1. COST Séria o zdraví a diverzite. Antverpy: Garant Publishers. [↑](#footnote-ref-10)
11. Yamamoto, D.H. (2013). *Náklady zdravotnej starostlivosti – Od narodenia sa po smrť*. Schaumburg, Illinois: Spoločnosť súčasnosti[. http://www.healthcostinstitute.org/files/Age-Curve-Study\_0.pdf](http://www.healthcostinstitute.org/files/Age-Curve-Study_0.pdf)  [↑](#footnote-ref-11)
12. Salway, S., *et al* (2011). Príspevky a výzvy nadnárodného porovnávacieho výskumu migrácie, etnicity a zdravia: Poznatky zo štúdie o skúsenostiach s materstvom a výsledky. *BMC Verejné zdravie,* 11:514. 13*Lancetova komisia pre kultúru a zdravie (2014) Lancet* 2014; 384: 1607–39 dostupné na http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2 (prebrané 19. decembra 2015) [↑](#footnote-ref-12)
13. Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). Migrácia a zdravie migrantov. V: *Chudoba a sociálne vylúčenie v európskom regióne WHO: reakcia zdravotných systémov.* Kodaň, WHO miestny úrad pre Európu. [↑](#footnote-ref-13)
14. Kallayova, D., Bosak, L. (2012) zlepšenie zdravotných služieb pre rómske komunity na Slovensku. V: Ingleby, D. et al (eds.) *Nerovnosti v zdravotnej starostlivosti o migrantov a etnické minority. COST Séria o zdraví a diverzite.*

*Antverpy:* Garant Publishers. [↑](#footnote-ref-14)
15. OSF, 2010. Žiadne údaje — Žiaden pokrok. Poznatky z krajín. Zber údajov v krajinách, ktoré participujú na dekáde rómskej inklúzie, 2005–2015. <http://osf.to/1uyswGX> 17 *Správa o rómskom zdraví*. Európska komisia, Zdravie a spotrebitelia.

 <http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/roma-health-report-2014_en.pdf> (prebrané [↑](#footnote-ref-15)
16. . novembra 2014). [↑](#footnote-ref-16)
17. Eurofound (2013). *Dopady krízy na prístup k zdravotným službám v EÚ*, Dublin. [↑](#footnote-ref-17)
18. Observatórium migrantov a etnického zdravia (MEHO). Webstránka[: http://www.meho.eu.com/ (](http://www.meho.eu.com/)prebrané 11. júla 2014). Viď tiež Nielsen SS, Krasnik A, Rosano A. (2009) Údaje registra pre nadnárodné porovnanie využitia zdravotnej starostlivosti migrantmi v EÚ: Prieskumná štúdia o dostupnosti a obsahu*. BMC Zdravie Serv Res*; 9:210. 20 Správa o implementácii rámca EU pre národné stratégie integrácie Rómov. Európska komisia, Generálne riaditeľstvo pre Spravodlivosť (2014). <http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/roma_implement_strategies2014_en.pdf>(prebrané 23. februára 2015). [↑](#footnote-ref-18)
19. Tudor Hart (1971). [↑](#footnote-ref-19)
20. <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/> [↑](#footnote-ref-20)
21. Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). Migrácia a zdravie migrantov. V: *Chudoba a sociálne vylúčenie v európskom regióne WHO: odpovede zdravotných systémov.* Kodaň, WHO miestny úrad pre Európu. [↑](#footnote-ref-21)
22. [http://dash.sphsu.mrc.ac.uk](http://dash.sphsu.mrc.ac.uk/)  [↑](#footnote-ref-22)
23. Jack, R.H., Davies, E.A. & 1 Møller, H. (2011) Výskyt rakoviny pľúc a jej prekonanie v rôznych etnických skupinách v juhovýchodnom Anglicku. Britský žurnál o rakovine 105, 1049–1053. [↑](#footnote-ref-23)
24. Bhopal, R. (2014) *op cit.* [↑](#footnote-ref-24)
