

CIANCIARA, Dorota, PRUSZYŃSKI, Jacek, WŁODARCZYK-PRUSZYŃSKA, Inga & PADZIŃSKA-PRUSZYŃSKA, Irena, SZMIGIEL Andrzej. Travelers', migrants' and refugees' health – individual, population and systemic aspects. *Journal of Education, Health and Sport*. 2023;14(1):59-70. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2023.14.01.007>
<https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/42829>
<https://zenodo.org/record/7739632>

The journal has had 40 points in Ministry of Education and Science of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of December 21, 2021. No. 32343. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical Culture Sciences (Field of Medical sciences and health sciences); Health Sciences (Field of Medical Sciences and Health Sciences). Punkty Ministerialne z 2019 - aktualny rok 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 21 grudnia 2021 r. Lp. 32343. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przynależność dyscypliny naukowej: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu).
© The Authors 2023;
This article is published with open access at License Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 26.02.2023. Revised: 14.03.2023. Accepted: 14.03.2023. Published: 16.03.2023.

Travelers', migrants' and refugees' health – individual, population and systemic aspects Zdrowie podróżujących, migrantów i uchodźców – aspekty indywidualne, populacyjne i systemowe

Dorota Cianciara
School of Public Health, Centre of Postgraduate Medical Education, Poland
dorota.cinciara@cmkp.edu.pl
orcid.org/0000-0002-0318-8649

Jacek Pruszyński
School of Public Health, Centre of Postgraduate Medical Education, Warsaw, Poland
jacek.pruszyński@cmkp.edu.pl
orcid.org/0000-0003-2123-6488

Inga Wodarczy-Pruszyńska
University Clinical Center of the Medical University of Warsaw, Poland
i.z.pruszynska@gmail.com
orcid.org/0000-0003-2719-1815

Irena Padzińska-Pruszyńska
Warsaw University of Life Sciences, Poland
irena_pruszynska1@sggw.edu.pl
orcid.org/0000-0003-0784-8066

Andrzej Szmigiel
University Dental Centre, Medical University of Warsaw, Poland
aszmgiel33@gmail.com
orcid.org/0000-0001-5156-4330

Abstract

Introduction

Mobility, the ability to move from the place of residence, is a sign of the times. It results from many grounds and conditions. Numerous groups of mobile people can be distinguished. Changing the place of residence poses a health risk for mobile persons and, in the case of infectious diseases, also for people who may be in contact with them. Two groups of mobile people are in focus of the public health: the travelers and migrants and refugees.

Purpose

A panoramic presentation of selected issues related to multifacets and complex problem of travelers and migrants, health. Health risks and health interventions related to travel and migration are discussed, as well as system solutions for the health of travellers, migrants and refugees.

State of knowledge

Departures of travelers are induced by intrapersonal factors. The health risk depends on the state of health, the travel/transport conditions and mode, the specificity of the destination and the behavior of the traveller. Risk factors are relatively well recognized, including those of a biological nature. Health interventions have a long tradition, there are rules for systemic actions, but improvement of existing solutions is expected.

Departures of migrants and refugees are caused by external factors. Health risk is multidimensional and related to the migration phase (pre-migration, movement, arrival). Risk factors for the health of migrants are insufficiently recognized and can be of a very diverse nature - physical, chemical, biological, psychophysical and social. Health interventions are poorly established and focused on improving access to healthcare. The necessity for a broader spectrum of activities, including political, interdisciplinary, multisectoral and global ones is pointed.

Summary

Travelers', migrants' and refugees' health are becoming increasingly important nationally and internationally.

Keywords: public health, infectious diseases, travelers, migrants, refugees, interventions

Streszczenie

Wprowadzenie

Mobilność, zmiana miejsca pobytu jest znakiem naszych czasów i wynika z licznych uwarunkowań. Można wyróżnić liczne grupy osób mobilnych. Zmiana miejsca pobytu stwarza ryzyko zdrowotne dla podróżnych, a w przypadku chorób zakaźnych także dla osób, które mogą być w kontakcie z podróżnymi. W kręgu zainteresowań zdrowia publicznego są dwie grupy podróżnych: tzw. osoby podróżujące oraz migranci i uchodźcy.

Cel

Panoramiczna prezentacja wybranych zagadnień związanych ze zdrowiem osób podróżujących i migrujących, które są wielowątkowe i złożone. Omówiono ryzyko zdrowotne oraz interwencje zdrowotne związane z podróżami i migracjami, a także rozwiązania systemowe na rzecz zdrowia osób podróżujących, migrantów i uchodźców.

Stan wiedzy

Wyjazdy osób podróżujących są indukowane czynnikami intrapersonalnymi. Ryzyko zdrowotne zależy od stanu zdrowia, sposobu podróży i środka transportu, specyfiki miejsca docelowego i zachowań podróżującego. Czynniki ryzyka są relatywnie dobrze rozpoznane, w tym czynniki o charakterze biologicznym. Interwencje zdrowotne mają długą tradycję, istnieją reguły działań systemowych, ale oczekuje się ulepszenia dotychczasowych rozwiązań.

Wyjazdy migrantów i uchodźców są powodowane czynnikami zewnętrznymi. Ryzyko zdrowotne jest wielowymiarowe i powiązane z fazą migracji (przed wyjazdem, w trakcie, po przyjeździe). Czynniki ryzyka dla zdrowia osób migrujących są niewystarczająco rozpoznane i mogą mieć bardzo zróżnicowany charakter – fizyczny, chemiczny, biologiczny, psychofizyczny i społeczny. Interwencje zdrowotne są słabo ugruntowane i koncentrują się na poprawie dostępu do opieki zdrowotnej. Upowszechnia się pogląd o konieczności szerszego spektrum działań, w tym politycznych, interdyscyplinarnych, międzysektorowych i międzynarodowych.

Podsumowanie

Zagadnienia dotyczące zdrowia osób podróżujących oraz migrantów i uchodźców nabierają coraz większego znaczenia w poszczególnych krajach oraz w skali międzynarodowej.

Słowa kluczowe: zdrowie publiczne, choroby zakaźne, podróżujący, migranci, uchodźcy, interwencje

Wprowadzenie

Historia gatunku *Homo sapiens* nie została w pełni odkryta. Można przyjąć, że około 80 tys. lat temu przedstawiciele gatunku wyruszyli z Afryki, aby skolonizować świat. Ta wielka migracja doprowadziła do wyginięcia konkurentów, takich jak np. neandertalczyki w Europie oraz Azji i zapewniła człowiekowi rozumnemu światową dominację. W historii gatunku najdłuższą trwał okres wędrowek, zbieractwa i łowiectwa. Można przypuszczać, że człowiek utrwalił praktykę społeczną bycia w drodze, w podróży. Można też zaryzykować stwierdzenie, że stacjonarny tryb życia nie leży w naturze większości ludzi. Do dzisiaj przeniesienie się do innego miejsca jest opcją, która – pomimo trudów związanych z podróżą – może przysporzyć wielu korzyści.

Wśród korzyści można wyliczyć oderwanie od codzienności i pracy, redukcję stresu, lepsze samopoczucie i zdrowie, przyjemność [1], poprawę umiejętności komunikacji, naukę nowych umiejętności [2], nawiązywanie znajomości i przyjaźni [3], zwiększenie kreatywności, zrozumienia i pewności siebie [4], nabranie dystansu do własnej kultury [5], ekspozycję na nowe doznania i poszerzanie horyzontów. Przebywając w stałym otoczeniu ludzie zwykle ograniczają się do podstawowego, stereotypowego zestawu myśli i skojarzeń. Choć jest to wygodne, a także praktyczne, to ogranicza szersze spojrzenie. Kiedy zaś opuszczają miejsce stałego pobytu zaczynają dostrzegać sprawy i rzeczy nowe, a schematyczne myślenie konwergencyjne ustępuje miejsca myśleniu twórczemu [6]. Przystają zadowalać się pierwszymi nasuwającymi się myślami i założeniami wstępnymi.

Omówione korzyści dotyczą głównie podróżowania z wyboru. Nie wolno jednak zapominać o podróżach z przymusu, na skutek klęsk żywiołowych, konfliktów zbrojnych i wojen, prześladowań, biedy, głodu, braku pracy i dochodów oraz stabilizacji. W przypadku takich podróży ich motorem są głównie czynniki zewnętrzne. Dominującą korzyścią są tu lepsze perspektywy i szanse życiowe, które w subiektywnym odczuciu osób wybierających się w podróż mają większe znaczenie niż ryzyko związane z podróżą.

