

Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma

MEM-TP

***MODUŁ 2.***

***MIGRANCI, MNIEJSZOŚCI ETNICZNE I ICH ZDROWIE – PODSTAWOWE FAKTY***

***Część 1. PROBLEMY ZDROWOTNE MIGRANTÓW I MNIEJSZOŚCI ETNICZNYCH ORAZ DETERMINANTY ZDROWIA***

***Wytyczne dla prowadzących***

*Przygotowanie:*

*Olga Leralta, Andalusian School of Public Health*

*Adaptacja:*

*Ewa Kocot, Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM*

*Tłumaczenie:*

*Katarzyna Kujawska*



**MODUŁ 2**

**Migranci, mniejszości etniczne i ich zdrowie – podstawowe fakty**

**CZĘŚĆ 1: Problemy zdrowotne migrantów i mniejszości etnicznych oraz determinanty zdrowia**

**Wytyczne dla prowadzących**

**PRZYGOTOWANIE:**

Olga Leralta,

EASP, 11th March 2015

**ADAPTACJA:**

Ewa Kocot

Instytut Zdrowia Publicznego, UJ CM, 2015

**TŁUMACZENIE:**

Katarzyna Kujawska

© European Union, 2015

For any reproduction of textual and multimedia information which are not under the © of the European Union, permission must be sought directly from the copyright holders.

© Cover Illustrations: Observatorio de la Infancia de Andalucía, Escuela Andaluza de Salud Pública. Junta de Andalucía.



**Migrants & Ethnic Minorities Training Packages**



Funded by the European Union in the framework of the EU Health Programme (2008-2013) in the frame of a service contract with the Consumer, Health, Agriculture and Food Executive Agency (Chafea) acting under the mandate from the European Commission. The content of this report represents the views of the Andalusian School of Public Health (EASP) and is its sole responsibility; it can in no way be taken to reflect the views of the European Commission and/or Chafea or any other body in the European Union. The European Commission and/or Chafea do not guarantee the accuracy of the data included in this report, nor do they accept responsibility for any use made by third parties thereof.

**Moduł 2, Migranci, mniejszości etniczne i ich zdrowie – podstawowe fakty**

**Część 1: Problemy zdrowotne migrantów i mniejszości etnicznych oraz determinanty zdrowia**

1. **Cele i metody**
   1. **Cele**

**Cele prezentacji:**

* Opisanie podstawowych cech charakterystycznych dla demografii obecnej populacji migrantów i mniejszości etnicznych
* Analiza społecznych determinant zdrowia migrantów i mniejszości etnicznych
* Identyfikacja ważniejszych trendów dotyczących stanu zdrowia migrantów i mniejszości etnicznych

**Cele ćwiczeń:**

* Zwrócenie uwagi uczestników na uprzednio nabytą wiedzę i postrzeganie potrzeb zdrowotnych migrantów i mniejszości etnicznych
* Analiza społecznych determinant zdrowia migrantów i mniejszości etnicznych
  1. **Metody**

*Szacowany czas wymagany na Moduł 2 to 5 godzin, około 3 godziny na Część 1 i 2 godziny na Część 2. Materiały szkoleniowe każdej części składają się z prezentacji, ćwiczeń, pokazu filmu wideo i zalecanych materiałów szkoleniowych.*

*Dane w Części 1 zostały zaadaptowane do specyficznej charakterystyki demograficznej populacji migrantów i mniejszości etnicznych oraz do poszczególnych efektów zdrowotnych i modeli zachorowalności/śmiertelności. Treści z Dodatkowego Modułu 2 powinny być integrowane w tej części, jako element adaptacji lokalnej. Nie ma obowiązkowych ćwiczeń w tej części poza ćwiczeniem związanym z treścią Dodatkowego Modułu 2, ale sugeruje się wykorzystanie ćwiczeń proponowanych w celu wprowadzenia uczestniczącego podejścia pedagogicznego.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Czas** | **Cele** | **Rodzaj aktywności** | **Pomoce dydaktyczne i źródła** |
| 10 minut | * Opisanie podstawowych cech charakterystycznych dla demografii obecnej populacji migrantów i mniejszości etnicznych | **Prezentacja** i pytania  *(Slajdy 1-4)* | Projektor, laptop, ekran. |
| 20 minut | * Zwrócenie uwagi uczestników na uprzednio nabytą wiedzę na temat potrzeb zdrowotnych migrantów i mniejszości etnicznych oraz rodzaje ich percepcji | **Ćwiczenie 1** składa się z dwóch części:   * Praca grupowa * Dyskusja w całej grupie | Teksty do przeczytania dla uczestników. |
| 30 minut | * Opisanie podstawowych cech charakterystycznych dla demografii obecnej populacji migrantów i mniejszości etnicznych – ciąg dalszy | **Prezentacja** i pytania  *(Slajdy 5-14)* | Projektor, laptop, ekran. |
| 60 minut | * Analiza społecznych determinantów zdrowia migrantów i mniejszości etnicznych | **Ćwiczenie 2** składa się z czterech części:   * Prezentacja metodyki * Pokaz filmu wideo * Dyskusja w podgrupach * Dyskusja grupowa w całym zespole i Prezentacja   *(Slajdy 15-26)* | Projektor, laptop, ekran.  M2\_U1 Film |
| 60 minut | * Identyfikacja ważniejszych trendów dotyczących stanu zdrowia migrantów i mniejszości etnicznych | **Prezentacja** i pytania  *(Slajdy 27-39)* | Projektor, laptop, ekran. |

1. **Prezentacja**

**Slajd 1:** Strona tytułowa

*Informacje przekazane w tym dokumencie uzyskana pochodzą głównie z następujących materiałów: Mock-Muñoz de Luna C, Ingleby D, Graval E, Krasnik A. Synthesis Report. MEM-TP, Pakiety szkoleniowe dla pracowników opieki zdrowotnej w celu poprawy dostępu i jakości usług zdrowotnych dla migrantów i mniejszości etnicznych, włącznie z Romami. Granada, Copenhagen: Andalusian School of Public Health, University of Copenhagen, 2015.*

**Slajd 2:** Zarys sesji

**Slajd 3: Kontekst społeczny migrantów i mniejszości etnicznych**

Migracja globalna powiększa się w trybie przyspieszonym. Wskutek tego, społeczeństwa stają się coraz bardziej zróżnicowane – kulturowo, etnicznie i językowo. Dwa najnowsze trendy w migracji międzynarodowej mają duże znaczenie w kwestii stanu zdrowia migrantów:

1. Po pierwsze, wzrasta przesunięcie w kierunku migracji ‘okrężnej’ lub ‘przejściowej’[[1]](#footnote-1). Migracja okrężna może obejmować regularne podróże tam i z powrotem, pomiędzy krajem przyjmującym a krajem pochodzenia.
2. Innym zjawiskiem jest ‘super-zróżnicowanie’[[2]](#footnote-2): w głównych stolicach Europy prawdopodobnie mówi się setkami różnych języków. Wewnątrz każdej narodowości migrantów istnieje również ogromna różnorodność w np. poziomach edukacyjnych, umiejętnościach, grupach wiekowych, religiach, etniczności i w wielu innych cechach grup, które tradycyjnie zostały uznane jako jednorodne.

Na początku roku 2013, całość migracji w UE-27 wyniosła 50.872,674, tj. 10.1% całkowitej liczby ludności[[3]](#footnote-3). Migracja pozostaje pod silnym wpływem bliskości geograficznej, z 30% migrantów mieszkających w UE pochodzi z innych krajów UE[[4]](#footnote-4). Wiele krajów europejskich w coraz większym stopniu zaczyna polegać na migrantach, by zwalczać skutki spadającego odsetka urodzeń i starzejących się społeczeństw. Pieniądze przekazywane przez migrantów do kraju ich pochodzenia często stanowią dużą część jego PKB i odgrywają ważną rolę w rozwoju gospodarczym.

Jeżeli chodzi o wnioski o azyl, ich liczba okazała się w 2013 r. najwyższa w Europie od dekady[[5]](#footnote-5). Głównymi krajami pochodzenia ubiegających się o azyl były Syria, Federacja Rosyjska, Afganistan, Irak i Serbia/Kosowo. Według UNHCR, sześć krajów w południowej Europie (Cypr, Grecja, Włochy, Malta, Portugalia i Hiszpania) utrzymuje stały wzrost liczby osób ubiegających się o azyl[[6]](#footnote-6).

Z szacowanych 5 do 8 milionów “nieregularnych” migrantów w Europie, większość pozostała dłużej niż pozwalała im na to ich wiza lub pozostała w kraju po negatywnym rozpatrzeniu ich wniosku[[7]](#footnote-7). Liczby “nieregularnych” migrantów są oczywiście trudne do oszacowania, ale ta grupa jest oceniana na około 1% ludności UE[[8]](#footnote-8).

Kobiety stanowią około połowę migrantów w Europie (50% w 2013 według Eurostatu)[[9]](#footnote-9). Jednakże w niektórych krajach liczba migrantek przewyższa liczbę migrantów, np. Cypr, Włochy, Hiszpania i Irlandia. Badania pokazują, że znaczna część migrantek wykonuje pracę pomocy domowej lub opiekunki, a te formy zatrudnienia często narażają migrantów na wyzysk i nadużycia ze strony pracodawców. Zatem są one bardziej narażone na wykluczenie z dostępu do opieki zdrowotnej i innych usług opieki społecznej[[10]](#footnote-10).

**Slajd 4:** Migranci są zazwyczaj młodsi niż ludność rodzima i w związku z tym mają tendencję do rzadszego korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej niż mieszkańcy stali: najwyższe koszty[[11]](#footnote-11) są ponoszone w wieku wczesnodziecięcym i na starość, a są to kategorie wiekowe, w których migranci są niedoreprezentowani, co pokazuje wykres.

Termin ‘mniejszość etniczna’ obejmuje dużą liczbę zasadniczo odmiennych grup.

*Kwestia ta została już omówiona w  Module 1. Dla celu tego pakietu szkoleniowego omawiającego trendy zdrowotne i potrzeby mniejszości etnicznych, dyskusja powinna być zaadaptowana do kontekstu lokalnego. Problemy dotyczące zbierania danych o mniejszościach etnicznych są zaakcentowane w Module 4*.

Badania w krajach europejskich, dotyczące kwestii zdrowotnych związanych z etnicznością sprawiają sporo trudności i stanowią wyzwanie w kwestii metodologii, z powodu różnic w definicjach i w dostępnych danych, jak i z powodu różnic w determinantach zdrowia w zakresie “podobnych” grup etnicznych w różnych krajach i w ramach grup etnicznych w każdym kraju. Wyniki takich badań wskazują, że chociaż kraj urodzenia danej osoby powoduje pewne zróżnicowanie w efektach zdrowotnych, występują istotne różnice pomiędzy różnymi krajami zamieszkania. Mogą one wynikać z różnic w początkowej charakterystyce populacji mniejszości etnicznych w każdym kraju, ich pozycji społeczno-ekonomicznej, oraz w polityce zdrowotnej mającej na nią wpływ. Międzynarodowe badania porównawcze na temat porównywalnych grup etnicznych mogą skutkować ważnymi nowymi hipotezami na temat roli czynników kulturowych, społecznych czy środowiskowych i pozwalają zapoznać się z najbardziej skutecznym sposobem organizacji świadczenia wrażliwej kulturowo opieki zdrowotnej. Jednakże potwierdzenie hipotez wygenerowanych przez takie badania, będzie wymagało więcej szerzej zakrojonych badań – często na podstawie metody jakościowej w uwarunkowaniach lokalnych[[12]](#footnote-12).

1. **Ćwiczenie 1**

*(Czas trwania: 20 minut)*

**Dyskusja grupowa na temat występowania zdiagnozowanych przypadków zachorowań na choroby psychiczne wśród migrantów i mniejszości etnicznych**

### Æwiczenie to opiera siê na wczeœniej nabytej wiedzy uczestników i postrzeganiu kontrowersyjnych kwestii dotycz¹cych zdrowia migrantów i mniejszoœci etnicznych.

**Ćwiczenie składa się z pracy w podgrupach, a jej finałem będzie burza mózgów w całej grupie.**

**1. Moderator tworzy 6 grup w celu przedyskutowania materiału do czytania z***The Lancet Commission on Culture and Health[[13]](#footnote-13)***.**

*“Ponad 30 lat temu, Littlewood i Lipsedge przedstawili dane na temat leczenia psychiatrycznego ludności pochodzącej z Afryki i Karaibów w Wielkiej Brytanii. Dlaczego mniejszości rasowe (a szczególnie tzw. grupa Afro-Karaibska)w Wielkiej Brytanii ma znacznie wyższe wskaźniki występowania zdiagnozowanych chorób mentalnych niż populacja ogółem? Dlaczego te wskaźniki są znacznie wyższe w społecznościach migrantów niż w tych społecznościach w kraju pochodzenia? Czy fakt zamieszkania w innym kraju powoduje choroby mentalne, czy trend wynika z nadmiernego diagnozowania choroby psychicznej (efekt ukrytego rasizmu w opiece zdrowotnej)?*

*Co stało się w ciągu tych kolejnych 30 lat? Mimo świadomości i wbrew wielu regulacjom, dyskryminacja pozostaje niemal bez kontroli. Osoby czarnoskóre w porównaniu do innych mniejszości rasowych pozostają w Wielkiej Brytanii w proporcji 3:1 w niektórych placówkach opieki psychiatrycznej. Wyniki dotyczące długości życia czarnoskórych Amerykanów pokazują, że choć nierówności w udzielaniu świadczeń zdrowotnych wiązane z rasa nie pogorszyły się znacząco, pozostawiając ich długość życia o 6 lat niższą niż w przypadku białych Amerykanów.*

*Dziesiątki lat badań pokazują, że “czy to z powodu ograniczeń wynikających z etnicznej lub rasowej tożsamość, statusu imigranta, (braku) biegłości w języku angielskim, osiągnięć edukacyjnych, ubóstwa, niskiego statusu społeczno-ekonomicznego, miejsca zamieszkania (wieś/miasto), należące do mniejszości osoby ubogie otrzymują mniej świadczeń zdrowotnych i są one o niższej jakości niż w przypadku ich wykształconych rodaków klasy. Na zbyt wielu poziomach czynniki rasowe są uważane za istotne dla występowania choroby bez badania aspektu nierówności społecznych i ich wpływu na sytuację danej jednostki.*”

2. Reprezentant każdej podgrupy podsumuje wynik dyskusji w trzech zdaniach. Ćwiczenie to kończy się dyskusją w całej grupie.

1. **Prezentacja**

**Slajd 5:** **Romowie**, jako największa etniczna mniejszość w Europie licząca około 11 milionów osób, doświadczają najwyższych poziomów pozbawienia ich praw w Europie. Zgodnie z WHO Europe, “*obszerny termin* *Romowie jest często używany do opisania różnych społeczności, które identyfikują się same między innymi jako: Sintowie, Ashkalia, Egipcjanie, Roma, Gens de voyage, Yenish, Kale, Cyganie i Manouch, chociaż te identyfikujące się jako Egipcjanie wyraźnie odrzucają teorię o swoim indyjskim pochodzeniu. Razem, stanowią populację etniczną, która składa się głównie ze wspólnot handlowych i nomadycznych grup z Indii. Ponieważ uważani są oni za społeczności obarczone ryzykiem wykluczenia, a ich kulturę również cechuje nomadyzm i samo-zatrudnienie, Koczownicy często pojawiają się w dyskusjach dotyczących polityki postępowania wobec Romów. Romowie i Sintowie są “często wspólnie nazywani pejoratywnym terminem Cyganie, w rzeczywistości będąc grupami niezwiązanymi etnicznie ”. Inni kwestionują jednorodność doświadczeń Romów i Koczowników. Konwencja CE używa terminu Romowie by odnosić się zarówno do Romów jak i Koczowników*.” [[14]](#footnote-14)

Zidentyfikowano następujące przeszkody w zakresie gromadzenia danych na temat społeczeństw Romów w Europie:

* W wielu krajach w Europie nie klasyfikuje się danych według etniczności; w niektórych przypadkach z powodu historycznego nadużycia danych do celów prześladowań i segregacji.
* Mniejszości etniczne mogą próbować ukryć swoją etniczność w celu uniknięcia stygmatyzacji.
* Nie ma zgody w sprawie terminologii i definicji używanych przy odniesieniu się do mniejszości Romskich[[15]](#footnote-15).