25. CSDH (2008). *Prekonanie medzery v priebehu jednej generácie: rovnosť zdravia prostredníctvom opatrení v sociálnych determinantoch zdravia. Záverečná správa komisie pre sociálne determinanty zdravia.* Ženeva, Svetová zdravotnícka organizácia. [↑](#footnote-ref-25)
26. WHO (1978). *Deklarácia Alma-Ata.* Ženeva, Svetová zdravotnícka organizácia. [↑](#footnote-ref-26)
27. CSDH (2008). *op cit.* [↑](#footnote-ref-27)
28. Dahlgren G & Whitehead M (1991) *Politiky a stratégie pre propagáciu sociálnej rovnosti v zdraví.* Inštitút pre štúdium budúcnosti, Štokholm. [↑](#footnote-ref-28)
29. WHO (2010), *op. cit.* [↑](#footnote-ref-29)
30. Ingleby, J.D. (2014) Sociálne determinanty zdravia migrantov. Prezentácia na workshope s názvom „Vyhodnotenie dopadu na zdravie: nástroj pre podporu zdravšieho rozhodovania." EUPHA 5. Európska konferencia o zdraví migrantov a etnických minorít, apríl 2014 [↑](#footnote-ref-30)
31. Sainsbury, D. (2012) Štáty blahobytu a práva imigrantov: Politika inklúzie a vylúčenia.Oxford: *Tlač Oxfordskej Univerzity.* [↑](#footnote-ref-31)
32. Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). Migrácia a zdravie migrantov. V: *Chudoba a sociálne vylúčenie v európskom regióne WHO: odpovede zdravotných systémov.* Kodaň, WHO Miestny úrad pre Európu. [↑](#footnote-ref-32)
33. Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). Migrácia a zdravie migrantov. V: *Chudoba a sociálne vylúčenie v európskom regióne WHO: odpovede zdravotných systémov.* Kodaň, WHO Miestny úrad pre Európu. [↑](#footnote-ref-33)
34. Pascoe EA, Smart Richman L (2009). Vnímaná diskriminácia a zdravie: metaanalytický prehľad. *Psychologický spravodajca,* 135:4:531–554. [↑](#footnote-ref-34)
35. Bhopal R (2009). Chronické choroby európskych migrantov a etnických minorít: výzvy, riešenia a vízia. *Európsky žurnál verejného zdravia*, 19:2:140–143. [↑](#footnote-ref-35)
36. Viď napr. Fennelly K (2005). Efekt zdravého migranta. *Univerzita v Minnesote, Newsletter zdravých generácií,* 5:3 (<http://www.epi.umn.edu/mch/resources/hg/hg_immi.pdf>, prebrané 11. Júla 2014). Kennedy S, McDonald JT, Biddle N (2006). *Efekt zdravého imigranta a výber imigrantov: dôkazy z našich krajín.* Hamilton, McMaster Univerzita (Výskum sociálnych a ekonomických rozmerov starnúcej populácie, 164; <http://ideas.repec.org/p/mcm/sedapp/164.html>, prebrané 11. júla 2014). [↑](#footnote-ref-36)
37. Európsky prehľad: ECDC (2014) Posúdenie záťaže kľúčových infekčných chorôb ovplyvňujúcich migrantov v EÚ/EEA. Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb; Rechel, B. et al (eds.) 2011. Migrácia a zdravie v Európskej Únii. Európske observatórium zdravotných systémov a politík. Tlač otvorenej univerzity. 44 Ingleby, D. (2009) *Európsky výskum migrácie a zdravia.* Brusel: Medzinárodná organizácia pre migráciu. <http://www.migrant-health-europe.org/background-papers/research-on-migration-health.html> 45 Bhopal, R. (2014, *op. cit*), s. 135. [↑](#footnote-ref-37)
38. Ramírez, M., Ford, M.E., Stewart, A.L. a Teresi, J.A. (2005). Otázky opatrení pri výskume zdravotných nerovností. *Výskum zdravotných služieb*, 40(5), 1640-1657. [↑](#footnote-ref-38)
39. Bhopal, R. (*op. cit*), s. 142. [↑](#footnote-ref-39)
40. Mackenbach, J. P., Bos, V., Garssen, M. J., Kunst, A. E. (2005). Úmrtnosť u nezápadných migrantov v Holandsku. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 149(17):917-23. [↑](#footnote-ref-40)