Fenomen podróży, polegający na nasileniu mobilności we współczesnym świecie, jest przypuszczalnie konsekwencją „zewu podróży”. Bez wątpienia jest wynikiem sytuacji nadzwyczajnych i konfliktów zbrojnych. Jest też wynikiem przemian społecznych, kulturowych oraz ekonomicznych, a także globalizacji, które sprzyjają szukaniu bezpieczniejszego i lepszego miejsca do życia. Jest wynikiem rozwoju techniki, która sprawia że ludzie mogą łatwiej i szybciej przemieszczać się. Obecnie w wyniku nasilenia tych procesów ludzie przemieszczają się na skalę niespotykaną nigdy wcześniej, zarówno pod względem liczby podróżnych, jak prędkości podróży, ponieważ wolniejsze środki transportu ustąpiły miejsca szybszym [7]. Przenoszenie się z jednych miejsc do innych jest znakiem naszych czasów. Większość międzynarodowych podróżnych udaje się do krajów rozwiniętych, zwłaszcza do Europy. Dla przykładu, w 2016 r. europejskie lotniska obsłużyły 2 mld pasażerów [8]. Niemniej znaczna liczba podróżnych, zwłaszcza emigrantów i uchodźców oraz podróżników szukających przygody, udaje się do krajów rozwijających się.

Po zamachu na *World Trade Center* w Nowym Jorku (09.11.2001 r.) odnotowano okresowy spadek liczby podróżnych, ale później ich liczba sukcesywnie zwiększała się [9]. W 2005 r. 800 mln osób wyjechało za granicę i od tej pory liczba ta rosła z roku na rok. Prognozy z 2014 r. wskazywały, że do 2030 r. roczna liczba osób wyjeżdżających za granicę swojego kraju osiągnie 1,8 mld [10]. Przed pandemią COVID-19 podróże i turystyka stanowiły 10% światowego PKB i tworzyły ponad 320 milionów miejsc pracy na całym świecie, co czyniło je jednym z najważniejszych sektorów światowej gospodarki. Pandemia znacznie ograniczyła przyjazdy turystów, chociaż w różnym stopniu w poszczególnych regionach świata (tab. 1) [11].

Tabela 1. Zmiany w przyjazdach turystów w latach 2019-2022 według regionów. Źródło: *World Tourism Organization* (UNWTO), styczeń 2023.

Region	Rok		
	2019 (vs 2018)	2020	2021 (vs 2019)
Europa	+ 4%	- 68%	- 59%
Azja i Pacyfik	+ 4%	- 84%	- 93%
Ameryki	+ 2%	- 68%	- 63%
Afryka	+ 2%	- 73%	- 72%
Środkowy Wschód	+ 8%	- 73 %	- 66%
Świat	+ 4%	- 72%	- 69%

UNWTO twierdzi, że do końca 2023 r., w wyniku zniesienia pozostałych restrykcji, liczba podróżnych, zwłaszcza na trasach międzynarodowych, osiągnie poziom sprzed pandemii [11].

Cel

Celem opracowania jest panoramiczne zaprezentowanie wybranych zagadnień związanych ze zdrowiem osób podróżujących i migrujących. Omówiono różne grupy podróżnych, zagrożenia zdrowotne oraz interwencje zdrowotne związane z podróżami i migracjami, a także rozwiązania systemowe na rzecz zdrowia osób podróżujących, migrantów i uchodźców.

2. Opis stanu wiedzy

2.1. Grupy podróżnych

Wśród osób, które zmieniają miejsce pobytu można wyodrębnić wiele podgrup, takich jak np. turyści, podróżnicy, Romowie i travellers (*Irish travellers*), rodziny nomadyczne [12, 13], osoby łączące się z rodziną, poszukujące zatrudnienia w kraju lub poza ojczyzną, delegowane do pracy w kraju lub za granicą [14], biznesmeni, politycy, naukowcy, studenci, żołnierze biorący udział w misjach czy manewrach, pielgrzymi, uchodźcy czy osoby poszukujące azylu. Najważniejszym i w istocie jedynym kryterium, które łączy te podgrupy jest mobilność, czyli zmiana miejsca pobytu [15].

Natomiast różnice między nimi wynikają z bazowych uwarunkowań społeczno-ekonomicznych, celu przemieszczania się, przekraczania granic państwowych i miejsca docelowego, metody podróży, czasu bycia w drodze, zakładanego i realnego czasu pobytu w miejscu docelowym, zasobów i możliwości dostępnych po przyjeździe, a także indywidualnych zagrożeń dla zdrowia związanych z podróżą oraz zagrożeń dla zdrowia w wymiarze populacyjnym. Z tego powodu sporządzenie jednoznacznej charakterystyki tych podgrup jest właściwie niemożliwe. Organizacje zajmujące się turystyką oraz zdrowiem publicznym inaczej definiują swoich klientów i beneficjentów, a liczby podróżnych podawane przez różne organizacje są trudne do porównań.

2.1.1. Turyści i wycieczkowicze

Według Światowej Organizacji Turystyki (*World Tourism Organization*, UNWTO), która jest wyspecjalizowaną agencją ONZ, turystyka jest zjawiskiem społecznym, kulturowym i gospodarczym, które dotyczy przemieszczania się ludzi do krajów lub miejsc poza ich zwykłym otoczeniem w celach osobistych lub biznesowych/zawodowych. Podróżni nazwani są odwiedzającymi/gośćmi (*vistors*) i są to turyści (*tourists*) lub

wycieczkowicze (*excursionists*), rezydenci lub nierezydenci. W definicji tej turystą jest osoba, której podróż obejmuje nocleg, a wycieczkowiczem jest gość jednodniowy. Rezydentem jest osoba, która odbywa podróż krajową, a nierezydentem osoba przyjeżdżająca z innego kraju lub wyjeżdżająca do innego kraju [16,17].

Szacowana przez UNWTO liczba międzynarodowych turystów i wycieczkowiczów w 2019 r. wynosiła ok. 1,5 mld [18]. Choć pandemia COVID-19 i związane z nią restrykcje spowodowały okresowe zmniejszenie intensywności podróży, to już w okresie styczeń-marzec 2022 r. turystyka międzynarodowa odnotowała wzrost o 182% w porównaniu do roku poprzedniego [19]. Należy przy tym pamiętać, że w globalnej liczbie podróży szacowanej przez UNWTO mieszczą się również te związane z codziennymi aktywnościami. Obecnie średnia światowa dzienna odległość jazdy dla samochodów osobowych wynosi od 25 do 50 km [20]. Podsumowując można powtórzyć, że turystyka tworzy ok. 1/10 globalnego PKB i stanowi wiodący, jeśli nie jedyny, czynnik rozwoju gospodarczego i sektor zatrudnienia w wielu regionach świata. W Unii Europejskiej (UE) prawie 12% ogółu zatrudnionych znajduje pracę w sektorze turystycznym [21].

2.1.2. Osoby podróżujące

Zasadniczo w dziedzinie zdrowia publicznego uwaga jest skoncentrowana na dwóch grupach osób mobilnych: osobach podróżujących oraz migrantach i uchodźcach. Do grupy podróżujących można by zaliczyć turystów i podróżników, przede wszystkim w kontekście podróży zagranicznych i do krajów tropikalnych. Można przyjąć, że turyści, to osoby, które mają z góry określony plan podróży, pobytu i zwiedzania, podróżują w grupie, z wysokiej klasy bagażem, zatrzymują się w komfortowych hotelach czy pensjonatach, a posiłki jadają w restauracjach. Natomiast podróżnicy to poszukiwacze przygód i eksploratorzy, wyruszający w drogę z mniej precyzyjnym planem, podróżujący indywidualnie, z nieschematycznym bagażem, poruszający się poza utartymi szlakami i nie różniący się zwyczajami oraz wyglądem od tubylców. Jednak takie stereotypowe spojrzenie na turystów i podróżników nie wytrzymuje konfrontacji z rzeczywistością. W dziedzinie zdrowia publicznego grupy te traktowane są łącznie jako podróżujący (*travelers*). I tak np. amerykańska *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) zalicza do nich osoby podróżujące w celu odwiedzin krewnych czy znajomych, udające się na wypoczynek, po przygodę, na studia za granicą, w podróż biznesową, w celach medycznych lub seksualnych, do pracy humanitarnej albo na zgromadzenia masowe [22].

Jak widać przyjęte spektrum osób podróżujących jest bardzo szerokie i w pewnym stopniu pokrywa się z podziałem z obszaru turystyki.

2.1.3. Migranci i uchodźcy

Drugą grupą w kręgu zainteresowań zdrowia publicznego są migranci i uchodźcy. Migranci (*migrants*) podobnie jak podróżujący (*travelers*) nie są grupą jednorodną. Według Międzynarodowej Organizacji ds. Migracji (*Interational Organization for Migration, IOM*), będącej częścią systemu ONZ, określenie migrant ogólnie dotyczy osób, które zmieniły miejsce swojego stałego pobytu, zarówno wewnątrz kraju jak też w wyniku przekroczenia granic międzypaństwowych. Termin należy interpretować zdroworozsądkowo, ponieważ w prawie międzynarodowym nie ma definicji migranta [23].

