



fol. Marek Domański

Polska polityka zdrowotna wobec zdrowia poakcesyjnych migrantów zarobkowych i ich rodzin – wyzwania i pomysły systemowych rozwiązań

AGNIESZKA PAWLAK
UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

Abstrakt

W ostatniej dekadzie wraz z otwarciem unijnych rynków pracy dla Polaków niepomierne wzrosła liczba emigrantów zarobkowych. Poakcesyjna fala migracji zarobkowych wyróżnia się dwiema cechami, których nie obserwowaliśmy podczas wcześniejszych fal migracji zarobkowych. Po pierwsze wraz z rozwojem środków szybkiej komunikacji w czasie i przestrzeni są to głównie wyjazdy o charakterze wahadłowym. Po drugie o ile wcześniej emigrowali w dużej mierze ludzie dysponujący pewnym kapitałem społecznym i kulturowym, o tyle dziś migranci zarobkowi są bardzo zróżnicowani zarówno pod względem wieku, jak i posiadanych kompetencji językowych i zawodowych. Powyższe czynniki w dłuższym czasie rodzą szereg problemów, także natury zdrowotnej. Celem artykułu jest charakterystyka czynników ryzyka, na które narażeni są migranci zarobkowi i ich rodziny oraz stanu zdrowia migrantów zarobkowych, a także przedstawienie rozwiązań systemowych z zakresu polityki zdrowia publicznego mających na celu pomoc migrantom i ich rodzinom w sytuacji wystąpienia problemów zdrowotnych, ale także podjęcie działań o prewencyjnym charakterze.

Słowa kluczowe:

emigracja zarobkowa, migracja wahadłowa, polityka zdrowotna, czynniki ryzyka zdrowotnego.

Wstęp

Migracje zarobkowe nie są zjawiskiem nowym. W ostatniej dekadzie wraz z otwarciem unijnych rynków pracy dla Polaków niepomierne wzrosła jednak liczba emigrantów zarobkowych. Poakcesyjna fala migracji zarobkowych wyróżnia się dwiema cechami, których nie obserwowaliśmy podczas wcześniejszych fal migracji zarobkowych. Po pierwsze wraz z rozwojem środków szybkiej komunikacji w czasie i przestrzeni są to głównie wyjazdy o charakterze wahadłowym, które z czasem mogą ewoluować w migracje stałe (i tak dzieje się coraz częściej). Po drugie o ile wcześniej emigrowali w dużej mierze ludzie dysponujący pewnym kapitałem społecznym i kulturowym (znajomość języka, bycie profesjonalistą w określonej dziedzinie), o tyle dziś migranci zarobkowi są bardzo zróżnicowani zarówno pod względem wieku, jak i posiadanych kompetencji językowych i zawodowych. W przypadku poakcesyjnej migracji zarobkowej mówimy o fali a nie o strumieniu, gdyż mamy do czynienia ze zjawiskiem nieprzewidywalnym, trudnym do uchwycenia i kontroli, czasami gwałtownym, nasilającym się. Tym samym poakcesyjna migracja zarobkowa jest trudna do zbadania. Trudno też wnioskować, jak będzie się dalej rozwijać.

Powyższe czynniki i charakter poakcesyjnej migracji w dłuższym czasie rodzą wśród emigrantów szereg problemów, także natury zdrowotnej. Z jednej strony bowiem wahadłowość migracji zarobkowych powoduje problemy związane z tożsamością, osłabieniem więzi rodzinnych, poczuciem braku zakorzenienia, samotnością, społeczną izolacją, a w konsekwencji stany nerwicowe, lękowe, depresje, myśli i próby samobójcze. Z drugiej strony brak znajomości języka, brak wykształcenia skazuje wielu migrantów na proste prace fizyczne na więcej niż jednym etapie podejmowane w celu zebrania jak największej ilości pieniędzy w jak

najkrótszym czasie. Obciążenie pracą fizyczną, nie zawsze odpowiednie warunki mieszkaniowe, zła dieta, brak dostępności do opieki lekarskiej mogą powodować większe narażenie na różnego typu choroby o charakterze somatycznym.

Celem artykułu jest charakterystyka czynników ryzyka, na które narażeni są migranci zarobkowi i ich rodziny oraz stanu zdrowia migrantów zarobkowych, a także przedstawienie rozwiązań systemowych z zakresu polityki zdrowia publicznego mających na celu pomoc migrantom i ich rodzinom w sytuacji wystąpienia problemów zdrowotnych, ale także podjęcie działań o prewencyjnym charakterze.

Materiałem do analiz będą zarówno literatura przedmiotu, w tym badania na temat zdrowia migrantów, jak i własny materiał badawczy zebrany za pomocą wywiadów swobodnych z migrantami zarobkowymi.

Współczesna emigracja zarobkowa – dane statystyczne, główne trendy

Według danych *International Migration Report* z 2013 roku między 1990 a 2013 rokiem liczba migrantów wzrosła o ponad 77 mln, tj. o ponad 50%. Znaczna część tego wzrostu nastąpiła w okresie między 2000 a 2010 rokiem. Europa jako kontynent znajduje się na drugim miejscu pod względem wzrostu liczby migrantów między 1990 a 2013 rokiem. Spośród 23 mln osób migrujących w tym okresie do któregoś z krajów Europy 43% urodziło się w Europie, 22% w Azji, a 18% – w Afryce (2013). Jeśli potraktuje się wszystkich migrantów na świecie jako naród byłoby to trzeci pod względem liczebności naród na świecie po Chinach i Indiach (Zimmerman, Kiss, Hossain, 2015).