41. Philibert, M., Deneux-Tharaux, C., Bouvier-Colle, M. (2008). Môže byť zvýšená materská úmrtnosť u žien cudzej štátnej príslušnosti vysvetlená nedostatočnou pôrodníckou starostlivosťou? *BJOG* 115:1411–1418. [↑](#footnote-ref-41)
42. Ge, L. (2007). Zachraňovanie životov matiek: preskúmanie materskej úmrtnosti na zvýšenie bezpečnosti pôrodov - 2003–2005. Londýn: CEMACH. [↑](#footnote-ref-42)
43. Centrum pre otázky matiek a detí (2011). Zachraňovanie životov matiek: preskúmanie materskej úmrtnosti na zvýšenie bezpečnosti materstva: 2006–2008. BJOG, 118(s1):1–203. [↑](#footnote-ref-43)
44. Observatórium zdravia migrantov a etnických skupín (MEHO). Webstránka: http://www.meho.eu.com/ (dočasne nedostupná) [↑](#footnote-ref-44)
45. Vandenheede, H. *et al*. (2012). Úmrtnosť migrantov na cukrovku naprieč Európou: dôležitosť socioekonomickej zmeny. *Európsky žurnál epidemiológie* 27, 109–117. [↑](#footnote-ref-45)
46. Webstránka[: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/eu\_silc](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/eu_silc)  [↑](#footnote-ref-46)
47. Viď napr. Devillé W et al. (2006). Vnímané zdravie a konzultácie s lekármi u etnických minorít v porovnaní s všeobecnou populáciou v Holandsku. V: Západný všeobecný lekár, Jabaaij L, François G, eds. *Úmrtnosť, výkonnosť a kvalita primárnej starostlivosti.* Oxford, Radcliffe Publishing Ltd:85–96. [↑](#footnote-ref-47)
48. Viď napr. Kunst, A., Stronks, K. a Agyemang, C. (2011) Neprenosné choroby. V: Rechel et al. (2011), *op. cit*., 101120; Carballo. M. (2009a). Neprenosné choroby. V: Fernandes, A., Pereira Miguel, J., eds. (2009). *Zdravie a migrácia v Európskej Únii: lepšie zdravie pre všetkých v inkluzívnej spoločnosti.* Lisabon, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge:71–81 [↑](#footnote-ref-48)
49. Ujcic-Voortman, J.K., Baan, C.A., Seidell, J.C., Verhoeff, A.P. (2012). Riziko obezity a kardiovaskulárnych chorôb u tureckých a marockých migrantov v Európe: systematický prehľad. *Prehľad obezity* 13, 2–16. [↑](#footnote-ref-49)
50. Bhopal RS, Rafnsson SB, Agyemang C, *et al* . (2011). Úmrtnosť v dôsledku chorôb obehového systému v konkrétnych krajinách pôvodu v šiestich európskych krajinách: test konceptu. *Eur J Public Health* 22:353-9. [↑](#footnote-ref-50)
51. Rafnsson, S.B., Bhopal, R.S., Agyemang, C., Fagot-Campagna, A., Harding, S., Hammar, N., Kunst, A.E. *et al*. (2013). Značné rozdiely v úmrtnosti v dôsledku chorôb obehového systému na základe regiónu a krajiny pôvodu v šiestich európskych krajinách*. Eur J Verejné zdravie*, 23 (4) 594 - 605. [↑](#footnote-ref-51)
52. Bhopal, R. (2014, *op. cit*), [↑](#footnote-ref-52)
53. Vandenheede, H. *et al*. (2012). Úmrtnosť migrantov na cukrovku naprieč Európou: dôležitosť socioekonomickej zmeny. *Európsky žurnál epidemiológie* 27, 109–117. 62 Rechel et al (*op. cit*.), 2011 63 *ibid, p. 258.* [↑](#footnote-ref-53)
54. Kolonel, L.N. a Wilkens, L.R. (2006), Štúdie migrantov. V: Schottenfeld D, Fraumeni JF Jr (eds) *Epidemiológia a prevencia rakoviny,* 3. vydanie. Tlač Oxfordskej Univerzity, Inc., New York, s 189--201 [↑](#footnote-ref-54)