Sednem migracji jest chęć czasowego lub stałego zatrzymania się w miejscu docelowym, toteż do grupy migrantów nie zalicza się turystów. Migranci nie są bezpośrednio (czyli klęską, przemocą czy prześladowaniem) zmuszani do opuszczenia miejsca pobytu, ale mają różne i ważne powody, aby opuścić to miejsce. Istnieją liczne podgrupy migrantów, w tym tzw. migranci udokumentowani i nieudokumentowani. Migrantami udokumentowanymi są osoby, które posiadają ważne dokumenty podróży (np. wizę, prawo pobytu) i/lub pozwolenie na pracę lub studia, a nieudokumentowanymi osoby przebywające w danym miejscu bez ważnych dokumentów i pozwoleń. Do tej ostatniej grupy zalicza się np. osoby, które samowolnie przedłużyły pobyt (np. nie uzyskały azylu lub przedłużenia wizy), przemycone do pracy (nierządkiem niewolniczej) bądź ofiary handlu ludźmi. W USA osoba legalnie dopuszczona do pobytu w tym kraju jest nazywana imigrantem.

IOM informuje, że próby zharmonizowania krajowych statystyk dotyczących migracji są prowadzone od 1954 r. Niemniej potrzebne są dalsze prace na poziomie międzynarodowym zmierzające do uzyskania pełnego obrazu tego procesu i struktury grup migrujących [24]. Według szacunków IOM w 2020 r. migranci międzynarodowi stanowili 3,6% populacji globalnej, a ich liczba osiągnęła pułap 281 mln, z niewielką liczebną przewagą mężczyzn (146 mln). Oznacza to, że gdyby migranci utworzyli własny kraj, byłoby to po Chinach, Indiach i Stanach Zjednoczonych czwarte, najbardziej zaludnione państwo na świecie. Szacunkowa liczba migrantów międzynarodowych wzrosła w ciągu ostatnich pięciu dekad, a liczba z 2020 r. była trzykrotnie większa niż w 1970 r. W 2020 r. liczbę pracowników migrujących oszacowano na 163 mln. Zarejestrowane przekazy pieniężne od migrantów do krajów pochodzenia wyniosły 702 mld USD, ale nie ma wiedzy o nieformalnych przepływach pieniężnych. Krajem, który przyjmuje najwięcej migrantów (tzw. przyjmującym) są Stany Zjednoczone, ale kraje europejskie łącznie przyjęły największą liczbę migrantów, tj. 86,7 mln w latach 1990-2020 r., co stanowi 30,9% populacji migrantów międzynarodowych [25]. Pandemia COVID-19 zakłóciła i zahamowała ruchy migracyjne na świecie, zarówno w aspekcie wyjazdów jak powrotów.

Ponadto wyróżnia się inne podgrupy osób migrujących. Są to osoby zmuszone do zmiany miejsca pobytu, w tym występujące o udzielenie ochrony międzynarodowej. W Polsce ochronę taką może zapewnić status uchodźcy, azyl, ochrona uzupełniająca, pobyt tolerowany i humanitarny. Zgodnie z prawem

międzynarodowym (Konwencja dotycząca statusu uchodźców, 1951) uchodźcą jest osoba, która ze względu na uzasadnioną obawę przed prześladowaniami z powodu rasy, religii, narodowości, przynależności do określonej grupy społecznej lub opinii politycznej, znajduje się poza krajem swojego obywatelstwa i nie może lub, z powodu obaw, nie chce skorzystać z ochrony tego kraju. Uchodźcą jest także ktoś, kto nie mając obywatelstwa i przebywając poza krajem swojego zwykłego pobytu, w wyniku takich uwarunkowań, nie może lub nie chce do niego wracać.

Według danych Wysockiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. uchodźców (*United Nations High Commissioner for Refugees*, UNHCR) w połowie 2022 r. na świecie żyło 27,1 mln uchodźców (w tym 5,8 mln z Palestyny), 4,6 mln osób poszukujących azylu i ponad 53 mln osób przesiedlonych wewnątrz własnego kraju [26]. Do 24 lutego 2023 r. w całej Europie odnotowano ponad 7,8 mln uchodźców z Ukrainy, a kolejnych 6,5 mln uważa się za przesiedleńców wewnętrznych w Ukrainie [27].

Powyższa skrócona charakterystyka osób podróżujących oraz migrantów i uchodźców pokazuje złożoność cech i sytuacji takich osób oraz procesów związanych z podróżami i migracją.

2.2. Zagrożenia dla zdrowia związane z podróżami i migracjami

2.2.1. Osoby podróżujące

Pomimo zalet podróży niosą ryzyko zdrowotne związane zarówno z warunkami, w jakich odbywa się podróż jak realiami docelowego miejsca pobytu. Niemalże znaczenie ma stan zdrowia osoby, która wybiera się w podróż oraz podejmowane przez nią zachowania i środki profilaktyczne. Wśród podróżujących odnotowuje się różne problemy zdrowotne, takie jak choroba lokomocyjna, wysokościowa, bóle głowy, zmęczenie, bezsenność, gorączka, problemy alergiczne, dermatologiczne, żołądkowo-jelitowe, ze strony układu oddechowego oraz ukąszenia, użądlenia i urazy [28,29].

Najbardziej powszechnym problemem jest biegunka podróżnych, nazywana w Polsce zemstą faraona lub Montezumy. Wiadomo, że czynnikami zwiększającymi ryzyko zachorowania jest spożywanie wody i napojów o złej jakości (w tym używanie kostek lodu do napojów), spożywanie żywności przygotowanej bez należytej obróbki cieplnej i ostrożności [30] oraz trudności związanych z zachowaniem higieny (mycie rąk, korzystanie z WC). Problemy te są częściej spotykane podczas wypraw do krajów tropikalnych, które jednocześnie są popularnym celem wyjazdów [31]. Istotnym problemem są muchy, komary i kleszcze, które mogą przenosić liczne choroby. Równie ważnym, choć często ignorowanym problemem, jest przygodny seks, który może prowadzić do zakażeń przenoszonych drogą płciową [32]. Wiele osób jest bardziej skłonnych do podejmowania różnych zachowań ryzykownych podczas wyjazdu niż w środowisku domowym [33].

Oszacowanie odsetka podróżnych, którzy zapadają na choroby podczas pobytu za granicą jest trudne, ponieważ chorzy mogą nie szukać profesjonalnej pomocy, jeśli mają łagodne objawy chorobowe lub nie wiedzą, gdzie i jak uzyskać dostęp do opieki zdrowotnej w kraju, który odwiedzają. Po powrocie podróżni mogą nie wiązać swojej choroby z odbytą podróżą, zwłaszcza w przypadku chorób zakaźnych o długim okresie inkubacji, których objawy pojawiają się dopiero tygodnie lub miesiące po przyjeździe [34]. Z badań wynika, że od kilku do kilkudziesięciu procent międzynarodowych podróżnych choruje w trakcie lub po podróży, jednak najczęściej są to choroby, które nie zagrażają życiu podróżującego ani nie zwiększają ryzyka populacyjnego [28,29].

W kontekście podróżowania największej uwagi poświęca się chorobom zakaźnym. We współczesnym świecie ryzyko zachorowania na chorobę zakaźną i związane z tym ryzyko populacyjnego szerzenia się zakażenia jest wysokie. Wzrost liczby ludności, szybka urbanizacja, degradacja środowiska i nadużywanie środków przeciwdrobnoustrojowych zakłócają równowagę świata drobnoustrojów. Globalizacja i powiązane zmiany w gospodarkach i społeczeństwach sprzyjającą m.in. większej wymianie towarów i podróżom. W takiej sytuacji zakażenia mogą być wywoływane zarówno nowymi patogenami jak również nowymi odmianami istniejących bakterii i wirusów chorobotwórczych, których podtypy spowodowały już epidemie albo których potencjał chorobotwórczy może się dopiero ujawnić [35]. Może to prowadzić do wystąpienia ognisk, zawleczenia chorób i szerzenia się epidemii. Stanowi to ważne ostrzeżenie dla poszczególnych podróżujących, społeczności i systemów zdrowotnych.

Obszary podwyższonego ryzyka zachorowania na tzw. wielką trójkę chorób zakaźnych (malaria, AIDS, gruźlica) [36] oraz na nowo pojawiające się choroby zakaźne (*emerging infectious diseases*, EID) [37,38] są rejonami, do których licznie wyjeżdżają np. obywatele UE. Jednocześnie są to rejonami, z których migranci przybywają do Europy. Przykład ten pokazuje, że obecnie ludzkość żyje w jednym „ekosystemie chorób zakaźnych”.