W tej ogromnej masie migrantów znajdują się również polscy migranci zarobkowi, którzy migrują głównie do krajów Europy Zachodniej, rzadziej do Stanów Zjednoczonych (Polska

w dalszym ciągu należy do grupy krajów, których obywatele chcąc udać się do Stanów Zjednoczonych muszą posiadać wizę). Ponieważ trudno o pełne dane statystyczne dotyczące wielkości poakcesyjnej migracji z Polski (różnice pomiędzy zbiorami danych wynikają z przyjęcia różnej metodologii liczenia), dlatego uznałam, że do zobrazowania wielkości migracji z Polski od jej wejścia do UE do teraz równie przydatne mogą okazać się dane z badań CBOS. W latach 1998–2008 niemal co dziesiąty dorosły Polak pracował za granicą (*Doświadczenia i plany dotyczące pracy za granicą. Komunikat z badań CBOS*, 2008). Jak wynika z szacunków, w tym okresie poza krajem pracowało lub pracuje łącznie około 4 milionów Polaków (w tym ponad milion przebywało za granicą w 2008 roku). W 2013 roku już co siódmy badany dorosły Polak (14%) przyznawał, że od wejścia Polski do Unii Europejskiej wyjeżdżał do pracy za granicę lub nadal tam pracuje (*Poakcesyjne migracje zarobkowe. Komunikat z badań CBOS*, 2013). Jednym z najpopularniejszych kierunków migracji z Polski w ostatnich latach są Wielka Brytania i Irlandia. W okresie największego natężenia wyjazdów zarobkowych, a więc pomiędzy latami 2004 a 2007 procent ogółu Polaków przebywających w Wielkiej Brytanii wzrósł z 10,5 do 31,8%, a w Irlandii odnotowano jeszcze bardziej spektakularny wzrost z 2,5% do 11,9% (Kaczmarczyk, 2008, s.28). Na początku 2013 r. ukazały się dane statystyczne, z których wynika, iż język polski stał się trzecim najpopularniejszym językiem w Anglii i Walii. Tym samym prawie 1% mieszkańców tych części Wielkiej Brytanii (w spisie powszechnym, z którego pochodzą te dane, wzięło udział 56,1 mln ludzi) porozumiewa się po polsku¹.

¹ Język polski jest na Wyspach najpopularniejszy po językach ojczystych. Pobrane z: http://wyborcza.pl/1,75477,13324054,Jezyk_polski_na_Wyspach_najpopularniejszy_po_jezykach.html.

Zjawisko migracji można rozpatrywać biorąc pod uwagę trzy perspektywy:

- ▶ perspektywę jednostkową – przesiedlanie się w ciągu życia konkretnej jednostki,
 - ▶ perspektywę rodzinną – procesy migracyjne w skali jednej rodziny,
1. perspektywę społeczną, zbiorową – procesy migracyjne w skali jednej grupy etnicznej, narodu (Nowicka, 2008, s.18).

Te trzy perspektywy będą tu w różnym natężeniu obecne.

Dla celów analizy problemów zdrowotnych migrantów istotne jest wyróżnienie trzech faz migracji:

1. Migracja wstępna (*pre-migration*) obejmująca decyzję o migracji i przygotowanie do niej.
2. Etap migracji (*step of emigration*) obejmujący fizyczne przemieszczenie się danej osoby z jednego miejsca do drugiego.
3. Post-migracja (*post-migration*) obejmujący proces integracji migrantów w nowym kontekście społecznym i kulturowym, uczenie się nowych ról społecznych i zasad funkcjonowania. Proces ten może różnie przebiegać w zależności od osoby (Ratkowska, De Leo, 2013, s. 24).

Do wymienionych powyżej faz można jeszcze dodać fazę reemigracji (powrót do kraju na stałe lub na dłuższy okres). Każdy z wymienionych powyżej etapów rodzi różne problemy dla migranta i jego rodziny stanowiące rodzaj obciążenia dla całego systemu rodzinnego i prowadzące do jego redefinicji (przemiany w obrębie ról rodzinnych, zmiana relacji interpersonalnych, zmiana wzorców komunikacji, zmiana systemu wartości).

W przypadku emigracji wahadłowej również mamy do czynienia z podobnym przebiegiem wymienionych faz, z tym że etap post-migracji, a więc integracja migrantów, może być utrudniony z powodu owej wahadłowości,

wymuszającej tymczasowość i urywany charakter relacji społecznych. Wahadłowy migrant nie zdomawia się w kraju migracji, koncentrując się na jak najszybszym zarobieniu dużej ilości pieniędzy, żeby móc wrócić do kraju. Bycie w ciągłych „rozjazdach” między dwiema kulturami, dwiema społecznościami, nawet jeśli są to społeczności europejskie, może zwiększać narażenie na czynniki ryzyka zdrowotnego w związku z migracją. Nie mając powodów do zakorzenienia się w nowym kraju czy nauki języka, migrant wahadłowy jest w jeszcze większym stopniu narażony na społeczne wykluczenie niż migrant wyjeżdżający na stałe. Jak pisze Rafał Cekiera w książce pt. *O pułapkach emigracyjnej lekkości: Współczesne migracje mające niepełny charakter wyróżnia od innych form mobilności biwalencja kulturowa czy niechęć do porzucenia tożsamości i społecznych afiliacji w miejscu pochodzenia. (...) migrant cały czas zabiega, by mieć „otwarte opcje” pozostania na emigracji lub powrotu* (Cekiera, 2014, s. 119).

Migracja jest szczególną formą kryzysu, stanem dezorientacji. Wyjazd do obcego kraju zmusza do konfrontacji z nowym środowiskiem i jednocześnie do refleksji nad własnym życiem. Te myśli i uczucia wymagają przepracowania, co z kolei wymaga czasu i nie jest procesem łatwym, wręcz przeciwnie – jest to doświadczenie długie i bolesne. Kryzys migracyjny odróżnia od innych kryzysów zasięgi strat (utrata kontaktu z rodziną i przyjaciółmi, z krajem, językiem i kulturą) oraz wpływ na tożsamość (dłuższe życie w innym kraju jest czynnikiem powodującym zmiany w osobowości migranta) (Kubitsky, 2012, ss. 35–36). W trakcie przepracowywania kryzysu mogą pojawić się załamania nerwowe, epizody depresyjne, a także objawy somatyczne. Depresja i choroby o podłożu somatycznym mogą być także powodowane przez pracę zawodową i/lub złe warunki mieszkaniowe, a także przez styl życia migranta.