55. Nørredam, M., Nielsen, S. a Krasnik, A. (2010). Využitie somatických zdravotných služieb migrantmi v Európe – systematický prehľad. *Európsky žurnál verejného zdravia*, 20(5): 555–63. [↑](#footnote-ref-55)
56. Bateman-House, A., Fairchild, A. (2008). Lekárske vyšetrenie imigrantov na Ellis Islande. *Virtuálny Mentor 10(4), 235-241.* [↑](#footnote-ref-56)
57. ECDC (2014), *op.cit.* [↑](#footnote-ref-57)
58. Kärki T, Napoli C, Riccardo F, Fabiani M, Dente MG, Carballo M, Noori T, Declich S. Testovanie infekčných chorôb u novo prichádzajúcich migrantov v EU/EEA krajinách - Odlišné praktiky a konsenzus o užitočnosti testov. Int J Environ Res Verejné Zdravie. 2014 Oct 21;11(10):11004-14. Dostupné na [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4211019/ (](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4211019/)prebrané 23. januára 2015) 69 ECDC (2014), *op.cit.* [↑](#footnote-ref-58)
59. Wörmann, T., Krämer, A. (2011). Prenosné choroby. V: Rechel, B. et al (eds.). Migrácia a zdravie v Európskej únii. Európske observatórium zdravotných systémov a politík. Tlač otvorenej univerzity. 71 *ECDC (2014a), op cit* [↑](#footnote-ref-59)
60. *ibid* [↑](#footnote-ref-60)
61. *ibid* [↑](#footnote-ref-61)
62. *ibid* [↑](#footnote-ref-62)
63. *ibid.* [↑](#footnote-ref-63)
64. *ibid* [↑](#footnote-ref-64)
65. Viac informácií je dostupných v

Mock-Muñoz de Luna C, Ingleby D, Graval E, Krasnik A. Súhrnná správa. MEM-TP, Školiace balíky pre zdravotných profesionálov na zlepšenie prístupu a kvality zdravotných služieb pre migrantov a etnické minority vrátane Rómov. Granada, Kodaň: Andalúzska škola verejného zdravia, Kodanská Univerzita, 2015a, s. 13[. http://www.memtp.org/pluginfile.php/619/mod\_resource/content/1/MEM-TP\_Synthesis\_Report.pdf,](http://www.mem-tp.org/pluginfile.php/619/mod_resource/content/1/MEM-TP_Synthesis_Report.pdf) 2015b. [↑](#footnote-ref-65)
66. *ibid.* [↑](#footnote-ref-66)
67. Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb (2013a). Prehľad vypuknutí a prekážok MMR očkovania u ťažko dostupných populácií v Európe. Štokholm: ECDC[. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/MMRvaccination-hard-to-reach-population-review-2013.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/MMR-vaccination-hard-to-reach-population-review-2013.pdf) (prebrané 18. februára 2015). [↑](#footnote-ref-67)
68. [www.aurora-project.eu](http://www.aurora-project.eu/) (prebrané 15. januára 2015) 81 *ibid* [↑](#footnote-ref-68)
69. EpiSouth sieť (2009). EpiSouth projekt: Vyhodnotenie profilu migračného statusu krajín a prístup mobilnej populácie k očkovaniu. <http://www.episouth.org/outputs/wp7/WP7_9_Report_Assessment_Countries_Migration.pdf>(prebrané 18. februára 2015). [↑](#footnote-ref-69)
70. <http://www.promovax.eu/index.php/promovax/main>(prebrané 18. februára 2015). [↑](#footnote-ref-70)
71. <http://www.promovax.eu/toolkits/HCW_english_web.pdf>(prebrané 18. februára 2015). [↑](#footnote-ref-71)
72. Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). Migrácia a zdravie migrantov. V: *Chudoba a sociálne vylúčenie v európskom regióne WHO: odpovede zdravotných systémov.* Kodaň, WHO Miestny úrad pre Európu. [↑](#footnote-ref-72)
73. Bhugra, D., Gupta, S. (eds.) (2006). *Migrácia a duševné zdravie.* Londýn a New York: Tlač Univerzity Cambridge. [↑](#footnote-ref-73)