Najwiêksze liczby Romów ¿yj¹ w Œrodkowo-Wschodniej Europie – Rumunia, S³owacja, Bu³garia, Wêgry i by³a Jugos³awia. Mniej ni¿ 20% Romów w Europie to nomadzi. Wykres naslajdziepokazuje państwa członkowskie UE z największa liczbą populacji Romów i Koczowników[[16]](#footnote-16).

Istniej¹ cztery kraje z populacj¹ migrantów romskiego pochodzenia szacowan¹ na ok. 50 000 osób lub wiêcej (Zjednoczone Królestwo, Grecja, Niemcy i W³ochy). Francja ma szacowan¹ populacjê oko³o 10.000-15.000 migrantów Romów (2010). Populacje Romów istniej¹ równie¿ w Belgii, Republice Czeskiej, Irlandii i Hiszpanii, chocia¿ nie zidentyfikowano szacunkowo ich liczebnoœci. Najwiêksz¹ grupê znaleziono, wydaje siê, w UK, gdzie jej szacunkowa liczebnoœæ jest szacowana pomiêdzy 50 tys. a 1 mln. Wiêkszoœæ migrantów spoœród Romów europejskich pochodzi z krajów wschodniej Unii Europejskiej. Mog¹ swobodnie mieszkaæ i pracowaæ w UE.

U¿ywaj¹c œredniej dla UE-27, populacja Romów europejskich jest w wieku œrednio 25.1 w porównaniu z 40.2 dla populacji nie-romskiej. Na slajdzie przedstawione zostały dla porównania dwie piramidy populacyjne w Europie: dla wspólnoty Romów i całej Unii Europejskiej[[17]](#footnote-17).

Wiele niekorzystnych zjawisk w opiece zdrowotnej doświadczanych przez migrantów i mniejszości etniczne jest związanych z ich ogólnie niekorzystną pozycją społeczno-ekonomiczną. Średnio status społeczno-ekonomiczny (SES) migrantów i mniejszości etnicznych jest niższy i ogólnie mówiąc jest bardziej prawdopodobne, że będą oni żyli w biedzie niż pozostała ludność. Migranci i mniejszości etniczne doświadczają wielu form niekorzystnego traktowania i jest to główny czynnik mający wpływ na ich stan zdrowia. Obecnie, jako skutek polityki ‘oszczędności’, są oni najbardziej narażoną grupą w społeczeństwie, cierpiąc z powodu cięć wydatków i prywatyzacji w sektorze publicznej służby zdrowia, w szczególności, kiedy te kroki ograniczają dostęp do usług takich jak opieka zdrowotna.[[18]](#footnote-18) Jako że restrykcje związane z migracją są zaostrzane, liczba migrantów o nieudokumentowanym statusie wzrasta. Tacy migranci, z powodu niepewności ich sytuacji jak i niebezpiecznych podróży, które często przedsięwzięli by dotrzeć do UE, są często diagnozowani jako osoby słabego zdrowia.

**Slajd 6:** Ewolucja trendów migracyjnych w Europie jest pokazana na mapie przedstawionej na slajdzie. Kraje, które doświadczyły szybkiego wzrostu ekonomicznego i migracji netto w latach 1950-tych i 1960-tych są pokazane na czerwono. Podczas lat 1980-tych i 1990-tych nowa grupa krajów europejskich (zaznaczonych na żółto) doświadczyła wzrastającej imigracji. Kraje, które doświadczyły wzrastająco dodatniego salda migracji od roku 2000 są pokazane na zielono, podczas gdy kraje których bilans pozostał (lub stał się) ujemny są pokazane na niebiesko.

Jeżeli chodzi o poszukujących azylu i migrantów o nieudokumentowanym statusie, pogarszające się warunki ekonomiczne, klimatyczne i polityczne w wielu krajach nieeuropejskich doprowadziły do wzrostu migracji w ostatnich latach. Najlepiej ilustruje ten fakt ogromna liczba ‘ludzi na łodziach’ przekraczających Morze Śródziemne w drodze do południowej Europy. Jednocześnie – często w odpowiedzi na kroki mające na celu wstrzymanie transportu tego typu – wzmogła się migracja lądowa przez granice wschodniej Europy. Stanowi to nowe wyzwania dla systemów opieki zdrowotnej w zaangażowanych krajach.

Przedłużający się kryzys ekonomiczny który uderzył w UE po roku 2007 ma dalekosiężne konsekwencje dla stanu zdrowia migrantów. w wielu krajach przyjęto regulacje prawne, które jednocześnie osłabiły pozycję społeczną migrantów i ograniczyły ich dostęp do opieki zdrowotnej. Wzrosły nastroje antyimigranckie i nastąpiły cięcia w budżecie przeznaczonym na świadczenia zdrowotne i społeczne.

**Slajd 7: Imigranci w Polsce wg Urzędu ds. Cudzoziemców**

Zezwolenie na pobyt w 2013 roku (stan na koniec roku) posiadało 121 219 cudzoziemców (0,3% ludności Polski). W 2010 roku Straż Graniczna zatrzymała 2 887 osób – obywateli państw trzecich – w związku ze stwierdzeniem nielegalnego pobytu. w 2014 r. złożono 3 402 wnioski o nadanie statusu uchodźcy (6 625 osób; 5 551 po raz pierwszy). w 2014 r. 262 osobom przyznano status uchodźcy, 170 ochronę uzupełniającą, a 300 zgodę na pobyt tolerowany. Wydano 1 997 decyzji negatywnych, a w 5 556 przypadkach wniosek został umorzony.

**Slajd 8:** Imigranci w Polsce wg statusu (2013 r.)

**Slajd 9**: Imigranci w Polsce wg Narodowego Spisu Powszechnego 2011.

W Polsce przebywa czasowo 56,3 tys. imigrantów, ponad 80% mieszka w miastach. 38% imigrantów deklaruje dobrą lub bardzo dobrą znajomość języka polskiego, 13% zgłasza trudności w porozumiewaniu się.

**Slajd 10:** Mapa imigrantów przebywających w Polsce powyżej trzech miesięcy (w odsetkach ogólnej liczby imigrantów). Województwa o największej liczbie imigrantów to: mazowieckie, dolnośląskie, małopolskie i śląskie.

**Slajd 11:** Imigranci przebywający w Polsce czasowo powyżej 3 miesięcy wg kraju poprzedniego zamieszkania i obywatelstwa (najwięcej: Ukraina, Niemcy, Wielka Brytania)

**Slajd 12**: Imigranci przebywający w Polsce ponad 3 miesiące wg przyczyn pobytu (najczęstsze przyczyny: sprawy rodzinne, praca, edukacja)

**Slajd 13**: Wykres struktury wiekowej imigrantów

**Slajd 14**: Identyfikacja narodowo-etniczna w Polsce (dominująca inna niż polska – śląska, niemiecka i jako druga kaszubska)

1. **Ćwiczenie 2**

*(Czas trwania: 60 minut)*

**Społeczne determinanty zdrowia istotne dla migrantów i mniejszości etnicznych.**

**Pokaz filmu wideo “Nawiązywanie połączeń: Nasze miasto, nasze społeczeństwo, nasze zdrowie” i dyskusja grupowa**

**Slajdy 15-16:** Ćwiczenie składa się z czterech części:

1. Prezentacja metodyki *(dla całej grupy)*
2. Pokaz filmu wideo (*dla całej grupy)*

“Nawiązywanie połączeń: Nasze miasto, nasze społeczeństwo, nasze zdrowie”: <https://www.youtube.com/watch?v=LMpQEMb0Trc>

1. Dyskusja w podgrupach temat różnych determinant zdrowia
2. Dyskusja grupowa

### Luka informacyjna

Chociaż ilość informacji dostępnych na temat zdrowia migrantów i mniejszości etnicznych w Europie znacznie wzrosła w ciągu ostatniej dekady, informacja ta dalej ma poważne ograniczenia. Statystyki zdrowotne są rzadko kategoryzowane według etniczności lub statusu migracyjnego osób zainteresowanych i często nie jest możliwe dołączenie ich do bazy danych zawierającej takie zmienne. Dostępność danych dotyczących konkretnych warunków zdrowotnych różni się o wiele bardziej pomiędzy krajami[[19]](#footnote-19) i większość krajów w Europie nie zapisuje pochodzenia etnicznego w spisie ludności lub innych ewidencjach ludności. Ponadto, w literaturze naukowej, migranci i mniejszości etniczne traktowani jako kategorie w dużym stopniu zazębiają się ze sobą: wiele badań nad etnicznością jest jednocześnie badaniem nad migracją, ponieważ używa się pojęcia “kraj urodzenia” jako wskaźnik etniczności.

Według Raportu Unii Europejskiej z 2014 o implementacji Ramowych Strategii UE dla Krajowej Integracji Romów, brak systematycznego zbierania danych o zdrowiu Romów w porównaniu do danych na temat ogólnej populacji w dalszym ciągu stanowi problem w monitorowaniu zdrowia Romów i pokazuje nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej.[[20]](#footnote-20)

### 

### Związek pomiędzy złym stanem zdrowia i niedostatkami w świadczeniu opieki zdrowotnej

Często argumentuje się, że kwestie problematyczne w opiece zdrowotnej dla migrantów i mniejszości etnicznych powinny być rozwiązywane na bieżąco z powodu zwiększonej ilości ryzyk zdrowotnych, o których wiadomo, że dotykają te grupy. Jednakże, utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej dobrej jakości, nie jest problemem tylko wtedy, kiedy grupy są narażone na zwiększone ryzyka zdrowotne. Wypadki, infekcje, komplikacje przy porodzie, defekty genetyczne oraz pogorszenie kondycji zdrowotnej wynikające z podeszłego wieku, może dotknąć każdego.

Jednakże, ci którzy mają największą potrzebę otrzymania dobrej opieki zdrowotnej, często są tymi, którzy nie są w stanie jej uzyskać (‘prawo odwróconej opieki’[[21]](#footnote-21)). Migranci i mniejszości etniczne czasami odczuwają szczególne potrzeby i charakteryzują się szczególną wrażliwością, co uzasadnia zwiększenie uwagi przykładanej do świadczonych im usług. Jest to kwestia praw: powszechne prawo człowieka do zdrowia i brak akceptacji dla dyskryminacji poszczególnych grup w świadczeniu usług.

### Determinanty zdrowia

### Według WHO[[22]](#footnote-22) to:

### „*wiele czynników sumarycznie wpływających na zdrowie osób i społeczności. Bez względu na to, czy ludzie są zdrowi czy też nie, determinowane jest to okolicznościami i otoczeniem. w dużym stopniu czynniki takie jak miejsce zamieszkania, stan środowiska, genetyka, dochód i poziom wykształcenia oraz związki z przyjaciółmi i rodziną, wszystko to ma znaczny wpływ na zdrowie, podczas gdy bardziej powszechnie rozpatrywane czynniki takie jak dostęp i korzystanie z opieki zdrowotnej mają czasem mniejszy wpływ.*

### *Determinanty zdrowia obejmują:*

### *Środowisko społeczno-ekonomiczne,*

### *Środowisko fizyczne,*

### *Indywidualną charakterystykę osoby i jej zachowania.*

### *Kontekst życia ludzi determinuje ich zdrowie, a zatem obwinianie osób za słabe zdrowie lub przypisywanie im zasługi za dobry stan zdrowia jest niewłaściwe. Nieprawdopodobne jest, by ludzie byli w stanie bezpośrednio kontrolować wiele determinant swojego zdrowia.*

### *Determinanty te — lub sprawy, które sprawiają, że ludzie są zdrowi lub też nie — obejmują przede wszystkim powyższe czynniki oraz wiele innych:*

### *Dochód i status społeczny – wyższy dochód i status społeczny są połączone z lepszym zdrowiem. Im większa przepaść pomiędzy najbogatszymi i najbiedniejszymi ludźmi, tym większe różnice w stanie zdrowia.*

### *Wykształcenie – niski poziom wykształcenia łączy się ze słabym zdrowiem, wyższym poziomem stresu i niższym poczuciem własnej wartości.*

### *Środowisko fizyczne – bezpieczna woda i czyste powietrze, zdrowe miejsca pracy, bezpieczne domy, społeczności, drogi - wszystko to przyczynia się do dobrego stanu zdrowia. Zatrudnienie i warunki pracy – ludzie posiadający zatrudnienie są zdrowsi, szczególnie ci, którzy mają więcej kontroli nad swoimi warunkami pracy.*

### *Sieci wsparcia społecznego – większe wsparcie od rodzin, przyjaciół i społeczności jest związane z lepszym zdrowiem. Kultura – zwyczaje i tradycje oraz poglądy wyznawane przez rodziny i społeczności – wszystko to ma wpływ na zdrowie.*

### *Genetyka- dziedziczenie odgrywa istotną rolę w ustaleniu oczekiwanej długości życia, zdrowotności i prawdopodobieństwa wystąpienia pewnych chorób. Zachowanie osobiste i umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach –zbilansowana dieta, zachowanie aktywności fizycznej, palenie, picie, oraz sposób radzenia sobie ze stresem życia i wyzwaniami - wszystko to wpływa na zdrowie.*

### *Świadczenia zdrowotne – dostęp do i wykorzystanie świadczeń, dzięki którym można zapobiegać chorobom i leczyć te, które już wystąpiły, ma wpływ na zdrowie.*

### *Płeć – kobiety i mężczyźni cierpią na inne choroby, w różnych okresach życia.”*

Kiedy bierzemy pod uwagę migrantów, przyczyna problemów zdrowotnych może wywodzić się z kraju pochodzenia, podróży lub z mieszkania w kraju przyjmującym[[23]](#footnote-23). Perspektywa ‘przebiegu życia’ zakłada, że pomiędzy tymi trzema czynnikami mogą istnieć wysoce złożone interakcje.

### Nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej dotyczące potomków migrantów

“Drugie pokolenie” lub potomstwo migrantów ma tendencję do stawania się niewidzialnymi w statystykach zdrowotnych: albo przez wykluczenie ich z badań nad migrantami, albo też poprzez „wrzucenie do jednego worka” migrantów i ich potomków urodzonych w kraju przyjmującym.