Przegląd badań na temat zdrowia migrantów zarobkowych

Problem zdrowia emigrantów nie był do tej pory popularnym obszarem badań, zwłaszcza w Polsce. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy są zapewne metodologiczne problemy, jakie rodzą tego typu badania, w tym dobór adekwatnych wskaźników i metod badawczych. Większość badań z tego zakresu opiera się na autodeklaracjach badanych na temat stanu zdrowia i samopoczucia wyrażanych w postaci odpowiedzi na pytania kwestionariusza ankiety lub wywiadu kwestionariuszowego. W podobny sposób zbiera się dane dotyczące warunków pracy i życia emigranta, które mogą rzutować na stan jego zdrowia. Nie daje to oczywiście pełnego obrazu zjawiska. Zgromadzone w ten sposób informacje powinny być uzupełniane o dane *stricte* medyczne dotyczące somatycznego i psychicznego stanu zdrowia emigranta, statystyki dotyczące zachorowalności w tej grupie na poszczególne choroby czy statystyki odnoszące się do zachowań samobójczych obserwowalnych wśród emigrantów. Niewiele projektów naukowych na ten temat ma właśnie taki interdyscyplinarny charakter. Poniżej zostaną przedstawione wyniki kilku badań na temat zdrowia migrantów i związanych z nimi teorii na temat stanu zdrowia emigrantów, w tym wyniki badań własnych Autorki. Kryterium wyboru prezentowanych poniżej badań była ich tematyka. Chodziło o pokazanie, iż migracja może być czynnikiem ryzyka zapadalności nie tylko na choroby o podłożu psychicznym, ale również choroby somatyczne.

Interakcja między migracją a zdrowiem jest procesem złożonym i dynamicznym. Migracja może mieć wpływ zarówno na zdrowie fizyczne jak i psychiczne. Emigracja wpływa na samopoczucie i stan zdrowia nie tylko migrantów, ale także pozostawionych w kraju członków rodziny. Ponadto związek między

migracją a stanem zdrowia ma dwukierunkowy charakter – migracja może powodować skutki zdrowotne. Z drugiej strony często to stan zdrowia decyduje, który członek rodziny uda się na emigrację (Adhikari, Jampaklay, Chamrathirong, 2011, s. 2).

Wprawdzie artykuł koncentruje się głównie na zdrowiu poakcesyjnych migrantów zarobkowych z Polski, ale z uwagi na wspomniany ubogi stan badań na ten temat, będę się odwoływać od wyników badań dotyczących zdrowia migrantów z różnych regionów świata. W publikacjach poświęconych zdrowiu emigrantów poruszane są zazwyczaj następujące aspekty:

- ▶ czynniki ryzyka zdrowotnego migrantów,
- ▶ stan zdrowia i specyfika objawów obserwowanych w trakcie migracji,
- ▶ zdrowie grup specjalnych – uchodźców i ofiar handlu ludźmi,
- ▶ uwarunkowania i poziom korzystania przez migrantów z opieki zdrowotnej w kraju przyjmującym,
- ▶ kulturowe konteksty zachowań migrantów w kraju przyjmującym,

- ▶ porównanie stanu zdrowia populacji migrantów i populacji kraju przyjmującego,
- ▶ rozliczenia kosztów świadczeń medycznych między krajem przyjmującym a wysyłającym,
- ▶ transfer „białego personelu” i transfer opieki (Kawczyńska-Butrym, 2010, s. 87).

W niniejszym artykule przedmiotem zainteresowania będą głównie kwestie dotyczące czynników ryzyka zdrowotnego wśród migrantów, stan zdrowia migrantów na emigracji i po powrocie do kraju oraz uwarunkowania i poziom korzystania przez migrantów z opieki zdrowotnej w kraju przyjmującym.

Jeśli chodzi o czynniki ryzyka zdrowotnego, na które są narażeni emigranci, to można je podzielić na czynniki mające swoje źródło w działaniach jednostek (perspektywa mikro) oraz czynniki makrostrukturalne wynikające z szerszych procesów politycznych i ekonomicznych, społecznych i kulturowych.



fot. Marek Domański

Tab.1. Ryzyko zdrowotne a emigracja – czynniki

Czynniki wynikające z działań i doświadczeń jednostkowych	Czynniki wynikające z ogólnej sytuacji emigracji
<ul style="list-style-type: none"> • Złe warunki mieszkaniowe i sanitarno-epidemiologiczne • Podejmowanie pracy wyczerpującej fizycznie i/lub psychicznie, tzw. pracy „3d” – dull, dirty and dangerous • Brak (nielegalna praca oznacza brak ubezpieczenia zdrowotnego) lub niedostateczna opieka zdrowotna, także w odniesieniu do zdrowia psychicznego • Ograniczone relacje społeczne w nowym środowisku z emigrantami i autochtonami (nieznajomość języka, nieznanostwo kodów kulturowych, zasad komunikacji, niechęć do integrowania się, brak umiejętności funkcjonowania w środowisku wielokulturowym) • Złe odżywianie się spowodowane koniecznością oszczędzania • Brak odpoczynku, niedobory snu spowodowane podejmowaniem kilku zajęć jednocześnie • Zaburzenia funkcjonowania w dotychczasowych układach społecznych, np. zaburzenia relacji w rodzinie • Presja na osiągnięcie sukcesu • Stres • Poczucie wykorzenienia • Osamotnienie • Obwinianie się o niepowodzenia • Zwiększona podatność na uzależnienia • Przejawy anomii społecznej skutkujące zwiększoną liczbą samobójstw 	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma zmiany społecznej i konieczność przystosowania się do nowych społeczno-ekonomicznych warunków • Marginalizacja społeczna, także marginalizacja ekologiczna (zamieszkiwanie miejsc o większej skali przestępczości i występowania innych form patologii) • Szok kulturowy • Dostęp do służb społecznych i medycznych (np. w zakresie transkulturowych zasobów indywidualnych osoby migrującej oraz rodzaju posiadane-go statusu – przebywanie legalne lub nielegalne) • Polityka migracyjna danego kraju – im bardziej restrykcyjna jest to polityka, tym bardziej zdrowie emigrantów jest zagrożone

Źródło: Pawlak, 2013, s. 124.

Jednym z ważkich tematów podejmowanych przez badaczy zajmujących się zdrowiem osób migrujących jest temat częstszego występowania zachowań samobójczych wśród nich w porównaniu z populacją osób nieemigrujących. Częstsze występowanie zachowań samobójczych wśród migrantów wynika z kilku czynników powiązanych z sytuacją emigracji. Są to następujące czynniki:

- ▶ stres związany z samym procesem emigracji,

- ▶ rozluźnienie powiązań społecznych z osobami z kraju pochodzenia – poczucie braku przynależności i wykluczenia społecznego,
- ▶ utrata statusu społecznego,
- ▶ bariery językowe i kulturowe,
- ▶ bezrobocie,
- ▶ zaburzenia psychiczne – depresja, zespół stresu pourazowego (częsty w przypadku uchodźców), uzależnienia od alkoholu, narkotyków (Ratkowska, De Leo, 2013, ss. 124–125).