74. Horwitz, A.V., Wakefield, J.C. (2006). Epidémia duševných chorôb: klinická skutočnosť alebo artefakt prieskumu?

*Contexts*, 5(1): 19-23. [↑](#footnote-ref-74)
75. *E.g*. Karlsen, S. et al. (2005). Rasizmus, psychóza a bežné duševné poruchy v etnických minoritách v Anglicku.

*Psychologická medicína,* 35:12:1795–1803 [↑](#footnote-ref-75)
76. Ingleby, D. (2008). *Nové pohľady na migráciu, etnicitu a schizofréniu.* Willy Brandt séria štúdií o medzinárodnej migrácii a etnických vzťahoch 1/08, IMER/MIM, Malmö Univerzita, Švédsko. [↑](#footnote-ref-76)
77. Fazel, M., Wheeler, J., Danesh, J. (2005). Výskyt vážnych duševných porúch u 7000 utečencov presídlených do západných krajín: systematický prehľad. *The Lancet,* 365:9467:1309–1314. [↑](#footnote-ref-77)
78. Lindert, J. et al. (2009). Depresia a úzkosť u ľudí migrujúcich za prácou a utečencov – systematický prehľad a metaanalýza. *Sociológia & Medicína,* 69:2*:*246–257. [↑](#footnote-ref-78)
79. Ingleby, D. (ed.) (2005) *Nútená migrácia a duševné zdravie: premyslenie starostlivosti o utečencov a vysídlené osoby.* New York: Springer. [↑](#footnote-ref-79)
80. Pedersen, G.S., Grøntved, A., Mortensen, L.H., Andersen, A.-M.N., Rich-Edwards, J, (2013). Úmrtnosť matiek medzi migrantmi v západnej Európe: Metaanalýza*. Zdravie matiek a detí* J 1–11. [↑](#footnote-ref-80)
81. Bollini, P., Pampallona, S., Wanner, P., Kupelnick, B., (2009). Výsledky tehotenstva migrujúcich žien a politika integrácie: Systematický prehľad medzinárodnej literatúry. *Sociológia & Medicína* 68, 452–4 [↑](#footnote-ref-81)
82. Reeske, A., Razum, O. (2011). Zdravie matiek a detí – od počatia po prvé narodeniny. V Rechel et al. (2011), op. cit., 139-144 [↑](#footnote-ref-82)
83. Villadsen, S.F., et al (2010). Medzinárodné rozdiely v potratoch a neonatálnej mortalite potomkov tureckých migrantov v severnej Európe. Európsky žurnál verejného zdravia, 20(5):530–535. [↑](#footnote-ref-83)
84. Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). Migrácia a zdravie migrantov. V: *Chudoba a sociálne vylúčenie v európskom regióne WHO: odpovede zdravotných systémov.* Kodaň, WHO Miestny úrad pre Európu [↑](#footnote-ref-84)
85. Leye, E. (2006). Zdravotná starostlivosť o ženy s genitálnym zmrzačením v Európe. *Medzinárodná zdravotná starostlivosť o ženy*, 27:4. s. 362-378. [↑](#footnote-ref-85)
86. [http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/gender-violence/eliminating-female-genitalmutilation/index\_en.htm](http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/gender-violence/eliminating-female-genital-mutilation/index_en.htm) (prebrané 18. februára 2015). [↑](#footnote-ref-86)
87. Berg, R.C. *et al* (2014). Zaktualizovaný systematický prehľad a metaanalýza pôrodných následkov zmrzačenia/rezania ženských genitálií. *Medzinárodné pôrodníctvo a gynekológia,* Zväzok 2014 101 WHO miestny úrad pre Európu, *op cit*. [↑](#footnote-ref-87)