Niektóre z głównych wniosków z dostępnych badań [[24]](#footnote-24),[[25]](#footnote-25), [[26]](#footnote-26),[[27]](#footnote-27) są następujące:

* U dzieci z mniejszości narodowych (UK) z czasem zaobserwowano wzrost ciśnienia krwi.
* Dorastający chłopcy z mniejszości etnicznych zgłaszali lepszy stan zdrowia psychicznego pomimo pochodzenia z biedniejszych rodzin i dzielnic. Pozytywne czynniki jakie zostały zidentyfikowane to: troskliwi rodzice, wspólne spędzanie czasu z rodziną i posiadanie przyjaciół z różnych grup etnicznych (UK).
* Doświadczanie rasizmu ma ujemny wpływ na zdrowie psychiczne w wszystkich grupach etnicznych (UK).
* Drugie pokolenie niezachodnich migrantów jest częściej diagnozowane jako “psychotyczne ” niż większość populacji (Holandia).
* Odsetek ryzykownych zachowań w drugim pokoleniu, nie zawsze jest zbieżny z odsetkiem ustalonym wśród większości populacji. Dzieje się tak w przypadku spożywania alkoholu.
* W odniesieniu do palenia papierosów u mężczyzn i nadwagi oraz braku aktywności fizycznej u kobiet odsetek ryzykownych zachowań zbiegł się z tym obserwowanym w populacji ogólnej. Odsetek potomków męskich, którzy zgłosili, że są nałogowymi palaczami, był nieznacznie wyższy niż ogółu migrantów, a znacznie wyższy w porównaniu do większości populacji. w czasie pokwitania, dziewczęta z niektórych grup etnicznych miały większe prawdopodobieństwo nadwagi niż ich rówieśniczki z innych grup etnicznych. Czynnikami przyczyniającymi się do powstania nadwagi było niejedzenie śniadań, picie zbyt wielkiej ilość napojów gazowanych i spożywanie niewystarczającej ilości warzyw i owoców (UK, Holandia, Dania).
* Częstotliwość uprawiania ćwiczeń fizycznych była wyższa pomiędzy wszystkimi migrantami w porównaniu do Duńczyków bez pochodzenia migracyjnego, a wśród potomków w przedziale wiekowym 18-39, częstotliwość ćwiczeń fizycznej była znacznie wyższa.
* Biorąc pod uwagę samodzielne postrzeganie swojego stanu zdrowia, im starsi są migranci i ich potomkowie, tym większe prezentują różnice w sposobie postrzegania swojego stanu zdrowia w porównaniu z większością populacji (Dania).

1. **Prezentacja**

**Slajd 17:** Schemat (zaadaptowany z Reeske & Spallek, 2012[[28]](#footnote-28)) ilustruje złożoność determinant zdrowia migrantów i mniejszości etnicznych. Należy również pamiętać o tym, że czynniki te nie mają bezpośredniego wpływu na zdrowie, ale mogą na nie wpływać poprzez różne, zachodzące na siebie, zmienne i ścieżki.

Wiele różnorodnych czynników może być podstawą występowania chorób wśród grup migrantów:

### Czynniki genetyczne

Poszczególne różnice genetyczne mogą być kluczem do zrozumienia różnic pomiędzy grupami populacyjnymi w ich podatności na różne choroby. Od dawna wiadomo, że anemia sierpowata występuje głównie u Afro-Amerykanów, podczas gdy choroba Tay-Sachsa jest głównie diagnozowana u Żydów Aszkenazyjskich. Rozwój profilowania genetycznego niewątpliwie odkryje więcej takich powiązań, aczkolwiek małżeństwa pomiędzy grupami oraz złożone interakcje z innymi czynnikami może osłabić ich wpływ.

### Czynniki kulturowe

Różnice w stylu życia powiązane z ‘kulturą’ od zawsze służą jako popularne wyjaśnienie w badaniach zdrowia migrantów. Właściwie można znaleźć kilka bardzo silnych powiązań: na przykład, różnice w zwyczajach palenia tytoniu pomiędzy mężczyznami i kobietami w tradycyjnych społecznościach z Bangladeszu i Pakistanu, są odzwierciedlone w różnicach występowania raka płuc między płciami.[[29]](#footnote-29) Obrzezanie kobiet jest być może najbardziej znanym przykładem praktyki, która negatywnie wpływa na zdrowie i jest powiązana z tradycyjnymi kulturami. Z drugiej strony, jak wskazuje Bhopal[[30]](#footnote-30), wiele tradycji kulturowych (takich jak zakaz picia alkoholu czy promiskuityzmu seksualnego) może mieć pozytywny wpływ na zdrowie.

Jednakże, istnieją dwa główne problemy powiązane z terminologią ‘kultura’. Po pierwsze w ciągu ostatnich dziesiątek lat zakwestionowano pogląd, że każda grupa etniczna lub kraj pochodzenia może być kojarzony z stabilną i jednorodną kulturą. Po drugie, styl życia nie jest praktykowany w  próżni: spożywanie zdrowej żywności, na przykład, nie jest tylko osobistym wyborem, ale również zależy od dostępności i przystępności właściwych produktów spożywczych, jak i posiadania czasu i urządzeń do ich przygotowania. Reklama i presja społeczna również są bardzo mocnymi determinantami zachowania.

### Czynniki związane z systemem opieki zdrowotnej

Zdrowie może pogorszyć się poprzez niedociągnięcia systemu opieki zdrowotnej w dostarczeniu odpowiednich programów profilaktycznych, edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia lub polepszyć się dzięki świadczeniom zdrowotnym, które są dostępne, a ich jakość jest wysoka. Jednakże, zaszło przesunięcie w *interwencjach* skierowanych na poprawę stanu zdrowia tych grup. Środek ciężkości został przesunięty się pod wpływem ruchu “społecznych determinant zdrowia” związanym z “Raportem Marmota”[[31]](#footnote-31). Jako przykład, wczesne badania Romów również upatrywały przyczynę problemów zdrowotnych w słabym dostępie do świadczeń dobrej jakości. Kontrastując, późniejsze projekty, takie jak *Zdrowie i Wspólnota Romów* (2007-2009) i *Raporty o statusie zdrowotnym populacji Romów* (2012-2013) położyły większy nacisk na potrzebę zwiększonej ilości badań epidemiologicznych na temat przyczyn złego stanu zdrowia, a szczególnie roli braku społecznego uprzywilejowania.

### Czynniki stylu życia

Znaczenie *profilaktyki* jest szeroko podkreślane od ‘Deklaracji z Ałma Aty’ [[32]](#footnote-32) WHO z 1978 roku i nawet wcześniej. Niektóre zalecenia profilaktyczne są kierowane do indywidualnych jednostek i mają na celu indukcję *zmiany zachowania.* Ma to na celu zarówno zapobieganie szkodliwym zachowaniom jak i chorobom. Ostatnio zwraca się dużą uwagę na czynniki behawioralne (‘styl życia’) jako determinanty chorób, zarówno zakaźnych jak i niezakaźnych.

**Slajd 18:**

### Determinanty społeczne

Obecnie akcentuje się potrzebę zwiększenia liczby badań epidemiologicznych w celu odnalezienia przyczyn słabego zdrowia, szczególną uwagę poświęcając upośledzeniu społecznemu powiązanemu ze „społecznymi determinantami zdrowia”[[33]](#footnote-33). ‘Tęczowy Diagram’ Dahlgrena i Whitehead[[34]](#footnote-34) przedstawia społeczne determinanty zdrowia. w *Briefingu na temat polityki wobec zdrowia migrantów i mniejszości etnicznych*[[35]](#footnote-35) WHO z 2010 diagram ten został zaadaptowany w celu ukazania społecznych determinantów zdrowia migrantów.

**Slajd 19:** Ta sama informacja jest przedstawiona w tabeli przedstawiającej rozróżnienie pomiędzy determinantami, które w szczególny sposób wpływają na migrantów (bezpośrednio) i tymi, które wpływają na ludzi posiadających upośledzoną pozycję społeczno-ekonomiczną (pośrednio)[[36]](#footnote-36).

**Slajd 20: Społeczne determinanty zdrowia i wpływ statusu społeczno-ekonomicznego**

**Różnice w oczekiwanej długości życia na małym obszarze Londynu (“*Jubilee line*”)**

Szczególna uwaga została zwrócona na głębsze, strukturalne determinanty nierówności zdrowotnych, głównie powiązane z ogromnymi różnicami w stanie zdrowia i oczekiwanej długości życia, pomiędzy osobami na górze i na dole drabiny społeczno-ekonomicznej. Bieda i społeczne wykluczenie doświadczane przez Romów jest dobrze udokumentowane, a gospodarstwa domowe migrantów doświadczają biedy o wiele częściej niż gospodarstwa ludności miejscowej[[37]](#footnote-37).

**Slajd 21:** Według WHO Europe “*dostępność zatrudnienia jest głównym aspektem inkluzji społeczno-ekonomicznej. Zauważono, że poziom biedy jest wyższy u bezrobotnych i innych nieaktywnych członków społeczeństwa (…) Stopy bezrobocia różnią się w różnych krajach, ale są dowody, które wskazują, że dochód z zatrudnienia jest zredukowany w populacjach migrantów, szczególnie populacjach migrantów nielegalnych (...) Osoby pracujące, których dochód wynosi mniej niż 60% mediany krajowych dochodów są bardziej narażeni na ryzyko poniesienia skutków kojarzonych z biedą (…) Niektóre populacje migrantów są narażone na szczególne ryzyko biedy (…) migranci mający nieuregulowaną sytuację; występujący o azyl; niepełne rodziny migrantów, szczególnie te, w których głową rodziny jest kobieta; osoby, które podczas procesu migracyjnego doświadczyły traumy lub były torturowane oraz ofiary handlu ludźmi”[[38]](#footnote-38)*.

**Slajd 22:** Status społeczno-ekonomiczny jest częścią łańcucha przyczynowo-skutkowego pomiędzy statusem migracyjnym lub etnicznością a zdrowiem, jeżeli członkostwo w tych grupach do pewnego stopnia determinuje SES danej osoby. Raport WHO Europe o biedzie i wykluczeniu społecznym wylicza wiele ryzyk zdrowotnych skorelowanych z warunkami społecznymi migrantów i mniejszości etnicznych:

* bieda związana z wykluczeniem społecznym;
* brak odpowiedniego mieszkania/zakwaterowania;
* nieodpowiednia dieta;
* niski dochód powiązany z niskim poziomem wykształcenia lub zatrudnienie niewspółmierne do wykształcenia.

Niektóre z tych czynników są wspólne również dla innych grup walczących z biedą, a inne są szczególnie kojarzone z procesem migracyjnym[[39]](#footnote-39).

Dodatkowo, może zaistnieć *bezpośredni* związek pomiędzy dyskryminacją a złym stanem zdrowia.[[40]](#footnote-40) Tak czy inaczej, być może trzeba będzie podjąć specjalne kroki w celu redukcji nierówności zdrowotnych, w celu skutecznego dotarcia do migrantów i grup mniejszości etnicznych.

**Slajd 23:** Iloraz szans to parametr często stosowany w badaniach klinicznych i epidemiologicznych[[41]](#footnote-41). Liczne badania epidemiologiczne wskazują na udział czynników socjo-ekonomicznych w szansach na zdrowie/brak zdrowia.

**Slajd 24:** HDI (wskaźnik rozwoju społecznego) jest miarą syntetyczną opartą na średniej wskaźników obejmujących trzy podstawowe sfery życia. Jest to sfera zdrowia (oceniana poprzez wskaźnik przeciętnej długości życia), edukacji (wskaźnik alfabetyzmu, tj. umiejętności pisania i czytania ze zrozumieniem i wskaźnik skolaryzacji) oraz dochodu przypadającego na głowę mieszkańca (PKB *per capita*)[[42]](#footnote-42).

**Slajd 25**: Graficzne przedstawienie „rozkładu” wskaźnika HDI w świecie. Polska w raporcie z roku 2013 znalazła się na miejscu 39-tym, w grupie państw najwyżej rozwiniętych[[43]](#footnote-43).

**Slajd 26:** Trendy zmian wskaźnika HDI w latach 1975-2004, w rozbiciu na regiony świata.

**Slajd 27: Potrzeby i częste typy problemów zdrowotnych występujące u migrantów i mniejszości etnicznych**

W tym obszarze można dokonać kilku prostych uogólnień. Zależy to od przebadanych problemów zdrowotnych, krajów pochodzenia i przyjmujących, płci i wieku badanych migrantów, jak i ich powodów migrowania, statusu prawnego i pozycji społeczno-ekonomicznej. Co więcej, problemy zdrowotne migrantów pierwszego pokolenia mogą się różnić od tych dotyczących ich potomków. Jeśli znajdywano różnice, nie zawsze szły one w kierunku gorszego stanu zdrowia migrantów[[44]](#footnote-44).

“Efekt zdrowego migranta” jako zjawisko[[45]](#footnote-45) jest zależny od wielu czynników zwiększających ryzyko złego stanu zdrowia przed lub podczas migracji, zatem może działać w odwrotnym kierunku. Dlatego status migranta może (statystycznie mówiąc) mieć pozytywny związek ze zdrowiem, ale wpływ migracji na zdrowie danej osoby jest mimo to zazwyczaj negatywny. Najnowszy przegląd literatury[[46]](#footnote-46) podaje pewne przykłady różnic w stanie zdrowia między grupami migrantów a populacjami krajów przyjmujących.

### 

### Ogólna ocena stanu zdrowia

Dane kliniczne mogą być zafałszowane z powodu uprzedzeń spowodowanych różnicami w korzystaniu z opieki zdrowotnej i trudności w ocenie denominatorów takich jak proporcja migrantów w ogólnej populacji[[47]](#footnote-47). Z tych powodów, dane opierają się na zmiennych zgromadzonych dla populacji jako całości, takich jak postrzegany przez samego siebie stan zdrowia, oczekiwana długość życia lub śmiertelność. Jednakże odsetek śmiertelności może być niedoszacowany z powodu tendencji niektórych migrantów do powrotu do kraju pochodzenia, kiedy się zaczynają się starzeć i tracić zdrowie.[[48]](#footnote-48) A status postrzegany przez samego siebie jest raczej nieprecyzyjną miarą różnic cross-kulturowych w interpretowaniu dobrego samopoczucia.[[49]](#footnote-49)

#### Umieralność a oczekiwana długość życia

Akty zgonu nie są wiarygodnym wskaźnikiem występowania konkretnych chorób, ponieważ przyczyny śmierci są często nadmiernie upraszczane.[[50]](#footnote-50) Badanie holenderskie [[51]](#footnote-51) odkryło, że oczekiwana długość życia była dłuższa dla rodowitego Holendra w siedmiu na dziesięć niezachodnich grupach migrantów. Autorzy doszli do wniosku, że *“zdrowie migrantów mogłoby skorzystać z korzystnych warunków społeczno-ekonomicznych, zdrowia publicznego i warunków opieki zdrowotnej w Holandii, przy jednoczesnym braku wyższego ryzyka zachorowania na raka czy choroby sercowo-naczyniowe, kojarzonych z dobrobytem.”* Jednakże, jest wiele badań pokazujących wyższy odsetek śmiertelności wśród migrantów z których jasno wynika, że nie można dokonywać uogólnień. Na przykład, śmiertelność okołoporodowa matek pomiędzy cudzoziemkami w Francji (sub-Sahara, Azja, Ameryka Północna i Południowa) jest dwukrotnie wyższa w porównaniu do kobiet, które są rodzimymi mieszkankami Francji.[[52]](#footnote-52) Badanie to sugeruje, że czynnikiem podwyższonych odsetek śmiertelności jest opieka medyczna niższej jakości.