Tab. 2. Główne przyczyny stresu polskich migrantów do Wielkiej Brytanii

Przyczyny stresu	Procent odpowiedzi
Bariera językowa	32,2%
Rozłąka z rodziną/poczucie samotności	29,4%
Problemy w pracy	28,3%
Problemy finansowe	27,3%
Przystosowanie się do nowych warunków życia i pracy	24,8%
Poczucie wyobcowania	16,8%
Warunki życia	16,4%
Problemy rodzinne	12,9%
Brak poczucia bezpieczeństwa	10,8%

Źródło: opracowanie własne na podstawie Smoleń, 2015.

Głównym czynnikiem stresogennym wśród polskich migrantów poakcesyjnych jest według Agaty Smoleń, zjawisko dekwalfikacji. Wielu migrantów pomimo posiadania wysokich kwalifikacji jest zmuszonych pracować w sektorach gospodarki, w których niepotrzebne są wyższe wykształcenie, szczególnie umiejętności czy kompetencje. Życie poza granicami kraju często mija się zatem z oczekiwaniami, co może prowadzić do licznych frustracji, mogących być podstawą stanów depresyjnych. Autorka przeprowadziła wśród osób migrujących do Wielkiej Brytanii badania, z których wynika, że 36% respondentów funkcjonowało w stanie permanentnego stresu, a 5,6% doświadczało wysokiego stresu – można zatem stwierdzić, iż ponad 40% badanych było narażonych na wystąpienie różnych problemów zdrowotnych spowodowanych stresem migracyjnym (Smoleń, 2015).²

² Badanie zostało przeprowadzone w okresie od października 2010 roku do stycznia 2011 w Szkocji

Warto odnotować, iż pomimo doświadczania dużego stresu respondenci Smoleń nie deklarowali szukania profesjonalnej pomocy (tylko 5% z nich miało konsultacje psychologiczne, a 1% – konsultacje psychiatryczne). W większości próbowali radzić sobie ze stresem na własną rękę lub szukali wsparcia u rodziny i przyjaciół, co może być skuteczne w przypadku przejściowych a nie długotrwałych problemów (Smoleń, 2015). Brak profesjonalnej pomocy może w dłuższej perspektywie oznaczać zwiększone ryzyko zachowań samobójczych i samobójstw. Liczne badania zachodnie na ten temat, które analizowała m.in. Zofia Kawczyńska-Butrym, wskazują wyższe wskaźniki samobójstw i hospitalizacji na oddziałach psychiatrycznych wśród populacji migrantów niż w społeczeństwie

(Glasgow, Edynburg) oraz w Anglii (Londyn). Próba obejmowała 286 dorosłych (145 kobiet i 141 mężczyzn) przebywających w Wielkiej Brytanii przez okres minimum 12 miesięcy. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety.

przyjmującym czy w kraju pochodzenia migrantów (Kawczyńska-Butrym, 2010, s. 92).

Odmiennej tezę można jednak odnaleźć wśród niektórych amerykańskich badaczy, których ustalenia dowodzą braku związku między emigracją a wyższym wskaźnikiem samobójstw. Wręcz odwrotnie – badacze ci twierdzą, że wśród emigrantów obserwuje się mniejszy wskaźnik samobójstw. Na tej podstawie sformułowali oni hipotezę zdrowego imigranta (*healthy immigrant effect*). W ich przekonaniu na emigrację udają się przede wszystkim jednostki, które w swoich społecznościach uchodzą za najbardziej psychicznie wytrzymałe, mogące podolać trudom rozłąki i pracy na emigracji. W związku z tym w ich przypadku istnieje mniejsze ryzyko targnięcia się na życie nawet w sytuacji wystąpienia dużych problemów (Ratkowska, De Leo, 2013, s. 128).

Inne ustalenia badaczy migracji dotyczące zwiększonego ryzyka zachorowalności migrantów i ich rodzin na choroby o podłożu somatycznym lub psychicznym są następujące:

- ▶ Szwedzkie badania wykazały, że imigrantki z Europy Wschodniej i Finlandii były narażone na dwa razy większe ryzyko rozwoju choroby wieńcowej niż kobiety urodzone w Szwecji. Inne badania wykazały, że ryzyko zapadnięcia na chorobę wieńcową oraz śmiertelność z powodu choroby wieńcowej są większe także po powrocie migrantek do domu (Leao, Sundquist, Johansson, Sundquist, 2009, s. 94).
- ▶ Z badań prowadzonych na zlecenie UE wynika, iż wzrosła wśród migrantów, również migrantów poakcesyjnych z Polski, umieralność z powodu chorób kardiologicznych, np. z powodu nadciśnienia tętniczego (Kawczyńska-Butrym, 2010, s. 94).
- ▶ Migrantom towarzyszą także tzw. „skargi” somatyczne określane jako somatyzacja sytuacji psychospołecznej człowieka. Somatyzacja charakteryzuje

się nawracającymi, w wyniku wystąpienia trudnych sytuacji, bólów brzucha, głowy, kończyn, bezsennością i zmęczeniem, dolegliwościami układu żołądkowo-jelitowego lub moczowo-płciowego, bez towarzyszących im zmian organicznych. Częstsze występowanie tego typu objawów wśród migrantów stwierdzono porównując wyniki badań prowadzonych w 11 europejskich krajach wśród osób w wieku 50 lat i starszych (Sole-Auro, Crimmins, 2008, za: Kawczyńska-Butrym, 2010, s. 94).