88. McCauley, L.A. (2005) pracujúci imigranti v USA: posledné trendy, zraniteľné populácie a výzvy pracovného zdravia. *Žurnál americkej asociácie sestier pracovného zdravia,* 53(7), 313–19. [↑](#footnote-ref-88)
89. Agudelo-Suárez, A.A., Ronda-Pérez, E. & Benavides, F.G. (2011). Pracovné zdravie. V: Rechel et al., *op cit.*, 155168. [↑](#footnote-ref-89)
90. De Jong, *et al* (2014). Aktuálne a vznikajúce problémy v zdravotnom sektore vrátane domácej a komunitnej starostlivosti. Európska agentúra pre bezpečnosť a zdravie v práci. https://osha.europa.eu/en/publications/reports/current-and-emerging-occupational-safety-and-health-osh-issuesin-the-healthcare-sector-including-home-and-community-care (prebrané 15. februára 2015). 105 Masseria *et al* (2010). [↑](#footnote-ref-90)
91. Matrix Consulting (2014). Správa o zdraví Rómov. Európska Komisia: Výkonná agentúra pre spotrebiteľov, zdravie a výživu[. http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/roma-health-report-2014\_en.pdf](http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/roma-health-report-2014_en.pdf)*(prebrané 25. novembra, 2014)* [↑](#footnote-ref-91)
92. Voko, Z. et al. (2009) Sprostredkúva socioekonomický status plne efekt etnicity na zdravie Rómov v Maďarsku*? J Epidemiol Spoločnosť pre zdravie*; 63: 455-460. [↑](#footnote-ref-92)
93. Masseria, C., Mladovsky, P., Hernández-Quevedo, C. (2009) Socioekonomické determinanty zdravotného stavu Rómov v porovnaní s nerómami v Bulharsku, Maďarsku a Rumunsku. *Európsky žurnál verejného zdravia,* zväzok 20, No. 5: 549-554. [↑](#footnote-ref-93)
94. Masseria et al (2010). [↑](#footnote-ref-94)
95. Hansen, K., Melhus, M., Lund, E. (2010). Etnicita, samo hlásené zdravie, diskriminácia a socioekonomický status: štúdia nórskej populácie Laponcov a obyvateľov, ktorí nie sú Laponcami. Medzinárodný žurnál cirkumpolárneho zdravia, Severná Amerika, 69. [↑](#footnote-ref-95)
96. Zeljko, H.M. *et al* (2013) Vekové trendy výskytu kardiovaskulárnych rizikových faktorov rómskej minority v Chorvátsku. *Ekonomika a ľudská biológia* 11: 326-336. [↑](#footnote-ref-96)
97. Dobranici *et al* (2012). [↑](#footnote-ref-97)
98. Matrix Consulting (2014). [↑](#footnote-ref-98)
99. Skodova, Z. et al (2010) Psychosociálne faktory ovplyvňujúce choroby srdca a kvalitu života rómskych pacientov trpiacich srdcovou chorobou: štúdia na základe socioekonomickej pozície. *Internacionálny žurnál verejného zdravia*; 55(5): 373-80 [↑](#footnote-ref-99)
100. Monteiro, A.P. et al (2013) Propagácia duševného zdravia u Rómov: sociálna reprezentácia duševného zdravia a blahobytu v rómskej komunite. *Európska psychiatria: Abstrakty 21. európskeho kongresu psychiatrie.* [↑](#footnote-ref-100)
101. Smith, D., Ruston, A. (2013) „Ak máte pocit, že vás nikto nechce, stiahnete sa do seba“: Cigáni/cestovatelia, siete a využitie zdravotnej starostlivosti. *Sociológia zdravia a choroby*, zväzok 35; 8:1196-1210. [↑](#footnote-ref-101)