2.2.2. Migranci i uchodźcy

Nieodłącznym elementem zjawiska migracji jest dylemat jak pogodzić szeroko rozumiane bezpieczeństwo ludności kraju przyjmującego z poszanowaniem praworządności i praw człowieka wobec migrantów. Jedną ze składowych jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego, tj. zminimalizowanie ryzyka i wpływu zdarzeń, które zagrażają zdrowiu ludzi, w tym minimalizowania ryzyka zawleczenia groźnych chorób zakaźnych. A ryzyko to w znacznym stopniu zależy od regionu geograficznego i kraju pochodzenia migranta. W tym celu opracowywane są procedury wstępnych badań stanu zdrowia osób migrujących. Wsparcia w tym zakresie udziela IOM. Liczne kraje przyjmujące (np. Australia czy USA) mają od dawna opracowane zasady

przeprowadzenia skriningów wśród osób, które starają się o legalny wjazd do tych krajów. W wyniku selekcji kraje te zapewniają sobie także imigracyjną zdrową siłę roboczą. W Wielkiej Brytanii istnieją porady i wytyczne dla pracowników opieki zdrowotnej do przeprowadzenia oceny stanu zdrowia nowo przybyłych migrantów, uchodźców i poszukujących azylu [39,40]. Europejskie centrum ds. kontroli chorób (*European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC*) w kwietniu 2022 r. udostępniło w kilku językach wskazówki dla pracowników opieki zdrowotnej dotyczące indywidualnej oceny zdrowia uchodźców uciekających przez wojnę w Ukrainie [41].

Przykłady te pokazują, że proaktywne metody zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego są znane i wykorzystywane, jednak znaczna część działań ma charakter reaktywny, tj. podejmowanych już po zaistnieniu zagrożenia.

Teoretycznie migracja może zarówno poprawić jak i pogorszyć stan zdrowia jednostki. Jednak proces migracji jest najczęściej powiązany z czynnikami, które mają negatywny wpływ na zdrowie i dobrostan migrantów. Znaczenie mają uwarunkowania sprzed migracji (np. status społeczno-ekonomiczny, stan zdrowia, sytuacja epidemiologiczna w kraju pochodzenia, zmiana klimatu), czynniki występujące w fazie podróży (np. czas i warunki podróży, środek transportu, podróż indywidualna lub grupowa) oraz po przybyciu do miejsca docelowego (polityka migracyjna i procedury w kraju docelowym). Problemy zdrowotne migrantów w krajach tranzytowych i docelowych powstają (lub nasilają się) z powodu m.in. różnic językowych i kulturowych, wykluczenia społecznego, instytucjonalnej dyskryminacji. Finalnie sprzyja to ubóstwu, bezdomności i wyzyskowi, co stwarza ryzyko rozwoju chorób.

W kraju docelowym migranci zazwyczaj rzadziej korzystają z usług miejscowej opieki zdrowotnej niż ludność rdzenna i np. w Niemczech jest to szczególnie widoczne wśród migrantów pierwszego pokolenia [42]. Prawidłowością jest, że migranci częściej korzystają z pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, SOR) niż z opieki ambulatoryjnej [43], co obrazuje problemy z dostępem do opieki zdrowotnej, ubezpieczeniem zdrowotnym lub brakiem umiejętności korzystania ze świadczeń. Pandemia COVID-19 zaostrzyła problemy z dostępnością świadczeń, zwłaszcza w grupie migrantów nieudokumentowanych, i pogłębiła istniejące nierówności w zdrowiu między migrantami a ludnością rdzenną [44].

W USA, Kanadzie czy Australii odnotowuje się tzw. efekt zdrowego migranta (*healthy migrant effect*), który polega na tym, że wśród migrantów obserwuje się lepszy stan zdrowia niż średnio w porównywalnych populacjach w kraju wysyłającym i przyjmującym. Po jakimś czasie od wjazdu ci relatywnie zdrowi ludzie są już w gorszej sytuacji zdrowotnej niż populacja miejscowa. Zjawisko to doczekało się wielu badań. Ustalenia z krajów UE sugerują, że efekt zdrowego migranta nie przybiera tu tak jaskrawej formy. Wydaje się, że migranci do Europy są również subpopulacją wyselekcjonowaną pod względem zdrowia, ale nie w tak wysokim stopniu jak w przypadku osób migrujących do wymienionych krajów [45]. Jednak również w Europie można odnotować różnice w sytuacji zdrowotnej migrantów i populacji przyjmującej [46], zwłaszcza jeśli mówić o pracujących fizycznie migrantach pierwszego pokolenia [47]. Ogólnie – migranci w krajach UE określonych jako wykluczające (Austria, Dania) są w gorszej sytuacji społeczno-ekonomicznej i zdrowotnej niż w krajach wielokulturowych (Wielka Brytania, Włochy, Hiszpania, Holandia, Szwecja, Belgia, Portugalia, Norwegia, Finlandia) [48]. Stwierdzono, również, że krajowy kontekst i polityka migracyjna wpływają negatywnie na trzy mierniki stanu zdrowia u cudzoziemców mieszkających w krajach europejskich, tj. na samoocenę zdrowia, występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych i zgłaszanie choroby przewlekłej [49]. Ponadto w kontekście migracji należy zauważyć, że pojawiają się nowe zjawiska ściśle związane zdrowiem, takie jak np. adopcje zagraniczne czy macierzyństwo zastępcze, które też wymagałyby analizy ryzyka.

W przypadku uchodźców szczególnie ważnymi czynnikami ryzyka dla zdrowia są okoliczności poprzedzające wyjazd (wojna, konflikt, tortury, trauma) oraz drogi i sposoby ucieczki, dostęp do terytorium i procedur uchodźczych w kraju docelowym. Co do zasady uchodźcy i osoby szukające azylu, które są objęte ochroną międzynarodową, mają formalnie zapewniony dostęp do opieki zdrowotnej. Niemniej nawet takie osoby mają problemy z dostępem do świadczeń. Na przykład w Niemczech, posiadanie voucherów na leczenie jest związane z mniejszym wykorzystaniem świadczeń zdrowotnych niż posiadanie elektronicznej karty zdrowia [50]. Natomiast wśród uchodźców z Syrii, przebywających w Egipcie, stwierdzono, że decydujące znaczenie w dostępie do świadczeń zdrowotnych i korzystania z nich mają prywatne zasoby finansowe i dotyczy to także bezpłatnych świadczeń, które są finansowane przez UNHCR [51].

2.3. Interwencje zdrowotne związane z podróżami i migracjami

2.3.1. Osoby podróżujące

Każdy rodzaj celu podróży wiąże się z innym ryzykiem zdrowotnym i wymaga innych przygotowań oraz odpowiedniego postępowania po powrocie. Problematyką tą zajmuje się medycyna tropikalna i medycyna podróży, przy czym ta pierwsza gałąź powstała już w XIX w., a druga rozwinęła się mniej więcej dwie dekady temu.

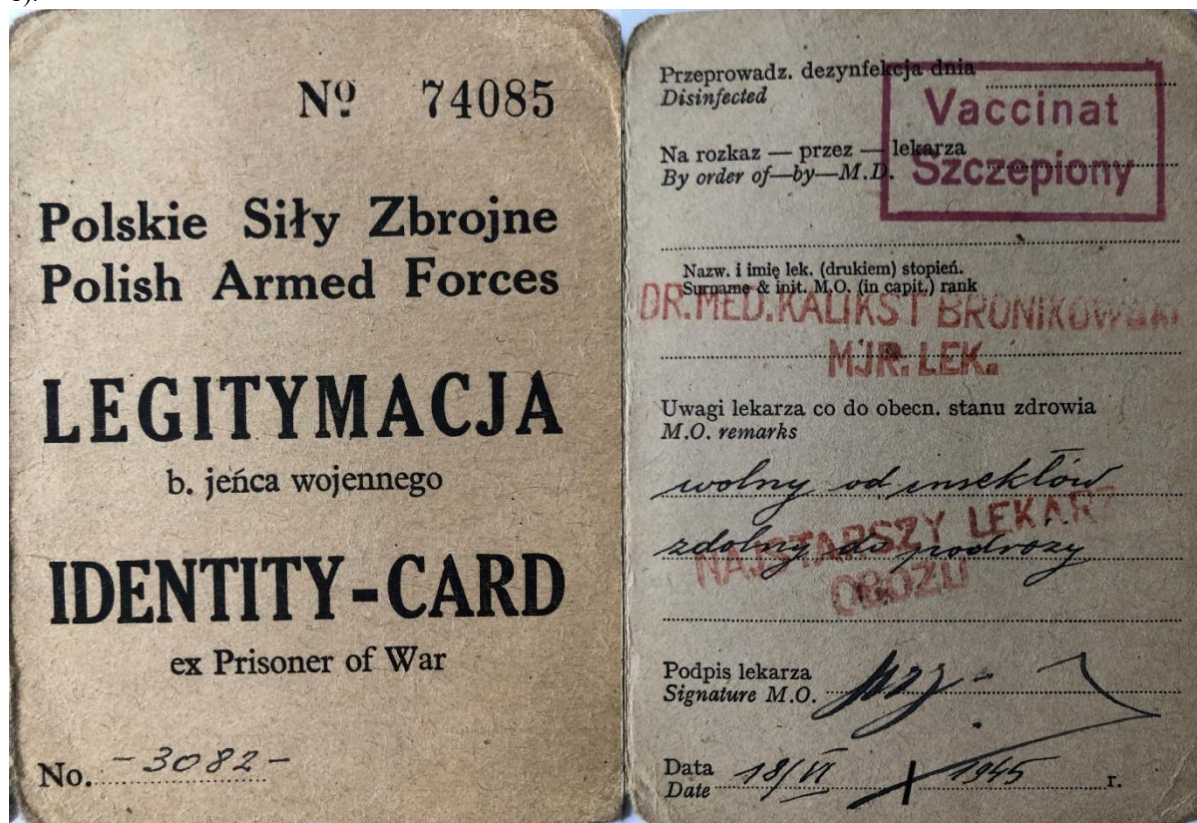
Medycyna podróży łączy wiedzę z różnych działów medycyny, w tym epidemiologii, chorób zakaźnych, zdrowia publicznego, medycyny tropikalnej, fizjologii wysokościowej, psychiatrii, medycyny pracy, medycyny wojskowej i migracyjnej oraz zdrowia środowiskowego. Zajmuje się także bezpieczeństwem osobistym i