- ▶ Dane empiryczne wskazują, że bardziej narażone na wystąpienie zaburzeń psychicznych jest drugie pokolenie migrantów. Zależność ta stwierdzona została m.in. w przypadku dzieci przybyszy z Karaibów w Wielkiej Brytanii, Marokańczyków w Holandii, imigrantów z różnych krajów w Danii i Szwecji. Dowiedziono również, że zależność między statusem imigranta a występowaniem zaburzeń psychicznych jest silniejsza w przypadku małych liczebnych grup mniejszościowych (Kucharska, 2012, ss. 452–453).
- ▶ Badania przeprowadzone w Tajlandii wśród populacji osób starszych, których przynajmniej jedno dziecko wyemigrowało w celach zarobkowych wykazały, że ponad połowa z nich (56%) oceniła swój stan zdrowia jako słaby, a 44% zaznaczyło, że cierpi na co najmniej jedną chorobę przewlekłą. Z drugiej strony 77% badanych odpowiedziało, że otrzymuje wsparcie finansowe od dzieci przebywających za granicą i przeznacza je na leczenie. Problemem jest jednak brak lub niewystarczające wsparcie emocjonalne (Adhikari i in, 2011, ss. 2–8).

Analizując problem zdrowia migrantów warto wspomnieć też o zdrowotnych korzyściach migracji dla migrantów. Migracja może być bowiem bodźcem do pozytywnych zmian zdrowotnych. Przepisy niektórych krajów

zobowiązują migrantów do szczepień czy odbycia badań przesiewowych. Od migranta wymaga się także ubezpieczenia zdrowotnego, a nade wszystko posiadania odpowiedniego stanu zdrowia jako warunku koniecznego uzyskania pozwolenia na pracę. Konieczność odbycia badań w związku z migracją może skutkować wczesnym wykryciem choroby i podjęciem odpowiedniego leczenia (Sharma, Cottrell, 2010, s. 4).

Rozważając kwestie związane ze zdrowiem migrantów, nie sposób pominąć zagadnienia zdrowia reemigrantów. Stan zdrowia emigrantów powracających do domu stanowi odzwierciedlenie warunków pracy i życia za granicą. Bywa, że dopiero po powrocie do domu migrant zaczyna „podreperowywać” swoje zdrowie. Zdarza się również, że w kraju migracji nabywa się złych nawyków żywieniowych, co w przyszłości może być przyczyną pogorszenia zdrowia. Zły stan zdrowia jest też często jedną z przyczyn rezygnacji z dalszych wyjazdów zarobkowych (Davies, Borland, Blake, West, 2015). Jak zauważa Stanisława Golinowska, nadszarpnięte zdrowie po powrocie z emigracji stanowi poważny koszt społeczny, który ponoszą podatnicy kraju wysyłającego (Golinowska, 2008, ss. 18–22).

Badania własne Autorki artykułu wśród migrantów zarobkowych i ich rodzin m.in. na temat sytuacji zdrowotnej migrantów były prowadzone w latach 2010–2014. Ogółem zebrano 115 wywiadów swobodnych częściowo ustrukturyzowanych. Próba badawcza była zróżnicowana pod względem wieku i wykształcenia. Wśród migrantów dominowały dwie grupy wiekowe – 21–30 lat i 31–40 lat. W badanej grupie znalazły się zarówno osoby z wykształceniem zawodowym, jak i średnim ogólnym (częściej kobiety), średnim technicznym (częściej mężczyźni) czy wyższym (częściej kobiety). Badaniami objęto zarówno singli, jak i osoby posiadające w kraju partnerów i dzieci.

W części wywiadu dotyczącej zdrowia zadano migrantom następujące pytania:

1. Czy praca/prace, które respondent wykonywał/miała/miały negatywny wpływ na jego zdrowie – fizyczne/psychiczne (złe warunki pracy, wielogodzinna praca, bardzo ciężka fizyczna praca, praca związana z opieką na osobą chorą, niedołączną itp.)?
2. Jak wyglądał rytm dnia badanego na emigracji (liczba godzin snu, ilość i rodzaj posiłków, warunki mieszkaniowe – odległość od miejsca zamieszkania do pracy itp.)?
3. Czy badany korzystał z pomocy służby zdrowia w kraju emigracji? Jeśli tak, to jak ocenia tę pomoc?
4. Czy badany zetknął się z opieką społeczną w kraju emigracji? Jeśli tak, to jak ocenia jej działalność?
5. Jak przebiegała aklimatyzacja badanego do nowego miejsca pobytu? Jak wyglądało przyzwyczajanie się do nowych warunków życia, pracy, nowych zwyczajów, miejsc itp.? Jak długo trwała aklimatyzacja?

Główne wnioski z badań przedstawiają się następująco:

- ▶ *Rytm dnia badanych* – rytm dnia badanych wyznacza praca, nierzadko praca wielogodzinna, od rana do wieczora. Niektórzy badani pracowali na dwa etaty, aby maksymalnie wykorzystać czas na emigracji i zarobić jak najwięcej pieniędzy. Można zatem zaryzykować wniosek, że życie emigranta wahałowego jest przede wszystkim wypełnione pracą. Brakuje czasu na pogłębianie znajomości języka (a często i motywacji, ponieważ migranci zazwyczaj mieszkają w skupiskach, etnicznych dzielnicach), poznawanie zwyczajów kultury kraju emigracji czy nawiązywanie relacji z nieemigrantami.
- ▶ *Ocena warunków pracy* – badanych dotknęło w większości zjawisko dekwalfikacji, o których w swoich badaniach wspomniała

A. Smoleń. Praca badanych odbywała się w trudnych warunkach i była ciężka. Ponieważ były to zazwyczaj prace fizyczne, jednostajność zajęcia powodowała znużenie i poczucie „stania w miejscu”, braku możliwości rozwoju zawodowego. Motywacją do wytrwania w pracy były zarobione pieniądze, za które, jak mówili badani, będzie sobie można w kraju „pożyć”.

► **Kontakt ze służbą zdrowia na emigracji** – każdemu z badanych zdarzyło się przynajmniej raz skorzystać z pomocy służby zdrowia lub znają kogoś, kto korzystał lub komu pomogli podczas wizyty w szpitalu. Przeważa zdziwienie inną „filozofią leczenia” – nastawieniem na natychmiastową pomoc choremu i zapewnienie mu wszelkich niezbędnych środków, np. darmowych leków. Najczęściej jednak badani korzystali z pomocy służby zdrowia w kraju emigracji w sytuacji wypadku lub nagłego pogorszenia się stanu zdrowia – rwa kulszowa, ból zęba itd. Zazwyczaj wówczas opisywaną przez badanych sytuacją była nieumiejętność odnalezienia się w sytuacji wymagającej interwencji lekarskiej w związku z trudnościami językowymi i często występującym strachem, że trzeba jednak będzie za tak dobrą opiekę zapłacić. Inne dolegliwości, niewymagające nagłej pomocy medycznej badani leczyli podczas okresów pobytu w kraju pochodzenia. Wiązało się z tym też przekonanie, że pracodawcy za granicą jeszcze mniej chętnie niż w kraju zatrudniają osoby biorące nawet krótkie urlopy zdrowotne.