Wyniki te odbiły się szerokim echem w UK, gdzie trakcie przeprowadzania dwóch trzyletnich badań nad śmiertelnością matek okazało się, że kobiety w grupach mniejszości etnicznych były narażone na znacznie większe ryzyko niż większość populacji[[53]](#footnote-53), [[54]](#footnote-54). w szczególności czarnoskóre Afrykanki i, w mniejszym stopniu, czarnoskóre kobiety z Karaibów miały znacznie wyższy odsetek śmiertelności niż białe kobiety. Potencjalne przyczyny podwyższenia tych wskaźników, obejmowały późniejszy kontakt z lekarzem lub położną w celu prowadzenia ciąży, trajektorie migracji i okoliczności życia niektórych czarnoskórych Afrykanek które mogły być nowoprzybyłymi uciekinierkami czy poszukującymi azylu. Ponadto, wiele grup migrantów doświadcza wyższej śmiertelności z powodu cukrzycy. Badanie śmiertelności migrantów z powodu cukrzycy typu 1 w kilku krajach europejskich, prowadzone przez University of Amsterdam jako część projektu MEHO[[55]](#footnote-55), wykazało, że odsetek ten był szczególnie wysoki u migrantów z Afryki Północnej, Karaibów, subkontynentu Indyjskiego i krajów z niskim PKB.[[56]](#footnote-56)

#### Postrzegany przez samych migrantów stan zdrowia

Zmienna ta jest zawarta w standardowym zestawie danych dla Statystyki Unii Europejskiej o Dochodzie i Warunkach Życia (SILC).[[57]](#footnote-57) Z większości badań wynika, że opinia migrantów o ich własnym zdrowiu raczej skłania się ku tej mniej korzystnej niż tej, którą posiada populacja większościowa. Większa część tej różnicy zanika, kiedy udaje się zniwelować różnice społeczno-ekonomiczne, ale wiele badań dowodzi, problem nie jest całkiem rozwiązany.[[58]](#footnote-58)

**Slajd 28:** **Choroby niezakaźne**

Dostępnych jest kilka badań dotyczących występowania chorób niezakaźnych wśród migrantów Europie.[[59]](#footnote-59) Zapadalność na wiele z tych chorób wzrasta razem z wiekiem i rosnąca liczba badań dotyczących tego tematu wiąże się ze zwiększającą się liczbą starszych migrantów w Europie.

#### Choroby układu krążenia

Ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia (CVD) jest jednym z głównych zagrożeń zdrowia, których wskaźnik dla wielu (ale nie wszystkich) grup migrantów i mniejszości etnicznych uznano za podwyższony. Ryzyko śmiertelności z powodu CVD wśród migrantów zmienia się na terenie Europy i zgodnie z krajem pochodzenia migrantów. Tak więc, migrantów z Surinamu i Antyli charakteryzuje wyższe ryzyko zgonu z powodu CVD w porównaniu z rodzimą populacją w kraju przyjmującym, podczas gdy Marokańczyków - niższe[[60]](#footnote-60). Jednakże zaobserwowane różnice zależą nie tylko od kraju urodzenia, ale również od kraju będącego krajem przeznaczenia; podobne wyniki zostały zgłoszone również w oryginalnych badaniach MEHO dotyczących CVD[[61]](#footnote-61) oraz w  kontynuacjach tego badania[[62]](#footnote-62). Wiele badań obecnie koncentruje się na złożonej interakcji czynników, które mogą powodować zwiększone ryzyko CVD w pewnych grupach migrantów i mniejszości etnicznych[[63]](#footnote-63).

#### Cukrzyca

#### Występowanie cukrzycy standaryzowanej ze względu na wiek jest wyższe w populacji migrantów we wszystkich przestudiowanych wynikach badań, bez względu na kraj pochodzenia migrantów[[64]](#footnote-64),[[65]](#footnote-65). Unia Europejska wspiera badania w tym zakresie (projekty RODAM i GIFTS) w celu zidentyfikowania determinant takich różnic.

#### Nowotwory

#### Ryzyko wystąpienia nowotworów jest często obliczane jako niższe wśród populacji migrantów[[66]](#footnote-66), co odzwierciedla fakt, że większość typów nowotworów występuje raczej mniej powszechnie w wielu krajach rozwijających się, z których większość migrantów pochodzi. Dla wielu typów nowotworów, zapadalność różni się pomiędzy krajami nieuprzemysłowionymi a uprzemysłowionymi: odsetek zachorowalności wśród migrantów ma tendencję zmiany w kierunku odsetka występującego w kraju, do którego migrują. Na przykład, odsetek występowania raka piersi jest nawet wyższy pomiędzy kobietami migrującymi z południa Włoch, gdzie ryzyko jest niższe, na północ, gdzie ryzyko wzrasta.[[67]](#footnote-67)

#### Programy skriningowe mogą odgrywać ważną rolę w wykrywaniu i wczesnym leczeniu wielu typów raka i, jak często zgłasza się w raportach, uczestnictwo migrantów w tych programach jest mniej liczne niż populacji większościowej.[[68]](#footnote-68)

Tak jak ze wszystkimi problemami zdrowotnymi, odsetek raka dla migrantów lub mniejszości etnicznych różni się w rozbiciu na kraje przeznaczenia jak i na kraje pochodzenia, być może odzwierciedlając różnice w dostępności i jakości usług zdrowotnych (włącznie z programami skriningowymi) dla takich grup. Konieczne są dalsze badania zmierzające do wykrycia związku pomiędzy występowaniem raka, statusem migracyjnym, etnicznością, krajem pochodzenia, pozycją społeczno-ekonomiczną oraz długością pobytu w kraju przyjmującym.

### 

### Slajd 29: Choroby zakaźne

Kwestia występowania chorób zakaźnych wśród migrantów była zawsze kwestią politycznie wrażliwą. Najwcześniejsze inicjatywy dotyczące zdrowia migrantów, takie jak skrining imigrantów przybyłych do USA na Ellis Island w latach 1891-1930, były motywowane strachem, że populacja kraju przyjmującego mogłaby się zarazić ‘chorobami importowanymi’, a chronicznie chorzy lub niepełnosprawni mogliby się stać ciężarem dla społeczeństwa. Później w miarę upływu czasu takie praktyki były często krytykowane z powodu ich niedokładności, braku szacunku dla praw człowieka i ich często wątpliwych podstaw naukowych[[69]](#footnote-69). w tym samym czasie sukces kampanii mających na celu eradykację chorób zakaźnych w świecie rozwijającym się w zredukował obawy dotyczące “chorób z importu”. Jednakże ponowne pojawienie się globalnych epidemii (na przykład gruźlica, HIV/Aids lub żółtaczka) pod koniec XX wieku pokazało, że to „relaksowane” podejście w tej kwestii jest przedwczesne.

W ten sposób odnowiło się zainteresowanie występowaniem chorób zakaźnych wśród migrantów oraz potencjalnym skriningiem, wczesnym wykrywaniem i zapobieganiem. Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) podjęło się ostatnio szeroko zakrojonych badań dotyczących tego obszaru[[70]](#footnote-70). Odnotowano poważne i szeroko rozpowszechnione ograniczenia danych. Często było możliwe obliczenie względnych proporcji nosicieli choroby, którzy byli migrantami lub nie- migrantami, ale niepewność dotycząca mianownika uniemożliwiła przeliczenie tych liczb na odsetek występowania danych chorób. Ponadto, ilość informacji dotyczących programów skriningowych skierowanych do nowo przybyłych migrantów w UE jest ograniczona. Na poziomie UE sposoby wdrożenia programów skriningowych chorób zakaźnych różnią się od siebie i praktyki są różne w różnych krajach[[71]](#footnote-71).

#### HIV

Pomimo właśnie omówionych problemów metodologicznych zaobserwowano, iż u pewnych grup migrantów występuje wyższe ryzyko zakażenia wirusem HIV. Jest to również połączone z podwyższonym występowaniem HIV w krajach pochodzenia migrantów, ale wirusem można się również zarazić w kraju przyjmującym.[[72]](#footnote-72) Faktem jest, że najczęstsze drogi rozprzestrzeniania się wirusa HIV w Europie to seks bez zabezpieczeń między homoseksualnymi mężczyznami oraz przyjmowanie narkotyków drogą dożylną bez zachowania zasad bezpieczeństwa. Migranci nie są raczej wysoce reprezentowani w żadnej z grup ryzyka.[[73]](#footnote-73) Jednakże, migracja pozostaje wpływowym czynnikiem, kiedy rozważa się transmisję heteroseksualną: migranci z krajów z wysokim występowaniem HIV odpowiadają za 40% wszystkich przypadków przekazywania wirusa HIV w Europie Zachodniej pomiędzy 2007 a 2011.[[74]](#footnote-74) w krajach z najwyższym występowaniem migrantów w statystykach HIV (Belgia, Cypr, Francja, Irlandia, Luksemburg, Malta, Szwecja i UK), migranci z Afryki (sub-Sahara) wydają się najbardziej narażoną grupą, a do zakażenia wirusem HIV doszło w ich krajach pochodzenia.[[75]](#footnote-75) Szeroko zakrojone badanie w Hiszpanii wykazało, że wśród migrantów z HIV kobiety pracujące w branży seksualnej pochodzące z Ameryki Łacińskiej były najbardziej narażone.[[76]](#footnote-76) Jeżeli chodzi o progresję zakażenia wirusem HIV do AIDS i następnie potencjalną śmiertelność z powodu AIDS, migranci są nadreprezentowani, ze szczególnie wysokim odsetkiem zgonów z powodu AIDS pomiędzy Afrykanami z Afryki sub-Saharyjskiej. Jednakże, odsetek ten różnił się w zależności od kraju UE: np. Afrykanie sub-Saharyjscy w UK pochodzą głównie z Nigerii i Ghany (niższe występowanie HIV), podczas gdy w Portugalii pochodzą oni głównie z Wysp Zielonego Przylądka, Mozambiku i Angoli (wysokie występowanie HIV).[[77]](#footnote-77)

#### Gruźlica

Zapadalność na gruźlicę jest wyższa wśród populacji urodzonej za granicą niż wśród populacji urodzonej w na miejscu w Europie. Pacjenci zainfekowani pochodzą głównie z Azji, Afryki i Europy (poza UE)[[78]](#footnote-78). w krajach europejskiego biura WHO, gdzie dane służb nadzorujących występowanie gruźlicy zawierają informację o statusie migracyjnym osoby chorej na gruźlicę, średni procent wszystkich przypadków zdiagnozowanych wśród ludzi pochodzących z zagranicy w 2008 wynosił powyżej 20%[[79]](#footnote-79); w niektórych krajach był zaś o wiele wyższy[[80]](#footnote-80).

#### Inne choroby zakaźne

W raporcie ECDC wspomnianym uprzednio[[81]](#footnote-81) również przedstawiono wnioski, że wyższe ryzyko wystąpienia wirusowego zapalenia wątroby typu B, malarii i choroby Chagasa może mieć wpływ na pewne grupy migrantów. Nie znaleziono jednakże podwyższonego ryzyka zakażenia rzeżączką i kiłą, i nie ma przekonujących dowodów dotyczących odry, różyczki i zapalenia wątroby typu C.

ECDC w szerokim stopniu zbadał przeszkody na drodze do objęcia szczepieniami MMR (odra, świnka, różyczka) trudno osiągalnych populacji na poziomie Europy.[[82]](#footnote-82) Zidentyfikowano następujące główne bariery: dyskryminacja, problemy finansowe i administracyjne, przeszkody natury językowej lub trudności z czytaniem i pisaniem, brak wiedzy kulturowej, brak wiedzy o zdrowiu i szczepieniach, przekonania religijne, fatalistyczne podejście do życia lub zniekształcona percepcja ryzyka w odniesieniu do szczepionek i chorób, którym można by zapobiec przez szczepienia, pomiędzy pewnymi osobami i grupami.

Projekt WE - **AURORA**[[83]](#footnote-83)promuje wykorzystywanie sprawdzonych technik prewencji zapadalności na raka szyjki macicy, poprzez wymianę informacji i ekspertyz na poziomie europejskim. w trakcie pracy nad projektem oceniono programy szczepień przeciwko HPV w pięciu krajach uczestniczących (Włochy, Grecja, Słowenia, Łotwa i Rumunia); zaobserwowano, że wdrożenie kampanii informacyjnych wydziałów zdrowia publicznego przygotowujących ludność na programy szczepień była kluczem ich powodzenia lub niepowodzenia.[[84]](#footnote-84)

Inne projekty na poziomie Europy dotyczące  ochrony szczepiennej oraz obecności poszczególnych programów lub uregulowań wspierających ochronę szczepienną dla migrantów i grup nomadycznych, to projekt **EpiSouth i**projekt **Promovax** :

* Podczas prac nad projektem **Episouth**[[85]](#footnote-85) zaobserwowano, że z 26 uczestniczących krajów w basenie Morza Śródziemnego i w Bałkanach, 20 nie miało konkretnych regulacji wspierających programy szczepienne dla migrantów i grup nomadycznych, podczas gdy 12 krajów zgłosiło obecność specjalnych programów promujących ochronę szczepienną pomiędzy tymi grupami. Ponadto, wykazano, że nawet jeżeli legalni migranci mają takie same uprawnienia do szczepionek jak ogólna populacja, to w 18 z 22 krajów, które odpowiedziały, rozpowszechnianie szczepionek i ich przyjmowanie było jednak bardzo sporadyczne, szczególnie pomiędzy niektórymi grupami, np. Romami czy migrantami o nieudokumentowanym statusie. Wyniki badań obejmują identyfikację wielu barier dla szczepień.
* Cele projektu **Promovax** obejmowały poprawę stanu bazy danych na temat barier dla ochrony szczepiennej oraz opracowanie zaleceń dla osób tworzących politykę szczepienną dla trudno dostępnych grup, włącznie z migrantami.[[86]](#footnote-86) Zestaw narzędzi dla pracowników służby zdrowia opracowany jako część projektu ma na celu przyczynienie się do szerokiego rozpowszechniania informacji dotyczących szczepień wśród trudno osiągalnych grup, poprzez zaoferowanie pomocy pracownikom służby w ocenie potrzeb immunizacyjnych tej grupy i, w efekcie, podniesienie odsetka ludzi zaszczepionych.[[87]](#footnote-87)

Według WHO Europe, *“bieda i wykluczenie społeczno-ekonomiczne odgrywają dużą rolę w naturalnej historii tych infekcji. Ekspozycja i przekazywanie jest nasilone wśród biednych, wśród osób, którzy żyją w zatłoczonych mieszkaniach o obniżonym standardzie, wśród osób, którzy mają zaburzenia odżywiania się i wśród osób z ograniczonym wykształceniem, lub dostępem do kroków zapobiegawczych.”[[88]](#footnote-88)*

**Slajd 30:** **Zdrowie psychiczne**

Fundamentalną kwestią wpływającą na wyniki badań związanych z problemami ze zdrowiem psychicznym migrantów i mniejszości etnicznych jest fakt, że kultury różnią się w sposobie, konceptualizacji problemów, rozpoznawania ich typów oraz w sposobie wyrażania stresu i niemożności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami[[89]](#footnote-89). Podczas gdy obecność lub brak chorób fizycznych może być zdiagnozowany na podstawie obiektywnych wskaźników biologicznych, diagnoza psychiatryczna musi polegać na interpretacji i osądzie[[90]](#footnote-90). Zatem należy wziąć pod uwagę odpowiednie zróżnicowanie cross-kulturowe, a baza dowodowa w tym obszarze nie jest dobrze opracowana.

#### Depresja i zaburzenia lękowe

Te tak zwane ‘powszechne choroby psychiczne’ są często trudne do odróżnienia od “normalnych reakcji na anormalne sytuacje”. Wiadomo również, że upośledzenie społeczne i niższy status społeczno-ekonomiczny są kojarzone z depresją, ale z drugiej strony nie jest jasne, ile z tych problemów występujących wśród migrantów można by wyjaśnić takimi terminami. Niektóre badania[[91]](#footnote-91) wykazały, że zaobserwowana dyskryminacja lub rasizm mogą podnieść odsetek powszechnie występujących chorób psychicznych.

#### Schizofrenia i powiązane zaburzenia psychotyczne

Chociaż ogólne występowanie tych zaburzeń jest niskie (około 1%), podwyższony odsetek występowania zaobserwowano w niektórych grupach migrantów. Wiele badań w UK, Holandii, Szwecji i Danii wykazało, że młodzi mężczyźni z krajów nie-zachodnich są szczególnie narażeni[[92]](#footnote-92).