zapobieganiem zagrożeniom środowiskowym [52]. Zadaniem medycyny podróży są przede wszystkim działania profilaktyczne mające zapobiegać chorobom i urazom osób podróżujących, ale też leczenie problemów i chorób u osób powracających. Dyscyplina ta zajmuje się również poprawą usług zdrowotnych związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa podróży [53]. Przedstawiciele dyscypliny gromadzą się wokół Międzynarodowego Towarzystwa Medycyny Podróży (*International Society of Travel Medicine*, ISTM; <https://www.istm.org>), które powstało w 1991 r. Istnieją też czasopisma naukowe poświęcone tej tematyce, między innymi wysoko oceniany *Journal of Travel Medicine*. W Polsce w 2004 r. utworzono Polskie Towarzystwo Medycyny Morskiej, Tropikalnej i Podróży (<https://ptmmp.pl>) z siedzibą w Gdyni, które zrzesza pracowników ochrony zdrowia oraz inne osoby zainteresowane zagadnieniami związanymi z medycyną morską, tropikalną oraz interdyscyplinarną medycyną podróży. Akademickie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni, Samodzielny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku, jest ośrodkiem naukowo-badawczym w tej dziedzinie – jednym z nielicznych w Polsce.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization*, WHO) osoby planujące podróż powinny skontaktować się z lekarzem specjalizującym się w medycynie podróży co najmniej cztery do ośmiu tygodni przed wyjazdem [54]. Wizyta ma przede wszystkim na celu poinformowanie podróżnego o potencjalnych zagrożeniach dla zdrowia, wymaganych i zalecanych szczepieniach ochronnych, chemioprophylaktyce antymalarycznej i innych specyficznych lekach oraz problemach, które mogą być ważne podczas pobytu w miejscu docelowym. W dobie pandemii COVID-19 WHO podawała dodatkowe zalecenia odnośnie do podróży, w tym np. dotyczące pobytu w hotelach i udziału w zgromadzeniach masowych – podobnie jak wiele innych agencji.

2.3.2. Migranci i uchodźcy

Ochrona zdrowia migrantów i uchodźców, w przeciwieństwie do ochrony zdrowia osób podróżujących, ma stosunkowo krótką historię i mniejsze doświadczenia, bowiem bardziej wnikliwie zainteresowanie tą problematyką pojawiło się ok. 20 lat temu. Gwoli prawdy – opinii takiej może przeczytać postępowanie lekarskie podjęte w czerwcu 1945 r. wobec byłego jeńca wojennego oflagu VII A Murnau przed powrotem do Polski (ryc. 1).



Rycina 1. Fragmenty legitymacji byłego jeńca wojennego z oflagu VII A Murnau. Źródło: archiwum rodzinne.

Ograniczeniem w podejmowaniu racjonalnych działań jest złożoność sytuacji osób migrujących, jak np. cech społeczno-demograficznych, motywów, stanu zdrowia, regulacji prawnych w miejscach docelowych i statusów prawnych. Ponadto nie ma wystarczającej liczby badań na temat sytuacji zdrowotnej i potrzeb grup migrujących [55]. Jednym z przykładów zmierzających do oceny zdrowia migrantów jest system informacji (*electronic Personal Health Record*, ePHR), który rejestruje dane dotyczące zdrowia nowo przybyłych

migrantów i został wdrożony w ośmiu krajach europejskich (Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Grecja, Włochy, Rumunia, Serbia i Słowenia). System ten został opracowany przez IOM po kryzysie migracyjnym w 2015 r. [56].

Rutynowym krokiem do ochrony zdrowia migrantów i uchodźców jest poprawa dostępności dobrych jakościowo świadczeń zdrowotnych. Obejmuje to aspekty dotyczące przede wszystkim:

- organizacji podaży świadczeń (liczba, miejsce, godziny działania, adekwatność do potrzeb, ubezpieczenia zdrowotne, koszt),
- przygotowania pracowników ochrony zdrowia (liczba, szkolenia, wrażliwość kulturowa, tłumacze, struktura narodowo-etniczna),
- stworzenia systemu informacyjnego (gromadzenie danych, analiza danych niezagregowanych wg kryteriów takich jak np. wiek, płeć i gender, status prawny, uwidocznienie potrzeb migrantów),
- zapewnienia dostępu do podstawowych leków, szczepionek i technologii (bezpiecznych, skutecznych, niekosztownych).

W tym celu niezbędne jest zapewnienie odpowiedniego finansowania, przywództwo, zarządzenie oraz współpraca w obrębie systemu zdrowotnego (np. medycyna pracy, ochrona zdrowia psychicznego, zdrowie seksualne i reprodukcyjne oraz prawa w tej dziedzinie), a także z podmiotami spoza systemu zdrowotnego [57,58].

Ważne jest zwiększanie wiedzy i umiejętności migrantów i uchodźców dotyczących zdrowia oraz zmniejszanie różnic między kompetencjami zdrowotnymi migrantów a rdzennymi mieszkańcami krajów przyjmujących. Uważa się, że procesy te powinny opierać się na podejściu integracyjnym, a nie asymilacyjnym [59]. Obecnie w polityce migracyjnej dominują podejścia integracyjne, dwukierunkowe, w których społeczność imigrantów i przyjmująca uczą się wzajemnie od siebie i dostosowują do siebie [60].

Konieczne są też działania proaktywne, *upstream*, wyprzedzające zły stan zdrowia, tj. polityki publiczne ukierunkowane na dalsze, społeczne determinanty zdrowia. WHO zwraca tu uwagę np. na polityki upodmiotowienia migrantów, edukacji inkluzywnej, przeciwdziałania wykluczeniu, dostępności rynku pracy, ograniczania ryzyka zawodowego, godziwych warunków mieszkaniowych i dostępności żywności [61].

2.4. Rozwiązania systemowe na rzecz zdrowia osób podróżujących, migrantów i uchodźców

2.4.1. Osoby podróżujące

W 1967 r. agencja CDC opublikowała pierwszą tzw. Żółtą księgę (*CDC Health Information for International Travel*) pod postacią skromnej broszury dla podróżnych w celu informowania o Międzynarodowych Przepisach Zdrowotnych (*International Health Regulation, IHR 1951*). Od tego czasu Żółta księga znacznie się powiększyła, zarówno pod względem zakresu tematyki jak głębi informacji, także w związku z przyjęciem nowych przepisów IHR (2005). Przede wszystkim adresowana jest do lekarzy, pielęgniarek i farmaceutów, ale również do pracowników branży turystycznej, korporacji międzynarodowych, organizacji misyjnych i wolontariackich oraz indywidualnych podróżników [62]. Na stronie internetowej CDC (<https://wwwnc.cdc.gov/travel>) podawane są dodatkowe informacje, takie jak np. warunki w krajach docelowych, opisy chorób, adresy klinik czy materiały szkoleniowe dla profesjonalistów ochrony zdrowia. Podobne kroki są podejmowane w wielu krajach. Działania te są przykładem dbałości rządu o zdrowie obywateli.

Działalność informacyjną, edukacyjną i popularyzacyjną w skali ponadnarodowej prowadzi WHO. Począwszy od połowy lat 80. XX w. udostępnia informacje na temat zdrowia podróżnych, a pierwsza kompletna wersja publikacji pt. *International Travel and Health (ITH)* – tzw. Zielonej księgi – ukazała się w 2002 r. [63]. Informacje skierowane do profesjonalistów udostępnia *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)*.