► **Sytuacja rodzinna emigranta** – emigracja jest obciążeniem dla pozostających w kraju partnerów, którzy skarżą się na przeciążenie obowiązkami domowymi i opieką nad dziećmi. Doskwiera im brak obecności partnera w sytuacjach ważnych (pierwsze kroki dziecka) lub trudnych dla rodziny (choroba rodzica) oraz w przypadku kobiet

konieczność przejścia „męskiej roli” w rodzinie. Podkreślane są starania rodziców emigrujących mające na celu „uczestniczenie” w życiu rodziny mimo oddalenia i własne starania, żeby to „uczestnictwo” umożliwić i ułatwić. Dominuje przekonanie o tymczasowości sytuacji, mimo iż sytuacja taka trwa kilka lat.

Przeciążenie pracą fizyczną, zjawisko dekwalfikacji, trudne warunki mieszkaniowe, nabywanie złych nawyków żywieniowych, brak integracji z otoczeniem społecznym, obciążenie psychiczne wynikające z przeświadczenia, że rodzina liczy na emigranta, świadomość pozostawienia partnera z obowiązkami domowymi i obowiązkami związanymi z wychowaniem dzieci to podstawowe czynniki stresu migracyjnego badanych, podłoża wielu schorzeń psychicznych i somatycznych, które długo mogą pozostawać w uspieniu lub rozwijać się niezauważalnie. Pozostaje pytanie, w jaki sposób polityka zdrowotna powinna odpowiedzieć na te problemy.

Polityka zdrowotna a migracja zarobkowa – propozycje działań naprawczych i prewencyjnych³

Jednym z celów szeroko rozumianego systemu ochrony zdrowia, jak piszą Iwona Kowalska i Anna Mokrzycka w artykule poświęconym podstawowym funkcjom zdrowia publicznego, jest *zaspokajanie indywidualnych potrzeb zdrowotnych, z których najważniejsze są potrzeby wynikające z chorób, niedomagań, wypadków, czyli tzw. wyrażone potrzeby zdrowotne. System powinien brać pod uwagę istnienie również innych potrzeb zdrowotnych, nie zawsze*

³ Z uwagi na ograniczone ramy artykułu pomijam w nim kwestie związane problemami definicyjnymi takich pojęć jak „system ochrony zdrowia” czy „polityka zdrowotna”, odsyłając jednocześnie czytelnika do bogatej literatury przedmiotu na ten temat.

ujawniających się dostatecznie wcześniej i zaspokajając je z własnej inicjatywy, oczywiście w zależności od swoich możliwości diagnostycznych (podkreśl. A.P.); *zagrożenia bowiem możliwe do wykrycia w systemie bogatym, pozostaną nieujawnione w systemie biednym* (Kowalska, Mokrzycka, 2012, s. 31). Potrzeby zdrowotne związane z migracją zarobkową należą najczęściej do tych nieujawniających się wcześniej, często nieświadomianych przez osoby zainteresowane, ale mających w dłuższym okresie czasu negatywny wpływ na ich funkcjonowanie oraz funkcjonowanie najbliższego otoczenia w okresie migracji, ale też po powrocie do kraju.

Ochrona zdrowia jest postrzegana jako jeden z najważniejszych obowiązków państwa wobec obywateli. Obowiązek ten powinien być realizowany w taki sposób, aby nie wykluczać z tej ochrony żadnych grup społecznych. Sytuacja migrantów⁴ jest pod tym względem specyficzna. Nie stanowią oni wprawdzie żadnej jednorodnej grupy pod względem płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania. Różnie też wyglądają ich migracyjne losy – jedni doświadczają sukcesu (mam tu na myśli subiektywnie postrzegany sukces), inni – porażki. Łączy ich jednak sytuacja emigracji, która skutkuje symbolicznym „wypadnięciem” na czas emigracji z krajowego systemu ochrony zdrowia i brakiem dostępu lub pełnego dostępu do adekwatnego systemu ochrony zdrowia w kraju emigracji, pomijając już różnice w zasadach działania systemów ochrony zdrowia w poszczególnych krajach europejskich (Unia Europejska nie wypracowała jednolitego systemu ochrony zdrowia, który obowiązywałby na całym jej obszarze). Ponadto należy pamiętać również o tym, iż nawet w przypadku możliwości korzystania z systemu ochrony zdrowia

⁴ W artykule pomijam problemy związane z nielegalną migracją – jest to temat wymagający osobnych rozważań.

w kraju emigracji, stosunek do ochrony zdrowia, medycyny, choroby i leczenia jest też uwarunkowany kulturowo, co może mieć wpływ na wzorce korzystania z opieki zdrowotnej czy realizowanie zaleceń lekarza.

Przedstawiona powyżej sytuacja rodzi co najmniej dwie kwestie problematyczne, które wymagają rozstrzygnięcia:

1. Czy emigranci zarobkowi i ich rodziny (pozostające w kraju lub również emigrujące) powinni być objęci specjalnym programem ochrony zdrowia, który uwzględniałby ich sytuację i problemy?
2. Czy opracowanie programu zdrowia dla emigrantów powinno znaleźć się w gestii władz kraju ojczystego emigranta, kraju docelowego emigracji, obu krajów, czy też stanowić element szerszego programu realizowanego na szczeblu unijnym?

Wczesne podejście do polityki zdrowotnej w kontekście migracji koncentrowało się na zagrożeniach dla zdrowia publicznego obywateli danego kraju w związku z imigracją, zwłaszcza z krajów biednych, zacofanych. Współczesne podejście jest zupełnie inne – koncentruje się na migrantach jako grupie szczególnie podatnej na zagrożenia zawodowe, wykluczenie społeczne i dyskryminację. Mobilność ludzi nie jest bowiem zagrożeniem samym w sobie dla zdrowia publicznego. Problem stanowi zła koordynacja polityk zdrowotnych kraju wysyłającego migrantów i kraju przyjmującego (Zimmerman i in., 2015).