102. Matrix Consulting (2014). Správa o zdraví Rómov. Výkonná agentúra spotrebiteľov, zdravia a výživy. [↑](#footnote-ref-102)
103. Casals, M. *et al* (2011). Výskyt infekčných chorôb a prežitie v rómskej populácii: dlhodobá skupinová štúdia. *Európsky žurnál verejného zdravia*, 1-6. [↑](#footnote-ref-103)
104. *Ibid*. 120 *Ibid*. [↑](#footnote-ref-104)
105. Hellenické centrum pre kontrolu a prevenciu chorôb (2014[) http://www2.keelpno.gr/blog/?p=5187&lang=en](http://www2.keelpno.gr/blog/?p=5187&lang=en)  [↑](#footnote-ref-105)
106. Mellou K, et al. (2015) Úvahy o súčasnej politike univerzálneho očkovania proti hepatitíde A v Grécku po nedávnom prepuknutí. PLoS ONE 10(1): e0116939. doi:10.1371/journal.pone.0116939. Dostupné na: [http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pone.0116939&representation=P DF (](http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pone.0116939&representation=PDF)prebrané 4. marca 2015) [↑](#footnote-ref-106)
107. Muscat, MD (2011). Kto dostane osýpky v Európe? Žurnál infekčných chorôb. 2011;204:S353–S36 [http://jid.oxfordjournals.org/content/204/suppl\_1/S353.full.pdf+html (](http://jid.oxfordjournals.org/content/204/suppl_1/S353.full.pdf%2Bhtml)prebrané 4. marca 2015) [↑](#footnote-ref-107)
108. Orlikova H, Rogalska J, Kazanowska-Zielinska E, Jankowski T, Slodzinski J, Kess B, Stefanoff P. Zameranie sa na osýpky 2010: Prepuknutie osýpok v rómskej populácii v Pulawy vo východnom Poľsku od júna do augusta 2009. Euro Surveill. 2010;15(17):pii=19550. Dostupné online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19550>(prebrané 4. marca 2015) [↑](#footnote-ref-108)
109. Dinca, I. (2011) Choroby, ktorým je možné vyhnúť sa prostredníctvom očkovaní a Rómovia. Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb[. http://www.ecdc.europa.eu/en/press/events/Documents/1111-Dinca-Vaccinepreventable-diseases-and-the-Roma.pdf (](http://www.ecdc.europa.eu/en/press/events/Documents/1111-Dinca-Vaccine-preventable-diseases-and-the-Roma.pdf)prebrané 4. marca 2015) 126 Matrix Consulting (2014). 127 *ibid* [↑](#footnote-ref-109)
110. Kallayova, D., Bosak, L. (2012). Zlepšenie zdravotných služieb pre rómske komunity na Slovensku. V: Ingleby, D., et al (eds). *Zdravotné nerovnosti a rizikové faktory medzi migrantmi a etnickými minoritami*, zväzok 1. COST Séria o zdraví a diverzite. Antverpy: Garant Publishers. [↑](#footnote-ref-110)
111. Rechel, B. *et al* (2009). Prístup rómskych detí k zdravotnej starostlivosti v strednej a východnej Európe: zistenia kvalitatívnej štúdie v Bulharsku. Medzinárodný žurnál pre rovnosť zdravia, 8: 24. [↑](#footnote-ref-111)
112. *Ibid*. [↑](#footnote-ref-112)
113. Masseria *et al* (2010). [↑](#footnote-ref-113)
114. Sjölander, P. (2009). Čo vieme o zdraví a životných podmienkach pôvodného obyvateľstva severnej Škandinávie, Laponcoch? Akcia globálneho zdravia 4. [↑](#footnote-ref-114)