Ponadto informacji i wsparcia powinni udzielać ubezpieczyciele i touroperatorzy. Na przykład w Polsce, organizator turystyki lub agent turystyczny ma obowiązek informowania podróżnych m.in. o przepisach sanitarnych oraz o wymaganiach zdrowotnych dotyczących udziału w imprezie turystycznej, a także o ubezpieczeniach obowiązkowych lub dobrowolnych na pokrycie kosztów świadczenia pomocy, w tym kosztów powrotu do kraju w razie wypadku, choroby lub śmierci [64]. W Polsce informacji o szczepieniach niezbędnych przy wjeździe do niektórych krajów oraz o zalecanych, a także o punktach, w których wykonuje się szczepienia udziela Państwowa Inspekcja Sanitarna.

Pomimo takich starań w skali świata daleko jest do eliminacji chorób zakaźnych wśród osób podróżujących. Problemy z dostępnością świadczeń medycyny podróży, brak profesjonalnej konsultacji medycznej przed wyjazdem, nieprzestrzeganie zasad higieny, zwłaszcza w krajach tropikalnych, niestosowanie właściwej profilaktyki oraz opóźnienia w postawieniu prawidłowego rozpoznania klinicznego u chorych powracających z podróży, to nadal ważne czynniki ryzyka dla osób podróżujących [65]. Aby przezwyciężyć te problemy ważne byłoby np. nadanie priorytetów chorobom zakaźnym, aby ukierunkować i poprawić metody zapobiegania i kontroli, a także odpowiednio alokować siły i środki [66]. W celu poprawy sytuacji potrzebny byłby globalny system nadzoru zapewniający ocenę ryzyka związanego z podróżą i możliwość szybkiego reagowania. Obecnie istniejąca sieć GeoSentinel stwarza pewne możliwości, jednak jej dane pochodzą z ograniczonej liczby klinik medycyny podróży i tropikalnej [67]. Nie odnoszą się też do całkowitej liczby podróżnych, bez których nie można określić zapadalności i ryzyka. Ważne byłoby udostępnianie danych w

czasie rzeczywistym, a nie z opóźnieniem. Równolegle należałoby też uwzględnić odpowiedni czas obserwacji, aby wychwycić zachorowania po przyjeździe. Zbyt długi czas obserwacji może powodować błędne uznanie podróży za przyczynę dolegliwości, a zbyt krótki nie pozwoli na wychwycenie chorób o długim okresie bezobjawowym, jak WZW typu C, zakażenie HIV czy malaria spowodowana *Plasmodium ovale*. Problem decyzji o czasie obserwacji jest spotęgowany faktem, że duża liczba przypadków chorób charakteryzuje się początkowo łagodnym przebiegiem klinicznym, a więc nie skłania podróżującego do poszukiwania profesjonalnej pomocy medycznej [68].

Od lat wiadomo przy tym, że do poprawy ochrony zdrowia osób podróżujących niezbędna jest współpraca międzysektorowa, w tym współpraca przedstawicieli różnych sektorów gospodarki z podróżującymi i harmonizacja wysiłków [69].

2.4.2. Migranci i uchodźcy

Pogłębiona i powszechniejsza refleksja nad zdrowiem migrantów i uchodźców pojawiła się później niż w przypadku osób podróżujących. Trudno jest oprzeć się wrażeniu, że przez długie lata troska o „swoich podróżujących” była większa niż o „obcych migrantach”. Obecnie publikuje się coraz więcej informacji na temat sytuacji zdrowotnej migrantów, zwłaszcza w krajach z dużą populacją takich osób (np. USA czy Kanada) i przybywa badań na ten temat. Jednak przedsięwzięcia te nie są wystarczające do zarządzania zdrowiem migrantów.

Organizacja IOM powstała w 1951 r. w reakcji na problemy związane z ogromną liczbą osób przesiedlonych w Europie w czasie II wojny światowej. Od początku istnienia jednym z jej zadań było dostarczanie świadczeń zdrowotnych. Od 2000 r. flagową publikacją IOM jest *World Migrant Report* wydawany średnio co dwa lata. Kwestie zdrowia migrantów umieszczono po raz pierwszy w drugim wydaniu z 2003 r. Rok później na 88 posiedzeniu Rady IOM dyskutowano sprawy zdrowia migrantów i wyostroszono rodzaj oświadczenia pt. „*Migrant health for the benefit of all*” [70].

WHO omawiała sprawę zdrowia migrantów w 2008 r. na 61 Światowym Zgromadzeniu Zdrowia (*World Health Assembly, WHA*) i podjęła wtedy rezolucję na ten temat [71]. Dwa lata później w Madrycie odbyła się szeroka międzynarodowa konsultacja dotycząca tej problematyki [72]. Po kolejnych dziewięciu latach, w 2019 r., powstał „*WHO Draft Global Action Plan: Promoting the health of refugees and migrants (2019-2023)*”, który przyjęto na 72 posiedzeniu WHA [73]. Plan określił 6 priorytetów, którym przypisano liczne zadania. Krytycy tego dokumentu stwierdzili, że struktura planu nie uwzględnia wielu kluczowych aspektów. I tak np. brakuje w nim narzędzi do kontroli wykonania zadań i nie przewiduje się udziału migrantów w procesach decyzyjnych. Stwierdzono też, że akcentowane istotnych wartości, kwestii etycznych i prawnych nie musi mieć wpływu na polityczne uwarunkowania zdrowia migrantów [74].

WHO stoi na stanowisku, że wszyscy ludzie, w tym migranci i uchodźcy, powinni mieć możliwość korzystania z prawa do zdrowia i dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych skoncentrowanych na człowieku. Możliwość ta nie powinna być ograniczona przeszkodami finansowymi. Dostępność usług i ochrona finansowa przed skutkami złego zdrowia wyrażają aktualną politykę WHO znaną pod nazwą *universal health coverage*. Systemy zdrowotne powinny uwzględniać potrzeby uchodźców i migrantów w krajowych oraz lokalnych politykach zdrowotnych, w finansowaniu, planowaniu, wdrażaniu, monitorowaniu oraz ewaluacji działań. W sytuacjach kryzysowych, gdy konieczne jest szybkie reagowanie na potrzeby zdrowotne, może zaistnieć wymóg zapewnienia opieki zdrowotnej poprzez świadczenia zorganizowane równoległe do istniejącego systemu. Jednak w dłuższej perspektywie zdrowie migrantów i uchodźców powinno być włączone do istniejących struktur systemu zdrowia [75].

Obecnie podkreśla się, że brak dostępu do odpowiedniej opieki zdrowotnej, tradycyjnie obwiniany za trajektorię pogarszania się stanu zdrowia migrantów, nie jest jedynym czynnikiem odpowiedzialnym za taki stan rzeczy. Ogromne znaczenie mają kwestie społeczne, kulturowe, ekonomiczne i polityczne, toteż potrzebna jest współpraca interdyscyplinarna i międzysektorowa, a także międzynarodowa, w tym realizowanie porozumień takich jak *UN Global Compact for Migration (2018)* oraz *UN Global Compact on Refugees (2018)* [76,77]. Tak więc coraz więcej uwagi poświęca się politykom publicznym, zwłaszcza migracyjnym. Niestety, np. w krajach UE, gdzie obowiązuje swobodny przepływ osób, nie osiągnięto porozumienia w sprawie wspólnej polityki migracyjnej i azylowej. Polityki te, a także integracja migrantów i uchodźców były przez lata piętą Achillesową Polski [78].

Podsumowanie

Mobilność, podróże i zmiana miejsca pobytu to znak obecnych czasów, który ma liczne i różnorodne uwarunkowania, a także liczne konsekwencje zdrowotne, społeczne, gospodarcze i polityczne. Zagadnienia dotyczące zdrowia osób podróżujących oraz migrantów i uchodźców nabierają coraz większego znaczenia w poszczególnych krajach oraz w skali międzynarodowej. Niniejsze opracowanie nie wyczerpuje problematyki związków mobilności ze zdrowiem. Jednym z aspektów tej problematyki, podkreślanym od dawna i bardzo ważnym z perspektywy zdrowia publicznego, są zależności między zmianą klimatu a przemieszczaniem się ludności oraz zdrowiem [79].