Zgodnie z zasadą pomocniczości (subsydiarności) sformułowaną w traktacie z Maastricht w zakresie kompetencji instytucji unijnych jest uzupełnianie działań krajowych w dziedzinie ochrony zdrowia. Zadanie to obejmuje:

1. Ochronę ludności przed zagrożeniami dla zdrowia i chorobami.
2. Promowanie zdrowego stylu życia.
3. Ułatwienie władzom krajów UE współpracy w dziedzinie zdrowia.

Jednym z problemów, które są dyskutowane w ramach europejskiej polityki zdrowotnej jest transgraniczna opieka zdrowotna (Włodarczyk, I. Kowalska, A. Mokrzycka, 2010).

Jak już wspomniałam, brakuje na poziomie europejskim jednolitego systemu ochrony zdrowia. W krajach UE można wyróżnić dwa modele systemu ochrony zdrowia:

1. Model mający charakter narodowej służby zdrowia finansowany w większości z podatków (Dania, Irlandia, Hiszpania, Wielka Brytania).
2. Model ubezpieczeniowy, w którym fundusze pochodzą ze składek opłacanych jednocześnie przez pracodawców i pracowników (Kulik, K. Zdunek, A. Pacian, 2013).

Brak jednolitego systemu ochrony zdrowia utrudnia współpracę w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej (problem finansowania). Powyższe modele oparte są też na innej filozofii leczenia i podejścia do pacjenta. Nawet jeśli migrant zarobkowy pracuje legalnie, płaci podatki i posiada niezbędne ubezpieczenie, może mieć problem ze skorzystaniem ze służby zdrowia z uwagi na ukształtowane w kraju pochodzenia nawyki związane z zachowaniami zdrowotnymi, w tym z korzystaniem z profesjonalnej opieki zdrowotnej. Rozważając kwestię stanu zdrowia migrantów oraz czynników ryzyka zdrowotnego na emigracji trzeba mieć to również na uwadze. Migranci zarobkowi nie są dziś traktowani w żadnym z krajów, ani w kraju pochodzenia ani w kraju migracji, jako szczególna grupa pacjentów. Migracja zarobkowa zazwyczaj nie jest również brana pod uwagę przez personel medyczny jako czynnik ryzyka wystąpienia określonych dolegliwości, mający wpływ na rozwój choroby i przebieg procesu leczenia. Oczywiście migracja jako taka nie powoduje chorób, stwarza jednak, co starałam się wykazać, gospodarcze i społeczne ramy sprzyjające rozwojowi niektórych

dolegliwości, tak o charakterze psychicznym jak i somatycznym.

Niezbędna jest zatem koordynacja polityk zdrowotnych krajów UE zarówno krajów przyjmujących migrantów jak i krajów wysyłających migrantów wsparta działaniami na szczeblu ogólnoeuropejskim oraz dążenie do wypracowania jednolitego systemu ochrony zdrowia, co nie będzie łatwe z uwagi na różną pulę pieniędzy przeznaczaną na ochronę zdrowia w krajach UE oraz przywiązanie do określonego modelu i filozofii leczenia.

Poprawa stanu zdrowia migrantów zależy będzie od podjęcia działań o charakterze naprawczym, kiedy już wystąpi określony problem zdrowotny (leczenie) i prewencyjnym. Działania prewencyjne powinny obejmować działania nie tylko z zakresu polityki zdrowotnej, ale także z zakresu polityki społecznej i rodzinnej. Powinny to być zatem następujące działania:

- ▶ Stworzenie ogólnoeuropejskiego systemu monitoringu przemieszczeń migrantów, co może jednak rodzić trudności o charakterze prawnym i proceduralnym z uwagi na swobodę przemieszczania się w ramach UE obywateli krajów członkowskich.
- ▶ Stworzenie portalu informacyjnego dla migrantów, w którym zawarte byłyby informacje o tym, jaki system zdrowotny obowiązuje w danym kraju oraz jaki zakres usług obejmuje. Jedną z przyczyn rzadszego zgłaszania się do lekarza przez migrantów jest brak informacji o tym, jak działa służba zdrowia w kraju, do którego się emigruje.
- ▶ Zapewnienie wsparcia psychologicznego dla migrantów i ich rodzin – tego typu wsparcie jest już oferowane Polakom pracującym w Londynie. Terapia jest ukierunkowana na problemy polskich emigrantów zarobkowych.
- ▶ Działania koncentrujące się na wsparciu reemigrantów i ich rodzin po powrocie

do kraju celem ograniczenia negatywnych skutków związanych z trudnościami przystosowania się do ponownego życia w kraju pochodzenia.

- ▶ Stworzenie ogólnopolskiego programu ułatwiającego zrobienie badań podstawowych dla osób, które po długim okresie migrowania wracają na stałe do kraju – możliwość wykrycia chorób we wczesnym stadium rozpoznania.
- ▶ Działania zmierzające w kierunku informowania potencjalnych migrantów na temat zdrowotnych kosztów migracji w dłuższym okresie oraz informowania o tym, jak można im zapobiegać.

Podsumowanie i wnioski końcowe

Główny wniosek z badań jest następujący: **migranci zarobkowi są narażeni na szereg czynników ryzyka zdrowotnego, co powoduje częstsze występowanie w tej grupie chorób o podłożu psychicznym i somatycznym. Migranci są też bardziej narażeni na ryzyko wystąpienia zachowań samobójczych.** Trudno jednak oszacować skalę tych problemów, ponieważ nie ma pogłębionych badań, jak i wyczerpujących danych statystycznych na ten temat.

W celu zapobiegania powyższym chorobom potrzebne jest podejmowanie działań prewencyjnych z zakresu polityki zdrowotnej, społecznej i rodzinnej, skierowanych do migrantów zarobkowych i ich rodzin. W ostatnim czasie podejmuje się np. działania w zakresie pomocy migrantom z problemami psychicznymi, uruchamiając w większych skupiskach migrantów, np. w Londynie, punkty pomocy psychologicznej dla migrantów.