#### Pourazowy zespół stresu (PTSD) i problemy zdrowia psychicznego uciekinierów

Często zakładamy, że głównym problemem ze zdrowiem psychicznym uciekinierów i poszukujących azylu są pourazowe zaburzenia będące wynikiem strasznych przeżyć w ich krajach pochodzenia. Chociaż meta-analiza[[93]](#footnote-93) wykazała tych problemów u 9% uciekinierów, który to odsetek jest dziesięciokrotnie wyższy niż w populacji ogólnej, inna meta-analiza[[94]](#footnote-94) dowiodła, że odsetek depresji był dwukrotnie wyższy pomiędzy uciekinierami niż pomiędzy robotnikami-migrantami (44% vs 20%). Te same dane uzyskano dla zaburzeń lękowych (40% vs 21%). Problemy ze zdrowiem psychicznym wśród uciekinierów są zatem nie tylko spowodowane po prostu przez pourazowe reakcje na stres. Ponadto, pochodzenie tych problemów może leżeć nie w kraju pochodzenia, ale w doświadczeniach nabytych podczas ucieczki lub procedury aplikacyjnej o azyl[[95]](#footnote-95).

**Slajd 31:** **Zdrowie matki i dziecka**

Migrantki są narażone na wyższe ryzyko zgonu przy porodzie[[96]](#footnote-96), w wielu grupach migrantów odnotowano także gorsze wyniki dotyczące niskiej wagi urodzeniowej, przedwczesnych porodów, śmiertelności noworodków, zachorowalności noworodków i wrodzonych deformacji[[97]](#footnote-97),[[98]](#footnote-98). Jednakże, odsetek martwych porodów i śmiertelności noworodków wśród grup migrantów również różni się pomiędzy różnymi krajami przyjmującymi, co może odzwierciedlać różnice pomiędzy krajami europejskimi w dostępności i jakości opieki zdrowotnej dla kobiet ciężarnych w tych grupach.[[99]](#footnote-99) w odniesieniu do badań skriningowych różnych typów raka takich jak rak szyjki macicy i rak piersi, odsetek badań skriningowych pomiędzy różnymi grupami mniejszości etnicznych różni się znacząco.

Bieda często ogranicza dostęp do usług medycznych w zakresie rozrodczości oraz programów profilaktycznych i promocji zdrowia (badania skriningowe, opieka po diagnozie, badania prenatalne oraz usługi położnicze), zatem zwiększa się ryzyko efektów niepożądanych[[100]](#footnote-100).

Komplikacje położnicze związane z okaleczeniem żeńskich genitaliów lub wycinaniem łechtaczki (FGM) również stanowią wyzwanie dla świadczeniodawców. Wymaga to specjalistycznej wiedzy o potencjalnych ryzykach zdrowotnych dla matki i dziecka w kontekście prawnym i etycznym, oraz najbardziej efektywnych sposobów na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych kobiet poddanych temu procederowi lub nim zagrożonych; wszystko to w celu zapewnienia wykwalifikowanej pomocy oraz skutecznej prewencji występowania FGM, oraz radzenia sobie ze skutkami okaleczenia.

Z powodu niskiej zgłaszalności i braku odpowiednich danych porównawczych, nie ma dokładnych danych o występowaniu FGM w Europie. Jednakże tysiące kobiet i dziewczynek w Europie żyje ze skutkami FGM lub są narażone na ryzyko poddania się temu procederowi w kraju europejskim, w Afryce lub na Bliskim Wschodzie.[[101]](#footnote-101) Największe grupy kobiet i dziewcząt pochodzących z krajów, w których praktyka FGM jest szeroko rozpowszechniona mieszkają w następujących krajach UE: Austria, Belgia, Dania, Niemcy, Hiszpania, Finlandia, Francja, Irlandia, Włochy, Holandia, Portugalia, Szwecja i Wielka Brytania.[[102]](#footnote-102) Skutki zdrowotne FGM są dobrze udokumentowane. Naukowcy wiążą FGM ze zwiększonym ryzykiem komplikacji podczas porodu, np. przedłużająca się akcja porodowa, obrażenia położnicze, krwotok położniczy i trudny poród.*[[103]](#footnote-103)* Szczególnie położne powinny być szkolone, jak przygotować się na potencjalne komplikacje porodowe związane z FGM.

Według WHO Europe: *“Migrantki- kobiety i dziewczęta, szczególnie te będące przedmiotem handlu, zmuszone do ucieczki od konfliktów lub wysiedlone, są często ofiarami przemocy zależnej od ich płci”[[104]](#footnote-104).*

### BHP

Jest to jeszcze jeden obszar, w którym migranci są narażeni na zwiększone ryzyko dla zdrowia. Wielu migrantów pracuje w tzw. zawodach “3D” – “dirty, demanding and dangerous – brudne, ciężkie i niebezpieczne”[[105]](#footnote-105). Według najnowszego badania w tym zakresie[[106]](#footnote-106), robotnicy migranci doświadczają wyższego odsetka wypadków przemysłowych, urazów i chorób zawodowych. Z powodu ich niepewnych warunków zatrudnienia i bardziej utrudnionego dostępu do usług zdrowotnych, wiele przypadków chorób zawodowych może być niezgłoszonych i nieleczonych.

*Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Higieny Pracy* (OSHA) bada wyzwania, na które narażeni są migranci, o udokumentowanym oraz o nieudokumentowanym statusie, ich pracodawcy i współpracownicy, w sektorze opieki zdrowotnej i wyszczególnia następujące obszary jako wymagające specjalnej uwagi w zakresie BHP: kulturowe (np. związane z trudnościami językowymi), bariery w komunikacji i szkoleniu BHP; częste występowanie pracy w nadgodzinach i związane z tym ryzyko wypadków i słabego zdrowia robotników migrantów; i współpraca oraz przywództwo w zespołach wielokulturowych oraz pomoc w kwestiach różnorodności kulturowej w pracy.[[107]](#footnote-107)

**Slajd 32:** **Potrzeby i częste typy problemów zdrowotnych mniejszości etnicznych.**

Romowie mają znacznie gorszy profil zdrowotny w porównaniu z nie-Romami. Średnio, Romowie są oceniani jako osoby żyjące o około 10 lat krócej niż nie-Romowie.[[108]](#footnote-108) Jednakże, śmiertelność i oczekiwana długość życia różnią się między krajami i wewnątrz krajów, jak i w ramach różnych grup zaliczanych do populacji Romskich. Na przykład, szacunki w Austrii sugerują odsetek umieralności o 14% wyższy dla Romów na poziomie regionalnym niż dla reszty kraju. Odsetek umieralności był dwa do trzech razy wyższy wśród źle zintegrowanych Romów mieszkający na osiedlach z kiepskimi warunkami bytowymi w Słowacji niż wśród Romów dobrze zintegrowanych, a wyższy odsetek umieralności wśród noworodków zaobserwowano w Bułgarii, Słowacji, na Węgrzech i w Republice Czeskiej.[[109]](#footnote-109)

Podczas gdy genetyczne i kulturowe determinanty zdrowia oraz etniczność mogą wyjaśnić niektóre nierówności w stanie zdrowia w porównaniu do nie-Romskich populacji, znaczną rolę odgrywają również determinanty społeczne i środowiskowe, takie jak niższy dochód, złe warunki mieszkaniowe, dyskryminacja i rasizm oraz bariery w dostępie do usług zdrowotnych.[[110]](#footnote-110),[[111]](#footnote-111) Średnio, szacuje się, że Romowie żyją o około 10 lat krócej niż nie-Romowie.[[112]](#footnote-112)

Badania innych mniejszości narodowych/etnicznych są ograniczone, po części dlatego, że wiele z tych grup mniejszościowych nie jest uznanych i nie wszystkie grupy doświadczają nierówności. Jednakże lud Sami, rodzima grupa mniejszościowa na północy Norwegii, Finlandii i Szwecji, jest przedmiotem licznych badań. Wyniki badań nad samodzielnym postrzeganiem stanu zdrowia w ramach **projektu SAMINOR** (badanie populacji pod kątem zdrowia i warunków życia w okręgach zamieszkałych zarówno przez Sami i Norwegów w Norwegii) wskazały, że respondenci Sami zgłosili, że pozostają w gorszym zdrowiu niż norwescy respondenci, przy czym kobiety Sami zgłaszały gorszy stan zdrowia częściej niż mężczyźni. Dodatkowe wyniki obejmowały doświadczenia dyskryminacji w zetknięciu się z usługami zdrowotnymi (szczególnie zgłaszane są one przez kobiety Sami) oraz barierę językową.[[113]](#footnote-113)

**Slajd 33:**

**Choroby niezakaźne**

Badania sugerują, że występowanie chorób przewlekłych takich jak choroby sercowo-naczyniowe, cukrzyca, otyłość, nadciśnienie i astma jest wyższe w populacjach Romskich niż nie-Romskich.[[114]](#footnote-114),[[115]](#footnote-115) Płeć i wiek odgrywają ważną rolę, a Romki doświadczają wyższego występowania niektórych z powyższych problemów zdrowotnych niż Romowie. Wyniki UNDP wykazały, że Romowie w wieku 65 lat doświadczyli drastycznego wzrostu zapadalności na choroby przewlekłe i ich powikłania niż nie-Romowie (70% a 56%, odpowiednio).[[116]](#footnote-116) Jeżeli chodzi o społeczne determinanty zdrowia, czynniki kojarzone z biedą, takie jak złe warunki mieszkaniowe, uboga dieta i niedożywienie są podawane przez Raport o Zdrowiu Romów jako potencjalnie prowadzące do chorób przewlekłych, takich jak otyłość, nadciśnienie, cukrzyca i choroby sercowo-naczyniowe. Według tego samego raportu, czynniki związane ze złymi warunkami mieszkaniowymi, takimi jak wilgotne, zimne i złej jakości mieszkania mogą przyczynić się do chorób układu oddechowego oraz chorób układu mięśniowo-szkieletowego. Poza wyżej wymienionymi skutkami biedy i złych warunków mieszkaniowych, czynniki związane ze stylem życia, takie jak palenie, korzystanie z narkotyków i alkoholu oraz ograniczona aktywność fizyczna zostały uznane za wpływające na warunki zdrowotne.

**Choroby umysłowe**

Zasugerowano negatywny wpływ niskiego statusu społeczno-ekonomicznego Romów na zdrowie psychiczne, odnotowano również wpływ dyskryminacji i rasizmu na zdrowie psychiczne.[[117]](#footnote-117) Ponadto, jeśli chodzi o prewencję i opiekę w ramach zdrowia psychicznego i dobrego samopoczucia, wśród populacji Romów takie kwestie jak np. ważna rola rodziny czy powiązań społecznych uznane zostały za istotne przy opracowywaniu i wdrażaniu interwencji.[[118]](#footnote-118),[[119]](#footnote-119)

**Choroby zakaźne**

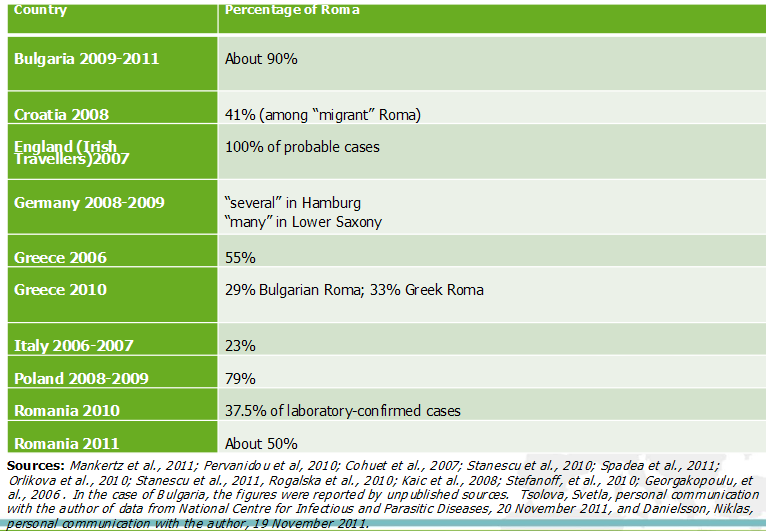
Badania wskazują na istnienie wyższego odsetka występowania chorób zakaźnych takich jak odra, żółtaczka zakaźna typu A, jak i wyższe ryzyko wybuchu epidemii chorób zakaźnych, zwłaszcza wśród Romów żyjącym w warunkach segregacji. Dostępne dane o szczepieniach wykazują, że z wyjątkiem Chorwacji, Węgier o Republiki Czeskiej, ogólny odsetek osób objętych szczepieniami w dzieciństwie w Europie jest niższy lub znacznie niższy w populacjach Romskich. Ograniczona ilość istniejącego materiału dowodowego dotycząca odsetka przejścia z fazy HIV do rozwinięcia się AIDS wskazuje na szybszą progresję choroby.[[120]](#footnote-120)

Nowsze dane w obszarze chorób zakaźnych wskazują na determinanty zdrowia, które prowadzą do wyższych wskaźników zachorowalności na pewne choroby zakaźne w populacjach Romskich. Badania te wskazują na czynniki związane z niskim statusem społeczno-ekonomicznym i warunkami życia kojarzonymi z biedą i innymi społeczno-ekonomicznymi determinantami takimi jak dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, jako możliwymi wyjaśnieniami.[[121]](#footnote-121) w wynikach badań usilnie zaleca się potrzebę celowanych interwencji profilaktycznych i opiekuńczych w celu zmniejszenia marginalizacji, która, jak się dowodzi, prowadzi do narkomanii i przestępstw, i do poprawienia warunków życia i wskaźników przeżywalności dla osób żyjących z chorobami zakaźnymi.[[122]](#footnote-122),[[123]](#footnote-123)

Według HCDCP[[124]](#footnote-124) zwiększona liczba zakażeń zapaleniem wątroby typu A została zauważona wśród Romów od początku roku 2013 w Grecji. Zgłoszone ogniska i zbitki przypadków głównie dotyczą obozów. Zapadalność na nowe przypadki pomiędzy Romami trwała w roku 2014. Inne badanie[[125]](#footnote-125) sugeruje uniwersalne szczepienie dzieci romskich i poprawienie warunków w obozach Romów jako podejście, które się opłaci.

Przegląd grup dotknięty skutkami rozprzestrzeniania się odry w Europie w latach 2005–2009[[126]](#footnote-126) identyfikuje osoby podatne na odrę jako uprzednio niezainfekowane i niezaszczepione. Powody nieszczepienia sięgają od braku informacji do niewystarczającego dostępu do opieki zdrowotnej. Roma, Sinti, Koczownicy i migranci zostali zidentyfikowani pomiędzy innymi grupami, jako szczególnie narażeni na ryzyko. Miejsca publiczne, w których najczęściej występowało ryzyko zakażenie obejmowały głównie szkoły i ośrodki zdrowia. Inne dokumenty z badania[[127]](#footnote-127) zaświadczają, że istnieje wpływ masowych szczepień w zapobieganiu dalszego rozprzestrzeniania odry w społeczności Romów i otaczającej populacji.