Piśmiennictwo

1. Institute for Applied Positive Research. Planning travel creates happiness. https://www.ustravel.org/sites/default/files/media_root/document/PlanningTravel_MichelleGielan.pdf. (dostęp: 2023.02.19).
2. Weinmann S. Cultural encounters of the stimulating kind: personal development through culture shock. Paper presented at the Central States Conference on the Teaching of Foreign Languages, St. Louis 1983. (dostęp: 2023.02.19).
3. Elinkowski K, Romney M. Making Time for Friends: A Scientific How-To Guide for Maintaining and Strengthening Friendship in Adulthood2020. Master of Applied Positive Psychology (MAPP) Capstone Projects. 183. https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1186&context=mapp_capstone. (dostęp: 2023.02.19).
4. Erichsen EA. Learning for change: Transforming international experience as identity work. *Journal of Transformative Education* 2012; 9(2):109-133. DOI: 10.1177/1541344611428227.
5. Couper G. Travels to oneself : A Psychological Analysis of How Study Abroad and Positive Regression Impact Personal Growth and Behaviour; 2013. https://www.researchgate.net/publication/267624322_TRAVELS_TO_ONESSELF_A_Psychological_Analysis_of_How_Study_Abroad_and_Positive_Regression_Impact_Personal_Growth_and_Behaviour#fullTextFileContent. (dostęp: 2023.02.19).
6. Chruszczewski HM. Zdolności w akcji. Pozaintelektualne uwarunkowania efektywności operacji wytwarzania dywergencyjnego i konwergencyjnego. Warszawa; Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego;2013:13-29.
7. Grubler A, Nakicenovic N. Evolution of transport systems. Laxenburg, International Institute for Applied Systems Analysis (IIASA);1991:89. <https://pure.iiasa.ac.at/id/eprint/3486/1/RR-91-008.pdf>. (dostęp: 2023.02.19).
8. Rekordowa liczba pasażerów na lotniskach w Europie. Jak wypadło Lotnisko Chopina?. *Business Insider Polska*; 20.08.2017. <https://businessinsider.com.pl/lifestyle/podroze/liczba-pasazerow-na-lotniskach-w-europie-w-2016-roku/38e1pgs>. (dostęp: 2022.10.30).
9. Kamata K, Birrer RB, Tokuda Y. Travel medicine: Part 1-The basics. *J Gen Fam Med*. 2017;18(2):52-55. DOI: 10.1002/jgf2.39.
10. UN World Tourism Organization. UNWTO tourism highlights; 2014. <https://www.e-unwto.org/doi/pdf/10.18111/9789284416226>. (dostęp: 2023.02.19).
11. UN World Tourism Organization. Tourism set to return to pre-pandemic levels in some regions in 2023. 17 January 2023. <https://www.unwto.org/taxonomy/term/347>. (dostęp: 2023.02.19).
12. Molesztak AM. Dynamika współczesnej rodziny. *Horyzonty Wychowania* 2017;16(38):73-88. <https://horyzontywychowania.ignatianum.edu.pl/HW/article/view/1086>. (dostęp: 2023.02.19).
13. Ogrodzka-Mazur E. Współczesna rodzina migracyjna w przestrzeni społecznej, (wielo)kulturowej i edukacyjnej. W: Syrek E, (red.)*Czas społeczny akademickiego uczestnictwa w rozwoju i doskonaleniu civil society : księga jubileuszowa dedykowana profesorowi Andrzejowi Radziejewiczowi-Winnickiemu w 65. rocznicę urodzin*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego;2010:445-461. https://www.wydawnictwo.us.edu.pl/sites/wydawnictwo.us.edu.pl/files/czas_spoeczny_-_czworoka_wprowadzenie_spis_tresci_stopka.pdf. (dostęp: 2023.02.19).
14. Pracownicy delegowani w UE. <http://wyborcza.pl/7,155287,22236965,dr-marek-benio-rewizja-unijnej-dyrektwy-to-walka-o-to-dla.html>. (dostęp: 2023.02.19).
15. Rinaldi A, Fara GM, Marceca M. Travelling and migration are not the same thing. So, why do we continue to overlap their health issues? *Ann Ig*. 2011;23(3):275-80.
16. UN World Tourism Organization. Glossary of tourism terms. <https://www.unwto.org/glossary-tourism-terms>. (dostęp: 2023.02.19).
17. UN Department of Economic and Social Affairs. Statistics Division. International Recommendations for Tourism Statistics 2008. New York; United Nations; 2010:10. https://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/SeriesM_83rev1e.pdf#page=21. (dostęp: 2023.02.19).
18. UN World Tourism Organization. Global and regional tourism performance. <https://www.unwto.org/tourism-data/global-and-regional-tourism-performance>. (dostęp: 2023.02.19).
19. UN World Tourist Organization. Tourism recovery gains momentum as restrictions ease and confidence returns. <https://www.unwto.org/news/tourism-recovery-gains-momentum-as-restrictions-ease-and-confidence-returns>. (dostęp: 2023.02.19).
20. Solar On EV. Worldwide Daily Driving Distance is 25-50km? What about AU, US, UK, EU, and.... November 16,2021. <https://www.solaronev.com/post/average-daily-driving-distance-for-passenger-vehicles>. (dostęp: 2023.02.19).
21. Kachniewska M. Turystyka a pandemia. Czy mamy w tym roku szanse na wymarzone wakacje? *Gazeta SGH*; 15.05.2020. <https://gazeta.sgh.waw.pl/meritum/turystyka-pandemia-czy-mamy-w-tym-roku-szans-na-wymarzone-wakacje>. (dostęp: 2023.02.19).
22. Centers for Disease Control and prevention. Traveler Advice. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/traveler-information-center>. (dostęp: 2023.02.19).
23. International Organization for Migration. Glossary on Migration. Geneva: IOM;2019: 132-133. https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf. (dostęp: 2023.02.19).
24. International Organization for Migration. How countries manage migration data. Evidence from six countries. Geneva: IOM;2021: 9-14. <https://publications.iom.int/system/files/pdf/How-Countries-Manage-Migration-Data.pdf>. (dostęp: 2023.02.19).
25. McAuliffe M, Triandafyllidou A. (eds.).*World Migration Report 2022*. Geneva: International Organization for Migration (IOM); 2021: 24.
26. United Nations High Commissioner for Refugees. Figures at a glance. <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>. (dostęp: 2023.02.19).
27. United Nations High Commissioner for Refugees. Ukraine emergency. <https://www.unhcr.org/ukraine-emergency.html>. (dostęp: 2023.02.19).
28. Dia A, Gautret P, Adheossi E, et al. Illness in French travelers to Senegal: prospective cohort follow-up and sentinel surveillance data. *J Travel Med*. 2010;17(5):296-302. DOI: 10.1111/j.1708-8305.2010.00439.x.
29. Rack J, Wichmann O, Kamara B, et al. Risk and spectrum of diseases in travelers to popular tourist destinations. *J Travel Med*. 2005; 12(5):248-53. DOI:10.2310/7060.2005.12502.
30. Grabowski P, Behrens RH. Provision of health information by British travel agents. *Trop Med Int Health*. 1996;1(5):730-732. DOI: 10.1111/j.1365-3156.1996.tb00102.x.
31. Cossar JH, Reid D, Fallon RJ, et al. A cumulative review of studies on travelers, their experience of illness and the implications of these findings. *Journal of Infection* 1990; 21(1):27-42. DOI: 10.1016/0163-4453(90)90600-d.