Przed wszystkim jednak problem zdrowia migrantów musi być zauważony, bowiem jego lekceważenie może mieć w długim okresie negatywne skutki nie tylko dla interesującej nas tutaj grupy, ale również dla systemu ochrony zdrowia kraju wysyłającego, który ponosi

większość kosztów związanych z leczeniem osób pracujących za granicą, którzy w przypadku zachorowania na leczenie wracają zazwyczaj do kraju pochodzenia. ☞

Agnieszka Pawlak, doktor nauk humanistycznych w zakresie socjologii. Jej wcześniejsze zainteresowania badawcze koncentrowały się wokół zagadnień socjologii polityki i socjologii moralności oraz etyki mediów. W ostatnim czasie prowadzi badania z zakresu socjologii rodziny i socjologii migracji. Jest autorką ok. 40 publikacji, w tym jednej monografii. W ciągu ostatnich kilku lat opublikowała kilkadziesiąt tekstów poświęconych problemom rodzin z doświadczeniem emigracji zarobkowej, w tym w takich czasopismach jak: „Przegląd Socjologiczny”, „Studia Migracyjne. Przegląd Polonijny”. Jest autorką książki *Kształtowanie się tożsamości Europy Środkowej a proces integracji europejskiej* (2010) oraz współredaktorką monografii pt.: *Rodzina – terra incognita? Przemiany rodziny w XXI wieku* (2012).

Afiliacja:

Zakład Socjologii
Katedra Nauk Humanistycznych
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
ul. Lindleya 6, 90-131 Łódź
e-mail: agnieszka.pawlak@umed.lodz.pl

Bibliografia

- Adhikari, R., Jampaklay, A., Chamratrithirong, A. (2011). Impact of children's migration on health and health care-seeking behavior of elderly left behind, *BMC Public Health*, 11/2011.
- Cekiera, R. (2014). *O pułapkach emigracyjnej lekkości*. Kraków.
- Davies, A.A., Borland, R. M., Blake, C., West H. E. (2015). *The Dynamics of Health and Return Migration*.
Pobrane z: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001046>
- Doświadczenia i plany dotyczące pracy za granicą. Komunikat z badań CBOS*, 2008.
- Golinowska, S. (2008). Społeczny wymiar emigracji w krajach wysyłających, *Polityka Społeczna* 2/2008.

- International Migration Report (2013). New York: Department of Economic and Social Affairs Population Division United Nations.
- Język polski na Wyspach najpopularniejszy po językach ojczystych, http://wyborcza.pl/1,75477,13324054,Jezyk_polski_na_Wyspach_najpopularniejszy_po_jezykach.html (dostęp: 09.12.2013).
- Kaczmarczyk, P. (2008). Współczesne migracje z Polski – próba statystycznej oceny zjawiska. W: P. Kaczmarczyk (red.), *Współczesne migracje zagraniczne Polaków – aspekty lokalne i regionalne*. Warszawa.
- Kawczyńska-Butrym, Z. (2010). Migracje – wyzwanie dla socjologii zdrowia i medycyny. W: W. Piątkowski (red.), *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej*. Warszawa.
- Kowalska, I., Mokrzycka, A. (2012). Międzynarodowe koncepcje podstawowych funkcji/ świadczeń zdrowia publicznego ze szczególnym uwzględnieniem funkcji środowiskowych i ich wpływ na identyfikację priorytetów zdrowia publicznego w Polsce, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 10/2012.
- Kubitsky, J. (2012). *Psychologia migracji*. Warszawa.
- Kucharska, J. (2012). Problemy psychiczne w grupach mniejszości etnicznych i narodowych, *Psychiatria Polska*, 3/2012.
- Kulik, T. B., Zdunek, K., Pacian, A. (2013). Polityka zdrowotna w krajach Unii Europejskiej, *Zdrowie Dobrostan*, 4/2013.
- Leao, T.S., Sundquist, J., Johansson, S.-E., & Sundquist, K. (2009). The influence of age at migration and length of residence on self-rated health among Swedish immigrants: a cross-sectional study, *Ethnicity & Health*, 14/2009.
- Nowicka, E. (2008). Powrót do domu czy emigracja? Co się dzieje z tożsamością. W: M. Kempny, G. Woroniecka, P. Załęcki (red.), *Tożsamość i przynależność. O współczesnych przemianach identyfikacji kulturowych w Polsce*. Toruń.
- Pawlak, A. (2013). Emigracja zarobkowa w kontekście zdrowia i choroby. Nowy obszar teoretycznych i badawczych dociekań socjologii medycyny. W: A. Synowiec-Piłat, A. Łaska-Formejster (red.), *Biologiczny wymiar życia populacji a jego socjologiczne interpretacje*. Łódź.
- Poakcesyjne migracje zarobkowe. Komunikat z badań CBOS. 2013.
- Ratkowska, K. A., De Leo, D. (2013). Suicide in Immigrants: An Overview, *Open Journal of Medical Psychology*, 2/2013. Pobrane z: <http://dx.doi.org/10.4236/ojimp.2013.23019>
- Sharma, A., Cottrell, E. (2010). Migration and Health, *Australasian Medical Journal* 1/2010.
- Smolen A. (2015). *Migration-related Stress and Risk of Suicidal Behaviour among "New" Polish Immigrants in The United Kingdom*. Pobrane z: <http://www.euroemigranci.pl/dokumenty/pokonferencyjna/Smolen.pdf>
- Włodarczyk, C., Kowalska, I., Mokrzycka, A. (2010). Innowacyjne wielowymiarowe narzędzie oceny polityki zdrowotnej i polityki zdrowia publicznego – matryca ewaluacyjna HPA (Health Policy Assessment). Podstawy metodologiczne, opis narzędzia, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2/2010.
- Zimmerman, C., Kiss, L., Hossain, M. (2015). *Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making*, Pobrane z: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001034>

Polish Health Policy Concerning Post-Accession Work Migrants and Their Families – Challenges and Ideas for Solutions

Abstract

Due to the opening of union labour markets, the last decade brought about an increase in Polish work migration. There are two unique features that make the post-accession migration wave stand out from the earlier ones. Firstly, the development of means of fast communication and transport encouraged mainly pendulum migration. Secondly, unlike the former migrants with certain social and cultural capital, present-day work migrants are diverse as far as age, language and work competence are concerned. The above factors, in the long run, may lead to a number of problems, also health related. The article is to characterize risk factors, which work migrants and their families are exposed to, as well as, to present system solutions for public health policy aiming to support the migrants when a health problem occurs and take up preventive measures.

Keywords:

work migration, pendulum migration, health policy, health risk factors.