**Najnowsze ogniska zakażeń odrą wśród Romów**[[128]](#footnote-128)



**Determinanty zdrowia**

Według badań Romowie mają niski poziom edukacji i umiejętności, często prowadzący do długotrwałego bezrobocia i wzrastających poziomów biedy.[[129]](#footnote-129) Romom generalnie brakuje odpowiednich warunków do życia; przypadki najbardziej zatłoczonych lokali zgłoszono na Słowacji i na Węgrzech[[130]](#footnote-130). Wielu Romów mieszka w zmarginalizowanych wspólnotach z ograniczonym dostępem do podstawowych świadczeń[[131]](#footnote-131). Zwłaszcza dzieci romskie napotykają wiele barier próbując uzyskać dostęp do opieki społecznej.[[132]](#footnote-132) Dyskryminacja, rasizm, wykluczenie, na które narażona jest ta społeczność, są silnymi determinantami zdrowia. Na podstawie tych znanych czynników zostały sformułowane rekomendacje w celu znalezienia zintegrowanych rozwiązań wielosektorowych.[[133]](#footnote-133),[[134]](#footnote-134)

W przypadku ludności **Sami**, badania wykazały, że podczas gdy ich zdrowie różni się nieco od zdrowia większości populacji, jednym znaczącym czynnikiem ryzyka jest ich sposób zarabiania na życie, mianowicie hodowla reniferów. Czynność ta jest niebezpieczna i prowadzi do zaobserwowanych wyższych odsetek obrażeń wypadków związanych z hodowlą tych zwierząt.[[135]](#footnote-135)

Praca w kierunku radzenia sobie ze społecznym i ekonomicznym wykluczeniem, z którym żyje wiele etnicznych mniejszości, a zwłaszcza Romów, koncentruje się na zwalczaniu dyskryminacji opartej na płci, pochodzeniu rasowym i etnicznym, religii lub przekonaniach, niepełnosprawności, wieku lub orientacji seksualnej (np. **Dekada Włączenia Romów**). Strategie zwiększania uczestnictwa w rynku pracy i uczestnictwa w życiu społecznym, kulturalnym i politycznym znajdują w centrum inicjatyw europejskich mających na celu ochronę socjalną i włączenie społeczne (np. Traktat Lizboński, od roku 2009, potwierdził znaczenie walki ze społecznym wykluczeniem i dyskryminacją).

**Slajd 34:** Dziękujemy za uwagę.

**Slajdy 35-39:** Literatura

1. **Literatura**

**Literatura zalecana:**

Mock-Muñoz de Luna C, Ingleby D, Graval E, Krasnik A. Synthesis Report. MEM-TP, Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and enthnic minorities, including the Roma. Granada, Copenhagen: Andalusian School of Public Health, University of Copenhagen, 2015a. Available at: <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. Appendices I-VI, Synthesis Repport. MEM-TP, Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorties , including the Roma. Granada, Copenhagen: Andalusian School of Public Health, University of Copenhagen, 2015b. Available at: <http://www.mem-tp.org/pluginfile.php/620/mod_resource/content/1/MEM-TP_Synthesis_Report_Appendices_I-VI.pdf>

Ingleby D. Ethnicity, Migration and the ‘Social Determinants of Health’ Agenda. Psychosocial Intervention 2012;21(3):331-341. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113205591270087X>

Marmot M, Allan J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P, on behalf of the Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet 2012;380(15):1011-1029. Available at: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2961228-8/abstract>

ECDC (2014) Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA. European Centre for Disease Prevention and Control. Available at: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/assessing-burden-disease-migrant-populations.pdf>

Roma Health Report. European Commission, Health and Consumers. <http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/roma-health-report-2014_en.pdf>

Makówka A., Paradowska-Stankiewicz I., Szenborn L., i in. (2014) Measles outbreak among Roma people in Wrocław, Poland, 2012. Pol. J. Microbiol., 63 (4), s. 457 - 460. Temat publikacji – wśród populacji Romów zamieszkujących na terenie Wrocławia odnotowano w r. 2012 (wiosna-lato) aż 15 przypadków zachorowań na odrę.

Mensah M.T. (2011) Effects of different cultural background among students studying in an English medical program in Poznan. Prog. Health Sci.,1 (2), s.18-38 Badanie stawiało sobie za cel sprawdzenie, czym uwarunkowane jest przeżywanie szoku kulturowego przez studentów o różnym pochodzeniu etnicznym, którzy studiowali medycynę na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu.

**Literatura w języku polskim:**

Brudkiewicz P. Raport oceniający stan zdrowia obcokrajowców przebywających w ośrodkach pobytowych Urzędu ds. Repatriacji i Cudzoziemców oraz ich dostęp do diagnostyki i leczenia. Propozycje zmian organizacji opieki zdrowotnej nad obcokrajowcami w ośrodkach. <http://mighealth.net/pl/images/8/8f/Uchodzcy_raport.pdf>

Kostrzanowska Z. (2010) uwarunkowania zachowań zdrowotnych oraz reakcja na chorobę, w: Krajewska-Kułak, E., Wrońska, I., Kędziora-Kornatowska K.,  (red.) Problemy wielokulturowości w medycynie. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL, s. 123-136.

Koval'J., Mrosková S., Magurová D. (2012) Odżywianie się dzieci romskich i jego wpływ na niektóre wskaźniki zdrowia. Medycyna Środowiskowa, 15(1), s. 69-74.

Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R. (2010) Wielokulturowość społeczeństwa polskiego, w: Krajewska-Kułak, E., Wrońska, I., Kędziora-Kornatowska K.,  (red.) Problemy wielokulturowości w medycynie. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL, s. 79-91.

Kucharska J. (2012). Problemy psychiczne w grupach mniejszości etnicznych i narodowych. Psychiatr. Pol., 46 (3) s.451-459.

Leźnicka M., Klawe J. (2012) Jak Romowie zamieszkujący województwo kujawsko-pomorskie oceniają swój stan zdrowia? Probl. Hig. Epidemiol.,93 (2), s.341-346. Celem pracy było zebranie informacji dotyczących samooceny stanu zdrowia Romów zamieszkujących województwo kujawsko-pomorskie.

Leźnicka M. (2010) Sytuacja zdrowotna społeczności romskiej województwa kujawsko-pomorskiego. [praca doktorska]. Uniwersytet Mikołaja Kopernika Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy.

Łysienia M. (2015) Cudzoziemcy w Polsce. Podręcznik dla funkcjonariuszy publicznych. Warszawa: Helsińska Fundacja Praw Człowieka.

<http://programy.hfhr.pl/prawacudzoziemcow/wp-content/uploads/2014/09/CUDZOZIEMCY-W-POLSCE_ebook.pdf> W podręczniku w jasny i przejrzysty sposób zostały opisane wszystkie formy legalizacji pobytu cudzoziemców w Polsce, tj. wizy, zezwolenie na pobyt czasowy, zezwolenie na pobyt stały i na pobyt rezydenta długoterminowego UE, status uchodźcy i ochrona uzupełniająca, zgoda na pobyt ze względów humanitarnych i zgoda na pobyt tolerowany. Opisano także sytuację prawną cudzoziemców, których pobyt w Polsce jest niezarejestrowany. Dodatkowo zostały w nim omówione: podstawowe zagadnienia z zakresu wielokulturowości, systemowe narzędzia integracyjne, inicjatywy lokalne oraz potrzeba podnoszenia kompetencji międzykulturowych funkcjonariuszy publicznych w celu wspierania procesu integracji migrantów w Polsce*.*

Piłat M. (2007) Konsekwencje cierpień spowodowanych wojną i prześladowaniami, w: Piłat M. red. (2007). Rozpocząć nowe życie. Wybrane zagadnienia z zakresu problematyki uchodźczej.  
<http://www.old.caritas.pl/zalacznik.php?id=82>

Piłat M., (2012) Zachowania anty- i prozdrowotne. Longitudinalne badania małoletnich uchodźców w Polsce, w: Analiza współczesnych zjawisk społecznych. Zachowania ryzykowne, red. G. E. Kwiatkowska, I. Siudem, Lublin, 215-230.

Piłat M., (2013) Kulturowe aspekty uzależnień. Raport z badań uchodźców szukających schronienia w Polsce, w: Oblicza uzależnień: terapia jako przywracanie wolności, red. W. P. Poleszak, Lublin, 205-223.

Stanisz A. „Regresja logistyczna”, Medycyna Praktyczna 2002, <http://www.mp.pl/artykuly/11813> (dostęp: sierpień 2015)

Weigl B., Różycka M. red. (2011). Romowie 2011. Życie na pograniczu. Warszawa: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej. <http://psych.uw.edu.pl/mikk/teksty/2011%20-%20CYGAN,%20ROM,%20RUMUN%20-%20Weigl,%20Formanowicz,%20Winiewski.pdf>

W trosce o pracę – raport UNDP, <http://www.unic.un.org.pl/nhdr/nhdr2004/roz12_hdi.pdf> (dostęp: sierpień 2015)

Zalewska-Puchała J., Majda A., Śmiałek D. (2013) Zachowania zdrowotne studentów pochodzących z Tajwanu studiujących w Polsce. Probl. Pielęg, 21 (3), s.374-381

Zalewska-Puchała J., Majda A., Antończyk A. (2013) Zachowania zdrowotne studentów pochodzenia wietnamskiego studiujących w Polsce. Probl. Pielęg, 21 (3), s.367-373.

Ząbek M. (red.) Między piekłem a rajem. Problemy adaptacji kulturowej uchodźców i imigrantów w Polsce. Warszawa: Wydawnictwo Trio, Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej Wydziału Historycznego UW.

Ząbek M., Łodziński S. (2008). Uchodźcy w Polsce. Próba spojrzenia antropologicznego. Badania finansowane ze środków EFS w ramach Inicjatywy Wspólnotowej EQUAL. Warszawa. <https://pl.scribd.com/doc/47601811/Uchodzcy-w-Polsce> (pełna wersja wymaga subskrypcji; w rozdziale VII znajduje się omówienie, jakie problemy ze zdrowiem mają uchodźcy przebywający w ośrodku dla uchodźców).

**Zalecany materiał audiowizualny:**

Poznajmy się – reportaż o imigrantach w Polsce (dostępny również w wersji angielskiej): <https://www.youtube.com/watch?v=l1P1xXafT8Q>

Życie w ośrodku dla uchodźców w Polsce (Centrum Pomocy Prawnej): <https://www.youtube.com/watch?v=rKhpvv_tjrs> (relacja z ośrodka dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Lininie oraz sonda uliczna na temat uchodźców, przeprowadzona w Polsce).

Zestaw materiałów na temat wielokultorowości przygotowanych w ramach projektu „Moda na wielokulturowość” (internetowa telewizja edukacyjna; przykładowe tematy: Polityka migracyjna w Polsce, odcinki poświęcone poszczególnym grupom migrantów):

http://www.obywatelska.org.pl/?telewizja,102

**Literatura uzupełniająca:**

Newland, K. (2009). Circular Migration and Human Development, Human development research paper 2209/42, UNDP

Vertovec, S. (2010). Towards post-multiculturalism? Changing communities, conditions and contexts of diversity. International Social Science Journal, 61: 83–95.

IOM (2008) World migration 2008, Managing labour mobility in the evolving global economy. Geneva, IOM.

UNHCR (2014), Asylum Trends 2013. Levels and Trends in Industrialized Countries. New York: United Nations High Commissioner for Refugees.

Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). Migration and health of migrants. In: Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

<http://picum.org/en/our-work/who-are-undocumented-migrants/>

Düvell F (2009). Irregular migration in northern Europe: overview and comparison. Oxford, University of Oxford Centre on Migration, Policy and Society

Flanders, O.A. (2011). Immigration to EU Member States down by 6% and emigration up by 13% in 2008. Eurostat, available at <http://bit.ly/1tRsWGm>

Kouta, C., Kaite, C. (2012). Health issues among female migrant domestic workers.In: Ingleby, D., et al (eds). Health inequalities and risk factors among migrants and ethnic minorities, Vol. 1. COST Series on Health and Diversity. Antwerp: Garant Publishers.

Yamamoto, D.H. (2013). Health Care Costs – From Birth to Death. Schaumburg, Illinois: Society of Actuaries. <http://www.healthcostinstitute.org/files/Age-Curve-Study_0.pdf>

Salway, S., et al (2011). Contributions and challenges of cross-national comparative research in migration, ethnicity and health: insights from a study of maternity experiences and outcomes. BMC Public Health, 11:514.

The lancet Commission Culture and Health (2014) Lancet 2014; 384: 1607–39 available at http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2 (retrieved December 19, 2015)

Kallayova, D., Bosak, L. (2012) Improvement of health services for Roma communities in Slovakia. In: Ingleby, D. et al (eds.) Inequalities in Health Care for Migrants and ethnic minorties. COST Series on Health and Diversity. Antwerpen: Garant Publishers.

OSF, 2010. No Data—No Progress. Country Findings. Data Collection in Countries Participating in the Decade of Roma Inclusion, 2005–2015. <http://osf.to/1uyswGX>

Eurofound (2013). Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU, Dublin.

Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). Migration and health of migrants. In: Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Gimeno-Feliu LA, Calderon-Larranaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A. The healthy migrant effect in primary care. Gac Sanit. 2014.

Reeske, A. and Spallek, J. (2012) Obesity among migrant children and adolescents: a life-course perspective on obesity development. In: Ingleby, D., Krasnik, A., Lorant, V. & Razum, O. (Eds.) Health inequalities and risk factors among migrants and ethnic minorities . COST Series on Health and Diversity, Volume i (pp. 237-256). Antwerp/Apeldoorn: Garant

Jack, R.H., Davies, E.A. & 1 Møller, H. (2011) Lung cancer incidence and survival in different ethnic groups in South East England. British Journal of Cancer 105, 1049–1053.

Singh, S.P. and Burns, T. (2006) Race and mental health: there is more to race than racism. British Medical Journal, 333(7569): 648–651.

CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on the Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization

Dahlgren G & Whitehead M (1991) Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Future Studies, Stockholm.

Ingleby, J.D. (2014) Social determinants of migrants' health. Presentation at workshop entitled "Health Impact Assessment: a tool to support healthier decision-making." EUPHA 5th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health, April 2014

Sainsbury, D. (2012) Welfare States and Immigrant Rights: The Politics of Inclusion and Exclusion. Oxford: Oxford University Press.C entre for Maternal and Child Enquiries (2011). Saving Mothers’ Lives: Reviewing deaths to make motherhood safer: 2006–2008. BJOG, 118(s1):1–203.

Migrant and Ethnic Health Observatory (MEHO). Website: http://www.meho.eu.com/ (temporarily unavailable)

Vandenheede, H. et al. (2012). Migrant mortality from diabetes mellitus across Europe: the importance of socio-economic change. European Journal of Epidemiology 27, 109–117.

Devillé w et al. (2006). Perceived health and consultation of GPs among ethnic minorities compared to the general population in the Netherlands. In: Westert GP, Jabaaij L, François G, eds. Morbidity, performance and quality in primary care. Oxford, Radcliffe Publishing Ltd:85–96.

Kunst, A., Stronks, K. and Agyemang, C. (2011) Non-communicable diseases. In: Rechel et al. (2011), op. cit., 101-120; Carballo. M. (2009a). Non-communicable diseases. In: Fernandes, A., Pereira Miguel, J., eds. (2009). Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society. Lisbon, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge:71–81

Muscat, MD (2011). Who Gets Measles w Europie ?. The Journal of Infectious Diseases 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). Obesity and cardiovascular disease risk among Turkish and Moroccan migrant groups w Europie : a systematic review. Obesity Reviews 13, 2–16.

Bhopal RS, Rafnsson SB, Agyemang C, et al . (2011). Mortality from circulatory diseases by specific country of birth across six European countries: test of concept. 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). Sizable variations in circulatory disease mortality by region and country of birth in six European countries. Eur J Public Health, 23 (4) 594 - 605.

Vandenheede, H. et al. (2012). Migrant mortality from diabetes mellitus across Europe: the importance of socio-economic change. European Journal of Epidemiology 27, 109–117.

Nørredam, M., Nielsen, S. and Krasnik, A. (2010). Migrants’ utilization of somatic healthcare services w Europie – a systematic review. European Journal of Public Health, 20(5): 555–63.

Berens, E-M, Spallek, J. and Razum, O, (2012). Breast cancer screening among immigrant women: do we need specific approaches in risk communication? In Ingleby, D., Krasnik, A., Lorant, V. & Razum, O. (Eds.) Health inequalities and risk factors among migrants and ethnic minorities . COST Series on Health and Diversity, Volume i (pp. 304-318). Antwerp/Apeldoorn: Garant.