32. Ryan ET, Kain KC. Health advice and immunizations for travelers. *N Engl J Med.* 2000; 342(23): 1716-1725. DOI: 10.1056/NEJM200006083422306.
33. Roupa Z, Zikos D, Vasilopoulos A, et al. Common Health Risks, Required Precautions of Travelers and their Customs Towards the Use of Travel Medicine Services. *Mater Sociomed.* 2012;24(2):131-4. DOI: 10.5455/msm.2012.24.131-134.
34. Angelo KM, Kozarsky PE, Ryan ET, et al. What proportion of international travellers acquire a travel-related illness? A review of the literature. *J Travel Med.* 2017; 24(5):10. DOI: 10.1093/jtm/tax046.
35. Vignier N, Bouchaud O. Travel, migration and emerging infectious diseases. *JIFCC.* 2018; 29(3):175-179.
36. Makam P, Matsa R. "Big Three" Infectious Diseases: Tuberculosis, Malaria and HIV/AIDS. *Curr Top Med Chem.* 2021;21(31):2779-2799. DOI:10.2174/1568026621666210916170417.
37. Poglód R, Rosiek A, Łętowska M. Nowo pojawiające się choroby zakaźne w aspekcie bezpieczeństwa krwi, *Acta Haematologica Polonica* 2013; 44(3):284-293. DOI:10.1016/j.achaem.2013.07.022 – 2 9 3.
38. Metcalf CJE, Lessler J. Opportunities and challenges in modeling emerging infectious diseases. *Science.* 2017; 357(6347):149-52. DOI: 10.1126/science.aam8335.
39. Office for Health Improvement and Disparities. Assessing new patients from overseas: migrant health guide. Updated 2 August 2021. <https://www.gov.uk/guidance/assessing-new-patients-from-overseas-migrant-health-guide>. (dostęp: 19.02.2023).
40. Knights F, Munir S, Ahmed H, Hargreaves S. Initial health assessments for newly arrived migrants, refugees, and asylum seekers *BMJ* 2022; 377 :e068821 DOI:10.1136/bmj-2021-068821.
41. European Centre for Disease Prevention and Control. Wskazówki dotyczące indywidualnej oceny zdrowia uchodźców uciekających przez wojnę w Ukrainie. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/UNHCR-Individual-Health-Assessment-05-04_PL.pdf. (dostęp: 2023.02.19).
42. Klein J, von dem Knesebeck O. Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: a systematic review. *Int J Equity Health* 2018; 17:160. DOI:10.1186/s12939-018-0876-z.
43. Nørredam M, Krasnik A. Migrants' access to health services. W: Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, et al. (red.). *Migration and health in the European Union.* Geneva: World Health Organization; 2011:67-80. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf. (dostęp: 2023.02.19).
44. World Health Organization. Refugee and migrant health. 2 May 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>. (dostęp: 19.02.2023).
45. Markides KS, Rote S, PhD, The Healthy Immigrant Effect and Aging in the United States and Other Western Countries. *The Gerontologist* 2019; 59(2):205-214. DOI:10.1093/geront/gny136.
46. Malmusi D, Borrell C, Benach J. Migration-related health inequalities: Showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Social Science & Medicine* 2010;71(9): 1610-1619. DOI:10.1016/j.socscimed.2010.07.043.
47. Gkiouleka A, Huijts T. Intersectional migration-related health inequalities in Europe: Exploring the role of migrant generation, occupational status & gender. *Social Science & Medicine* 2020;267: 113218. DOI:10.1016/j.socscimed.2020.113218.
48. Malmusi D. Immigrants' health and health inequality by type of integration policies in European countries. *European Journal of Public Health* 2015;25(2):293-299. DOI:10.1093/eurpub/cku156.
49. Giannoni M, Franzini L, Masiero G. Migrant integration policies and health inequalities in Europe. *BMC Public Health* 2016; 16,463. DOI:10.1186/s12889-016-3095-9.
50. Wenner J, Biddle L, Gottlieb N, et al. Inequalities in access to healthcare by local policy model among newly arrived refugees: evidence from population-based studies in two German states. *Int J Equity Health* 2022; 21,11. DOI:10.1186/s12939-021-01607-y.
51. Fares H, Puig-Junoy J. Inequity and benefit incidence analysis in healthcare use among Syrian refugees in Egypt. *Confl Health* 2021; 15,78. DOI:10.1186/s13031-021-00416-y.
52. Page SJ. Current issue in tourism: The evolution of travel medicine research: A new research agenda for tourism? *Tour Manag.* 2009;30(2): 149-157. DOI:10.1016/j.tourman.2008.04.011.
53. Leggatt P, Ross M, Goldsmid J. Introduction to travel medicine. W: Leggatt P, Goldsmid J. (red.). *Primer of travel medicine* (3rd ed.). Brisbane: Australasian College of Tropical Medicine; 2002: 3-21.
54. WHO. International travel and health. Situation as on 1 January 2012, Geneva 2012. Strona 3 <https://www.who.int/travel-advice>
55. Wickramage, K., Vearey, J., Zwi, A.B. et al. Migration and health: a global public health research priority. *BMC Public Health* 2018;18, 987. DOI:10.1186/s12889-018-5932-5.
56. Zenner D, Méndez AR, Schillinger S, et al. Health and illness in migrants and refugees arriving in Europe: analysis of the electronic Personal Health Record system. *Journal of Travel Medicine* 2022; 29(7):taac035. DOI:10.1093/jtm/taac035.
57. International Organization for Migration. Integrating Migration into Health Interventions: A Toolkit for International Cooperation and Development Actors. Brussels: IOM, WHO, ILO;2022:vii. <https://publications.iom.int/books/integrating-migration-health-interventions-toolkit-international-cooperation-and-development>. (dostęp: 2023.02.19).
58. World Health Organization. World report on the health of refugees and migrants. Health for all, including refugees and migrants: time to act now. Geneva: WHO; 2022:189-245. https://reliefweb.int/report/world/world-report-health-refugees-and-migrants-enarruzh?gclid=Cj0KCQIAi8KfBhCuARIsADp-A55iKKG0npZanal-yxrzAle5-Ji-j2U9xrYCOFQCa7qlfYC0JPZBoaAhipEALw_wcB. (dostęp: 2023.02.19).
59. Giannoni M, Franzini L, Masiero G. Migrant integration policies and health inequalities in Europe. *BMC Public Health* 2016;16, 463. DOI:10.1186/s12889-016-3095-9.
60. Macleod C. The Changing Concepts around Immigrant Integration. Migration Policy Institute, September 17, 2021. <https://www.migrationpolicy.org/article/changing-concepts-immigrant-integration>. (dostęp: 2023.02.19).
61. WHO Regional Office for Europe. How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen: WHO; 2010:12. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf. (dostęp: 2023.02.19).
62. Kozarsky PE, Henry R. Introduction to Travel Health & the CDC Yellow Book. W: CDC Yellow Book 2020. Oxford University Press. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/introduction/introduction-to-travel-health-and-the-cdc-yellow-book>. (dostęp: 2023.02.19).
63. World Health Organization. Report of an international consultation. International travel and health. WHO/WHE/CPI/2018.45:6. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275412/WHO-WHE-CPI-2018.45-eng.pdf>. (dostęp: 2023.02.19).

64. Ustawa z dnia 24 listopada 2017 r. o imprezach turystycznych i powiązanych usługach turystycznych. Dz.U. 2017 poz. 2361 z późn. zm.
65. Paul M, Mrówka K, Stefaniak J. Wpływ uwarunkowań geograficzno-środowiskowych oraz czynników behawioralnych na występowanie malarii importowanej do Polski przez turystów i misjonarzy powracających z krajów strefy tropikalnej. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2014;95:256–257.
66. Krause G. Prioritisation of infectious diseases in public health - call for comments. *Eurosurveillance* 2008; 13(10).
67. Leder K, Torresi J, Libman MD, et al. GeoSentinel surveillance of illness in returned travelers, 2007-2011. *Ann Intern Med.* 2013; 158(6):456-68. DOI: 10.7326/0003-4819-158-6-201303190-00005.
68. Kłudkowska M, Pielok Ł, Frąckowiak K. Rodzinne zachorowanie na malarię u małżeństwa podróżującego do Kamerunu (Afryka Środkowa). *Opis przypadków. Forum Medycyny Rodzinnej* 2016;10(1):50–58.
69. Binder A, Levitt AM, Sacks JJ, et al. Emerging Infectious Diseases: Public Health Issues for the 21st Century. *Science* 1999; 284(5418): 1311-1313. DOI:10.1126/science.284.5418.1311.
70. Migrant health for the benefit of all. MC/INF/275, 8 November 2004. https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd1486/files/2019-01/MC_INF_275.pdf. (dostęp: 2023.02.19).
71. World Health Organization. Resolution WHA61.17 on the Health of Migrants. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-en.pdf. (dostęp: 2023.02.19).
72. World Health Organization. Health of migrants: the way forward - report of a global consultation, Madrid, Spain, 3-5 March 2010. https://publications.iom.int/system/files/pdf/consultation_report_health_migrants.pdf. (dostęp: 2023.02.19).
73. World Health Organization. Promoting the health of refugees and migrants: global action plan, 2019–2023. Report by the Director-General. Global action plan on promoting the health of refugees and migrants, 2019–2023. <https://www.who.int/publications/i/item/WHA72-2019-REC-1>. (dostęp: 2023.02.19).
74. Onarheim KH, Rached DH. Searching for accountability: can the WHO global action plan for refugees and migrants deliver? *BMJ Global Health* 2020;5:e002095.
75. World Health Organization. Refugee and migrant health. 2 may 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>. (dostęp: 19.02.2023).
76. Hossin MZ. International migration and health: it is time to go beyond conventional theoretical frameworks. *BMJ Global Health* 2020;5:e001938.
77. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, et al. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet* 2018;392(10164): 2606-2654. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32114-7.
78. Wolffhardt A, Conte C, Huddleson Y. The European benchmark for refugee integration: a comparative analysis of the national integration evaluation mechanism in 14 EU countries. Evaluation 1: comprehensive report. Fundacja Instytut Spraw Publicznych 2020:109-110. <https://www.isp.org.pl/pl/publikacje/the-european-benchmark-for-refugee-integration-a-comparative-analysis-of-the-national-integration-evaluation-mechanism-in-14-eu-countries>. (dostęp: 19.02.2023).
79. Matlin SA, Depoux A, Schütte S, et al. Migrants' and refugees' health: towards an agenda of solutions. *Public Health Rev* 2018; 39, 27. DOI: 10.1186/s40985-018-0104-9.