Bateman-House, A., Fairchild, A. (2008). Medical Examination of Immigrants at Ellis Island. Virtual Mentor 10(4), 235-241.

Kärki T, Napoli C, Riccardo F, Fabiani M, Dente MG, Carballo M, Noori T, Declich S. Screening for Infectious Diseases among Newly Arrived Migrants in EU/EEA Countries-Varying Practices but Consensus on the Utility of Screening. Int J Environ Res Public Health. 2014 Oct 21;11(10):11004-14. available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4211019/> (retrieved Janueary 23, 2015)

Kärki T, Napoli C, Riccardo F, Fabiani M, Dente MG, Carballo M, Noori T, Declich S. Screening for Infectious Diseases among Newly Arrived Migrants in EU/EEA Countries-Varying Practices but Consensus on the Utility of Screening. Int J Environ Res Public Health. 2014 Oct 21;11(10):11004-14. <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. Migrant’s access to immunization in Mediterranean Countries. Health Policy 2012; 105:17– 24.

Wörmann, T., Krämer, A. (2011). Communicable diseases. In: Rechel, B. et al (eds.). Migration and health in the European Union. European observatory on health systems and policies. Open University Press.

Bhugra, D., Gupta, S. (eds.) (2006). Migration and Mental Health. London and New York: Cambridge University Press

Horwitz, A.V., Wakefield, J.C. (2006). The epidemic in mental illness: clinical fact or survey artifact? Contexts, 5(1): 19-23.

Karlsen, S. et al. (2005). Racism, psychosis and common mental disorder among ethnic minority groups in England. Psychological Medicine, 35:12:1795–1803

Ingleby, D. (2008). New perspectives on migration, ethnicity and schizophrenia. Willy Brandt Series of Working Papers in International Migration and Ethnic Relations 1/08, IMER/MIM, Malmö University, Sweden.

Fazel, M., Wheeler, J., Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. The Lancet, 365:9467:1309–1314.

Lindert, J. et al. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees – a systematic review and meta-analysis. Social Science & Medicine, 69:2:246–257.

Ingleby, D. (ed.) (2005) Forced migration and mental health: rethinking the care of refugees and displaced persons. New York: Springer.

Pedersen, G.S., Grøntved, A., Mortensen, L.H., Andersen, A.-M.N., Rich-Edwards, J, (2013). Maternal Mortality Among Migrants in Western Europe: A Meta-Analysis. Matern Child Health J 1–11.

Bollini, P., Pampallona, S., Wanner, P., Kupelnick, B., (2009). Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. Social Science & Medicine 68, 452–4

Reeske, A., Razum, O. (2011). Maternal and child health – from conception to first birthday. In Rechel et al. (2011), op. cit. , 139-144

Villadsen, S.F., et al (2010). Cross-country variation in stillbirth and neonatal mortality in offspring of Turkish migrants in northern Europe. European Journal of Public Health, 20(5):530–535.

McCauley, L.A. (2005) Immigrant workers in the United States: recent trends, vulnerable populations, and challenges for occupational health. Journal of the American Association of Occupational Health Nurses, 53(7), 313–19.

Skodova, Z. et al (2010) Psychosocial factors of coronary heart disease and quality of life among Roma coronary patients: a study matched by socioeconomic position. International Journal of Public Health; 55(5): 373-80

Monteiro, A.P. et al (2013) Promotion of mental health in Roma people: social representation of mental health and wellbeing in a Roma community. European Psychiatry: Abstracts of the 21th European Congress of Psychiatry.

Smith, D., Ruston, A. (2013) 'If you feel that nobody wants you you'll withdraw into your own’: Gypsies/Travellers, networks and healthcare utilisation. Sociology of Health and Illness, Vol. 35; 8:1196-1210.

Casals, M. et al (2011) Incidence of infectious diseases and survival among Roma population: a longitudinal cohort study. The European Journal of Public Health, 1-6.

Kallayova, D., Bosak, L. (2012). Improvements of health services for Roma communities in Slovakia. In: Ingleby, D. et al (eds.) Inequalities in Health Care for Migrants and ethnic minorties . COST Series on Health and Diversity. Antwerpen: Garant Publishers.

Rechel, B. et al (2009). Access to health care for Roma children in Central and Eastern Europe: findings from a qualitative study in Bulgaria. International Journal for Equity in Health, 8: 24.

Sjölander, P. (2009). What is known about the health and living conditions of the indigenous people of northern Scandinavia, the Sami? Global health Action 4.

Agudelo-Suárez, A.A., Ronda-Pérez, E. & Benavides, F.G. (2011). Occupational health. In: Rechel et al., op cit., 155-168.

Voko, Z. et al. (2009) Does socioeconomic status fully mediate the effect of ethnicity on the health of Roma people in Hungary? J Epidemiol Community Health; 63: 455-460.

Masseria, C., Mladovsky, P., Hernández-Quevedo, C. (2009) The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania. European Journal of Public Health, Vol. 20, No. 5: 549-554.

Hansen, K., Melhus, M., Lund, E. (2010). Ethnicity, self-reported health, discrimination and socioeconomic status: a study of Sami and non-Sami Norwegian populations. International Journal of Circumpolar Health, North America, 69.

Zeljko, H.M. et al (2013) Age trends in prevalence of cardiovascular risk factors in Roma minority population of Croatia. Economics and Human Biology 11: 326-336.

Qureshi A, Collazos F, Sobradiel N, Eiroa-Orosa FJ, Febrel M, Revollo-Escudero HW, et al. Epidemiology of psychiatric morbidity among migrants compared to native born population in Spain: a controlled study. Gen Hosp Psychiatry. 2013;35(1):93-9.

Razum O. Commentary: of salmon and time travellers--musing on the mystery of migrant mortality. Int J Epidemiol. 2006;35(4):919-21.

Razum O, Zeeb H, Akgun HS, Yilmaz S. Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect? Trop Med Int Health. 1998;3(4):297-303.

Dinca, I. (2011) Vaccine preventable diseases and the Roma. European Centre for Disease Prevention and Control. <http://www.ecdc.europa.eu/en/press/events/Documents/1111-Dinca-Vaccine-preventable-diseases-and-the-Roma.pdf>

Orlikova H, Rogalska J, Kazanowska-Zielinska E, Jankowski T, Slodzinski J, Kess B, Stefanoff P. Spotlight on measles 2010: A measles outbreak in a Roma population in Pulawy, eastern Poland, June to August 2009. Euro Surveill. 2010;15(17):pii=19550.

Hellenic Center for Disease Control and Prevention (2014) <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=5187&lang=en>

Mellou K, et al. (2015) Considerations on the Current Universal Vaccination Policy against Hepatitis A in Greece after Recent Out-breaks. PLoS ONE 10(1): e0116939. doi:10.1371/journal.pone.0116939.

Norredam M, Olsbjerg M, Petersen JH, Juel K, Krasnik A. Inequalities in mortality among refugees and immigrants compared to native Danes--a historical prospective cohort study. BMC Public Health. 2012;12:757.

Boulogne R, Jougla E, Breem Y, Kunst AE, Rey G. Mortality differences between the foreign-born and locally-born population in France (2004-2007). Soc Sci Med. 2012;74(8):1213-23.

Czapka E.A. (2010) The Health of Polish labour immigrants in Norway. A research review. Norwegian Center for Minority Health Research.

Human Development Report 2013 Summary <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2013_en_summary.pdf> (dostęp: sierpień 2015)

1. Newland, K. (2009). *Circular Migration and Human Development*, Human development research paper 2209/42, UNDP [↑](#footnote-ref-1)
2. Vertovec, S. (2010). Towards post-multiculturalism? Changing communities, conditions and contexts of diversity. *International Social Science Journal*, 61: 83–95. [↑](#footnote-ref-2)
3. Source: Eurostat [migr\_pop3ctb] [↑](#footnote-ref-3)
4. IOM (2008) World migration 2008, Managing labour mobility in the evolving global economy. Geneva, IOM. [↑](#footnote-ref-4)
5. UNHCR (2014), *Asylum Trends 2013. Levels and Trends in Industrialized Countries.* New York: United Nations High Commissioner for Refugees. [↑](#footnote-ref-5)
6. Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). Migration and health of migrants. In: *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [↑](#footnote-ref-6)
7. <http://picum.org/en/our-work/who-are-undocumented-migrants/> [↑](#footnote-ref-7)
8. Düvell F (2009). *Irregular migration in northern Europe: overview and comparison.* Oxford, University of Oxford Centre on Migration, Policy and Society [↑](#footnote-ref-8)
9. Flanders, O.A. (2011). Immigration to EU Member States down by 6% and emigration up by 13% in 2008. Eurostat, available at <http://bit.ly/1tRsWGm> [↑](#footnote-ref-9)
10. Kouta, C., Kaite, C. (2012). Health issues among female migrant domestic workers.In: Ingleby, D., et al (eds). *Health inequalities and risk factors among migrantów i mniejszości etnicznych* , Vol. 1. COST Series on Health and Diversity. Antwerp: Garant Publishers. [↑](#footnote-ref-10)
11. Yamamoto, D.H. (2013). *Health Care Costs – From Birth to Death*. Schaumburg, Illinois: Society of Actuaries. <http://www.healthcostinstitute.org/files/Age-Curve-Study_0.pdf> [↑](#footnote-ref-11)
12. Salway, S., *et al* (2011). Contributions and challenges of cross-national comparative research in migration, ethnicity and health: insights from a study of maternity experiences and outcomes. *BMC Public Health,* 11:514. [↑](#footnote-ref-12)
13. *The lancet Commission Culture and Health (2014) Lancet* 2014; 384: 1607–39 available at http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2 (retrieved December 19, 2015) [↑](#footnote-ref-13)
14. Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). Migration and health of migrants. In: *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [↑](#footnote-ref-14)
15. Kallayova, D., Bosak, L. (2012) Improvement of health services for Roma communities in Slovakia. In: Ingleby, D. et al (eds.) *Inequalities in Health Care for Migrantów i mniejszości etnicznych . COST Series on Health and Diversity. Antwerpen:* Garant Publishers. [↑](#footnote-ref-15)
16. [↑](#footnote-ref-16)
17. *Roma Health Report*. European Commission, Health and Consumers. <http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/roma-health-report-2014_en.pdf> (accessed on 25th of November, 2014). [↑](#footnote-ref-17)
18. Eurofound (2013). *Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU*, Dublin. [↑](#footnote-ref-18)
19. Migrant and Ethnic Health Observatory (MEHO). Website: <http://www.meho.eu.com/> (accessed 11th July 2014). See also Nielsen SS, Krasnik A, Rosano A. (2009) Registry data for cross-country comparisons of migrants' healthcare utilization in the EU: A survey study of availability and content*. BMC Health Serv Res*; 9:210. [↑](#footnote-ref-19)
20. Report on the implementation of the EU Framework for National Roma Integration Strategies. European Commission, Directorate-General for Justice (2014). <http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/roma_implement_strategies2014_en.pdf> (Accessed 23 February, 2015). [↑](#footnote-ref-20)
21. Tudor Hart (1971). [↑](#footnote-ref-21)
22. <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/> [↑](#footnote-ref-22)
23. Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). Migration and health of migrants. In: *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [↑](#footnote-ref-23)
24. <http://dash.sphsu.mrc.ac.uk> [↑](#footnote-ref-24)
25. Veling, W., Selten, J. P., Veen, N., Laan, W., Blom, J. D. & Hoek, H. W. (2006). Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: a four-year first-contact study. *Schizophr.Res*, 86, 189-193. [↑](#footnote-ref-25)
26. 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. [↑](#footnote-ref-26)
27. Singhammer, J. *et al* (2008). Etniske minoriteters sundhed. Partnerskabet for undersøgelse av etniske minoriteters sundhed, Center for Folkesundhed [↑](#footnote-ref-27)
28. Reeske, A. and Spallek, J. (2012) Obesity among migrant children and adolescents: a life-course perspective on obesity development. In: Ingleby, D., Krasnik, A., Lorant, V. & Razum, O. (Eds.) *Health inequalities and risk**factors among migrantów i mniejszości etnicznych .* *COST Series on Health and Diversity, Volume i*(pp. 237-256). Antwerp/Apeldoorn: Garant [↑](#footnote-ref-28)
29. Jack, R.H., Davies, E.A. & 1 Møller, H. (2011) Lung cancer incidence and survival in different ethnic groups in South East England. British Journal of Cancer 105, 1049–1053. [↑](#footnote-ref-29)
30. Bhopal, R. (2014) *op cit.* [↑](#footnote-ref-30)
31. CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. *Final report of the Commission on the Social Determinants of Health.* Geneva, World Health Organization [↑](#footnote-ref-31)
32. WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata.* Geneva, World Health Organization. [↑](#footnote-ref-32)
33. CSDH (2008). *op cit.* [↑](#footnote-ref-33)
34. Dahlgren G & Whitehead M (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health.*Institute for Future Studies, Stockholm. [↑](#footnote-ref-34)
35. WHO (2010), *op. cit.* [↑](#footnote-ref-35)
36. Ingleby, J.D. (2014) Social determinants of migrants' health. Presentation at workshop entitled "Health Impact Assessment: a tool to support healthier decision-making." EUPHA 5th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health, April 2014 [↑](#footnote-ref-36)
37. Sainsbury, D. (2012) Welfare States and Immigrant Rights: The Politics of Inclusion and Exclusion.Oxford: *Oxford University Press.* [↑](#footnote-ref-37)
38. Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). *Migration and health of migrants. In: Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe [↑](#footnote-ref-38)
39. Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). *Migration and health of migrants. In: Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe [↑](#footnote-ref-39)
40. Pascoe EA, Smart Richman L (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin,* 135:4:531–554. [↑](#footnote-ref-40)
41. Stanisz A. „Regresja logistyczna”, Medycyna Praktyczna 2002, <http://www.mp.pl/artykuly/11813> (dostęp: sierpień 2015) [↑](#footnote-ref-41)
42. W trosce o pracę – raport UNDP, <http://www.unic.un.org.pl/nhdr/nhdr2004/roz12_hdi.pdf> (dostęp: sierpień 2015) [↑](#footnote-ref-42)
43. Human Development Report 2013 Summary <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2013_en_summary.pdf> (dostęp: sierpień 2015) [↑](#footnote-ref-43)
44. Bhopal R (2009). Chronic diseases w Europie 's migrant and ethnic minorities: challenges, solutions and a vision. *European Journal of Public Health*, 19:2:140–143. [↑](#footnote-ref-44)
45. See e.g. Fennelly K (2005). The healthy migrant effect. *University of Minnesota, Healthy Generations Newsletter,* 5:3 (<http://www.epi.umn.edu/mch/resources/hg/hg_immi.pdf> , accessed 11th July 2014). Kennedy S, McDonald JT, Biddle N (2006). *The healthy immigrant effect and immigrant selection: evidence from four countries.* Hamilton, McMaster University (Social and Economic Dimensions of an Aging Population Research Papers 164; <http://ideas.repec.org/p/mcm/sedapp/164.html> , accessed 11th July 2014). [↑](#footnote-ref-45)
46. European overview: ECDC (2014) Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA. European Centre for Disease Prevention and Control; Rechel, B. et al (eds.) 2011. Migration and health in the European Union. European observatory on health systems and policies. Open University Press. [↑](#footnote-ref-46)
47. Ingleby, D. (2009) *European Research on Migration and Health.* Brussels: International Organisation for Migration. <http://www.migrant-health-europe.org/background-papers/research-on-migration-health.html> [↑](#footnote-ref-47)
48. Bhopal, R. (2014, *op. cit*), p. 135. [↑](#footnote-ref-48)
49. Ramírez, M., Ford, M.E., Stewart, A.L. and Teresi, J.A. (2005). Measurement Issues in Health Disparities Research. *Health Services Research*, 40(5), 1640-1657. [↑](#footnote-ref-49)
50. Bhopal, R. (*op. cit*), p. 142. [↑](#footnote-ref-50)
51. Mackenbach, J. P., Bos, V., Garssen, M. J., Kunst, A. E. (2005). Mortality among non-western migrants in The Netherlands. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 149(17):917-23. [↑](#footnote-ref-51)
52. Philibert, M., Deneux-Tharaux, C., Bouvier-Colle, M. (2008). Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be explained by suboptimal obstetric care? *BJOG* 115:1411–1418. [↑](#footnote-ref-52)
53. Ge, L. (2007). Saving mothers’ lives: reviewing maternal deaths to make childbirth safer - 2003–2005. London: CEMACH. [↑](#footnote-ref-53)
54. Centre for Maternal and Child Enquiries (2011). Saving Mothers’ Lives: Reviewing deaths to make motherhood safer: 2006–2008. BJOG, 118(s1):1–203. [↑](#footnote-ref-54)
55. Migrant and Ethnic Health Observatory (MEHO). Website: http://www.meho.eu.com/ (temporarily unavailable) [↑](#footnote-ref-55)
56. Vandenheede, H. *et al*. (2012). Migrant mortality from diabetes mellitus across Europe: the importance of socio-economic change. *European Journal of Epidemiology* 27, 109–117. [↑](#footnote-ref-56)
57. Website: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/eu_silc> [↑](#footnote-ref-57)
58. See e.g. Devillé w et al. (2006). Perceived health and consultation of GPs among ethnic minorities compared to the general population in the Netherlands. In: Westert GP, Jabaaij L, François G, eds. *Morbidity, performance and quality in primary care.* Oxford, Radcliffe Publishing Ltd:85–96. [↑](#footnote-ref-58)
59. See e.g. Kunst, A., Stronks, K. and Agyemang, C. (2011) Non-communicable diseases. In: Rechel et al. (2011), *op. cit*., 101-120; Carballo. M. (2009a). Non-communicable diseases. In: Fernandes, A., Pereira Miguel, J., eds. (2009). *Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society.* Lisbon, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge:71–81 [↑](#footnote-ref-59)
60. Ujcic-Voortman, J.K., Baan, C.A., Seidell, J.C., Verhoeff, A.P. (2012). Obesity and cardiovascular disease risk among Turkish and Moroccan migrant groups w Europie : a systematic review. *Obesity Reviews* 13, 2–16. [↑](#footnote-ref-60)
61. Bhopal RS, Rafnsson SB, Agyemang C, *et al* . (2011). Mortality from circulatory diseases by specific country of birth across six European countries: test of concept. *Eur J Public Health* 22:353-9. [↑](#footnote-ref-61)
62. Rafnsson, S.B., Bhopal, R.S., Agyemang, C., Fagot-Campagna, A., Harding, S., Hammar, N., Kunst, A.E. *et al*. (2013). Sizable variations in circulatory disease mortality by region and country of birth in six European countries*. Eur J Public Health* , 23 (4) 594 - 605. [↑](#footnote-ref-62)
63. Bhopal, R. (2014, *op. cit*), [↑](#footnote-ref-63)
64. Vandenheede, H. et al. (2012). Migrant mortality from diabetes mellitus across Europe: the importance of socio-economic change. *European Journal of Epidemiology* 27, 109–117. [↑](#footnote-ref-64)
65. Rechel et al (*op. cit*.), 2011 [↑](#footnote-ref-65)
66. *ibid, p. 258.* [↑](#footnote-ref-66)
67. Kolonel, L.N. and Wilkens, L.R. (2006), Migrant studies. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF Jr (eds) *Cancer epidemiology and prevention,* 3rd edn. Oxford University Press, Inc., New York, pp 189--201 [↑](#footnote-ref-67)
68. Nørredam, M., Nielsen, S. and Krasnik, A. (2010). Migrants’ utilization of somatic healthcare services w Europie – a systematic review. *European Journal of Public Health*, 20(5): 555–63. [↑](#footnote-ref-68)
69. Bateman-House, A., Fairchild, A. (2008). Medical Examination of Immigrants at Ellis Island. *Virtual Mentor 10(4), 235-241.* [↑](#footnote-ref-69)
70. ECDC (2014), *op.cit.* [↑](#footnote-ref-70)
71. Kärki T, Napoli C, Riccardo F, Fabiani M, Dente MG, Carballo M, Noori T, Declich S. Screening for Infectious Diseases among Newly Arrived Migrants in EU/EEA Countries-Varying Practices but Consensus on the Utility of Screening. Int J Environ Res Public Health. 2014 Oct 21;11(10):11004-14. available at

    <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4211019/> (retrieved Janueary 23, 2015) [↑](#footnote-ref-71)
72. ECDC (2014), *op.cit.* [↑](#footnote-ref-72)
73. Wörmann, T., Krämer, A. (2011). Communicable diseases. In: Rechel, B. et al (eds.). Migration and health in the European Union. European observatory on health systems and policies. Open University Press. [↑](#footnote-ref-73)
74. *ECDC (2014a), op cit* [↑](#footnote-ref-74)
75. *ibid* [↑](#footnote-ref-75)
76. *ibid* [↑](#footnote-ref-76)
77. *ibid* [↑](#footnote-ref-77)
78. *ibid.* [↑](#footnote-ref-78)
79. *ibid* [↑](#footnote-ref-79)
80. More information is available in Mock-Muñoz de Luna C, Ingleby D, Graval E, Krasnik A. Synthesis Report. MEM-TP, Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrantów i mniejszości etnicznych , including the Roma. Granada, Copenhagen: Andalusian School of Public Health, University of Copenhagen, 2015a.

    Mock-Muñoz de Luna C, Bodewes A, Graval E, Ingleby D. Appendices I-VI, Synthesis Repport. MEM-TP, Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrantów i mniejszości etnicznych , including the Roma. Granada, Copenhagen: Andalusian School of Public Health, University of Copenhagen, 2015b. [↑](#footnote-ref-80)
81. *ibid.* [↑](#footnote-ref-81)
82. European Centre for Disease Prevention and Control (2013a). Review of outbreaks and barriers to MMR vaccination coverage among hard-to-reach populations w Europie . Stockholm: ECDC. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/MMR-vaccination-hard-to-reach-population-review-2013.pdf> (accessed 18 February, 2015). [↑](#footnote-ref-82)
83. [www.aurora-project.eu](http://www.aurora-project.eu) (accessed 15 January, 2015) [↑](#footnote-ref-83)
84. *ibid* [↑](#footnote-ref-84)
85. EpiSouth Network (2009). EpiSouth Project: Assessment of Countries Migration Status Profile and Vaccination Access of Mobile Population. <http://www.episouth.org/outputs/wp7/WP7_9_Report_Assessment_Countries_Migration.pdf> (accessed 18 February, 2015). [↑](#footnote-ref-85)
86. <http://www.promovax.eu/index.php/promovax/main> (Accessed 18 February, 2015). [↑](#footnote-ref-86)
87. <http://www.promovax.eu/toolkits/HCW_english_web.pdf> (Accessed 18 February, 2015). [↑](#footnote-ref-87)
88. Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). *Migration and health of migrants. In: Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe [↑](#footnote-ref-88)
89. Bhugra, D., Gupta, S. (eds.) (2006). *Migration and Mental Health.* London and New York: Cambridge University Press [↑](#footnote-ref-89)
90. Horwitz, A.V., Wakefield, J.C. (2006). The epidemic in mental illness: clinical fact or survey artifact? *Contexts*, 5(1): 19-23. [↑](#footnote-ref-90)
91. *E.g*. Karlsen, S. et al. (2005). Racism, psychosis and common mental disorder among ethnic minority groups in England. *Psychological Medicine,* 35:12:1795–1803 [↑](#footnote-ref-91)
92. Ingleby, D. (2008). *New perspectives on migration, ethnicity and schizophrenia.* Willy Brandt Series of Working Papers in International Migration and Ethnic Relations 1/08, IMER/MIM, Malmö University, Sweden. [↑](#footnote-ref-92)
93. Fazel, M., Wheeler, J., Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet,* 365:9467:1309–1314. [↑](#footnote-ref-93)
94. Lindert, J. et al. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees – a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine,* 69:2*:*246–257. [↑](#footnote-ref-94)
95. Ingleby, D. (ed.) (2005) *Forced migration and mental health: rethinking the care of refugees and displaced persons.* New York: Springer. [↑](#footnote-ref-95)
96. Pedersen, G.S., Grøntved, A., Mortensen, L.H., Andersen, A.-M.N., Rich-Edwards, J, (2013). Maternal Mortality Among Migrants in Western Europe: A Meta-Analysis*. Matern Child Health* J 1–11. [↑](#footnote-ref-96)
97. Bollini, P., Pampallona, S., Wanner, P., Kupelnick, B., (2009). Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. *Social Science & Medicine* 68, 452–4 [↑](#footnote-ref-97)
98. Reeske, A., Razum, O. (2011). Maternal and child health – from conception to first birthday. In Rechel et al. (2011), op. cit. , 139-144 [↑](#footnote-ref-98)
99. Villadsen, S.F., et al (2010). Cross-country variation in stillbirth and neonatal mortality in offspring of Turkish migrants in northern Europe. European Journal of Public Health, 20(5):530–535. [↑](#footnote-ref-99)
100. Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). *Migration and health of migrants. In: Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe [↑](#footnote-ref-100)
101. Leye, E. (2006). Health care w Europie for women with genital mutilation. *Health Care for Women International*, 27:4. Pg. 362-378. [↑](#footnote-ref-101)
102. <http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/gender-violence/eliminating-female-genital-mutilation/index_en.htm> (accessed 18 February, 2015). [↑](#footnote-ref-102)
103. Berg, R.C. *et al* (2014). An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of the Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting. *Obstetrics and Gynecology International*, Volume 2014 [↑](#footnote-ref-103)
104. WHO Regional Office for Europe, *op cit*. [↑](#footnote-ref-104)
105. McCauley, L.A. (2005) Immigrant workers in the United States: recent trends, vulnerable

     populations, and challenges for occupational health. *Journal of the American Association of Occupational Health Nurses,* 53(7), 313–19. [↑](#footnote-ref-105)
106. Agudelo-Suárez, A.A., Ronda-Pérez, E. & Benavides, F.G. (2011). Occupational health. In: Rechel et al., *op cit.*, 155-168. [↑](#footnote-ref-106)
107. De Jong, *et al* (2014). Current and emerging issues in the healthcare sector, including home and community care. European Agency for Safety and Health at Work. https://osha.europa.eu/en/publications/reports/current-and-emerging-occupational-safety-and-health-osh-issues-in-the-healthcare-sector-including-home-and-community-care (Accessed 15 February 2015). [↑](#footnote-ref-107)
108. Masseria *et al* (2010). [↑](#footnote-ref-108)
109. Matrix Consulting (2014). Roma Health Report. European Commission: Consumer, Health and Food Executive Agency. [*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) *(accessed on 25th of November, 2014)* [↑](#footnote-ref-109)
110. Voko, Z. et al. (2009) Does socioeconomic status fully mediate the effect of ethnicity on the health of Roma people in Hungary*? J Epidemiol Community Health*; 63: 455-460. [↑](#footnote-ref-110)
111. Masseria, C., Mladovsky, P., Hernández-Quevedo, C. (2009) The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania. *European Journal of Public Health,* Vol. 20, No. 5: 549-554. [↑](#footnote-ref-111)
112. Masseria et al (2010). [↑](#footnote-ref-112)
113. Hansen, K., Melhus, M., Lund, E. (2010). Ethnicity, self-reported health, discrimination and socioeconomic status: a study of Sami and non-Sami Norwegian populations. International Journal of Circumpolar Health, North America, 69. [↑](#footnote-ref-113)
114. Zeljko, H.M. *et al* (2013) Age trends in prevalence of cardiovascular risk factors in Roma minority population of Croatia. *Economics and Human Biology* 11: 326-336. [↑](#footnote-ref-114)
115. Dobranici *et al* (2012). [↑](#footnote-ref-115)
116. Matrix Consulting (2014). [↑](#footnote-ref-116)
117. Skodova, Z. et al (2010) Psychosocial factors of coronary heart disease and quality of life among Roma coronary patients: a study matched by socioeconomic position. *International Journal of Public Health*; 55(5): 373-80 [↑](#footnote-ref-117)
118. Monteiro, A.P. et al (2013) Promotion of mental health in Roma people: social rePrezentacjas of mental health and wellbeing in a Roma community. *European Psychiatry: Abstracts of the 21th European Congress of Psychiatry.* [↑](#footnote-ref-118)
119. Smith, D., Ruston, A. (2013) 'If you feel that nobody wants you you'll withdraw into your own’: Gypsies/Travellers, networks and healthcare utilisation. *Sociology of Health and Illness*, Vol. 35; 8:1196-1210. [↑](#footnote-ref-119)
120. Matrix Consulting (2014). The Roma Health Report. Consumers, health and food executive agency. [↑](#footnote-ref-120)
121. Casals, M. *et al* (2011). Incidence of infectious diseases and survival among Roma population: a longitudinal cohort study. *The European Journal of Public Health*, 1-6. [↑](#footnote-ref-121)
122. *Ibid*. [↑](#footnote-ref-122)
123. *Ibid*. [↑](#footnote-ref-123)
124. Hellenic Center for Disease Control and Prevention (2014) <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=5187&lang=en> [↑](#footnote-ref-124)
125. Mellou K, et al. (2015) Considerations on the Current Universal Vaccination Policy against Hepatitis A in Greece after Recent Out-breaks. PLoS ONE 10(1): e0116939. doi:10.1371/journal.pone.0116939. Available at: [http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pone.0116939&rePrezentacja=PDF](http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pone.0116939&representation=PDF) (retrieved 4th march, 2015) [↑](#footnote-ref-125)
126. Muscat, MD (2011). Who Gets Measles w Europie ?. The Journal of Infectious Diseases 2011;204:S353–S36 <http://jid.oxfordjournals.org/content/204/suppl_1/S353.full.pdf+html> (Retrieved 4th March, 2015) [↑](#footnote-ref-126)
127. Orlikova H, Rogalska J, Kazanowska-Zielinska E, Jankowski T, Slodzinski J, Kess B, Stefanoff P. Spotlight on measles 2010: A measles outbreak in a Roma population in Pulawy, eastern Poland, June to August 2009. Euro Surveill. 2010;15(17):pii=19550. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19550> (retrieved 4th March, 2015) [↑](#footnote-ref-127)
128. Dinca, I. (2011) Vaccine preventable diseases and the Roma. European Centre for Disease Prevention and Control. <http://www.ecdc.europa.eu/en/press/events/Documents/1111-Dinca-Vaccine-preventable-diseases-and-the-Roma.pdf> (retrieved 4th march, 2015) [↑](#footnote-ref-128)
129. Matrix Consulting (2014). [↑](#footnote-ref-129)
130. *ibid* [↑](#footnote-ref-130)
131. Kallayova, D., Bosak, L. (2012). Improvements of health services for Roma communities in Slovakia. In: Ingleby, D. et al (eds*.) Inequalities in Health Care for Migrantów i mniejszości etnicznych .* COST Series on Health and Diversity. Antwerpen: Garant Publishers. [↑](#footnote-ref-131)
132. Rechel, B. *et al* (2009). Access to health care for Roma children in Central and Eastern Europe: findings from a qualitative study in Bulgaria. International Journal for Equity in Health, 8: 24. [↑](#footnote-ref-132)
133. *Ibid*. [↑](#footnote-ref-133)
134. Masseria *et al* (2010). [↑](#footnote-ref-134)
135. Sjölander, P. (2009). What is known about the health and living conditions of the indigenous people of northern Scandinavia, the Sami? Global health Action 4. [↑](#footnote-ref-135)