

## Factorii care influențează sănătatea migrantilor

\*L. Spinei, A. Jucov

School of Management in Public Health  
 Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University  
 194 B, Stefan cel Mare Street, Chisinau, Republic of Moldova

\*Corresponding author: +37369862161. E-mail: lspinei@rambler.ru

Manuscript received January 30, 2012; revised April 30, 2011

### The factors which influence the migrant's health

Migrant's health has been and remains one of the most important issues on the political agenda of the Republic of Moldova. The impact of migration on migrant's health is still very poorly studied. Given study is only one approach to some aspects of the migrant's health.

**Key words:** migration, impact, health, migrant, aspects.

### Факторы, которые влияют на здоровье мигрантов

Здоровье мигрантов было и остается одним из наиболее важных вопросов в политической повестке дня Республики Молдова. Влияние миграции на здоровье мигрантов по-прежнему весьма слабо изучено. Предложенное исследование является только одним из подходов к некоторым аспектам здоровья мигрантов.

**Ключевые слова:** миграция, влияние, здоровье, мигрант, аспекты.

### Introducere

Încă din timpurile străvechi istoria a fost marcată și modelată de circulații masive ale populațiilor. Această circulație interstatală și intercontinentală a oamenilor rămâne o caracteristică esențială a lumii globalizate de astăzi, devenind mai esențială în modelarea realităților sociale globale. Diferențierile în dezvoltarea social-economică a diferitor state și regiuni, plus liberalizarea și intensificarea fluxurilor de capital, bunuri și servicii, alături de eficientizarea sistemelor de comunicații duc la mobilitatea persoanelor și, totodată, a forței de muncă [1, 2].

Statisticile de astăzi indică că în ultimele decenii, numărul de cetățeni care trăiesc în afara țării lor a crescut constant și la moment acesta constituie peste 190 de milioane de persoane [11, 12].

În context național, migrația forței de muncă din Republica Moldova către alte țări a devenit o realitate în perioada independenței, ceea ce confirmă încă o dată faptul că, din perspectivă istorică, intensificarea migrațiilor este un proces aferent fazelor de tranziție de orice formă.

Acest fenomen afectează nu doar țările post-socialiste, pentru care emigrarea masivă a fost și este o realitate începând cu anii 90, dar și alte țări [13]. Acest fenomen este deja depășit pentru Irlanda, Italia, Turcia, în timp ce pentru altele se menține perioade lungi de timp (Mexic, Republica Dominicană, El Salvador și multe altele). Republica Moldova, fiind parte componentă a fostei URSS, a cunoscut diferite forme de emigrare a forței de muncă încă din perioada sovietică, când fusese promovată migrarea planificată a forței de muncă în interiorul uniunii („deștelenirea”, „BAM”, „Komsomolsk na Amure”, exploatarea forestieră din Siberia etc.) [3, 7, 8].

Astăzi, Republica Moldova este una dintre țările lumii afectată de emigrarea cetățenilor săi peste hotare în scopul căutării unui loc de muncă, fie sezonier, fie pe termen mai lung. Acest fenomen cu trăsăturile lui moderne a apărut imediat după destrămarea URSS, având efecte economice, politice și sociale aferente [11, 13].

Impactul mare al migrației, atât ca număr de cetățeni antrenați în proces, cât și ca volum al remitențelor (bani transferați de lucrătorii migrați spre țara de origine) a fost atins la mijlocul primului deceniu al sec. XXI și până în prezent tendințele migraționale rămân stabile [4, 7, 9].

Migrația influențează un număr mare de procese de natură social-demografică, atingând aspecte ca forța de muncă, familia, soarta copiilor de migrați, inclusiv, aspecte de ordin economic-financiar [5] – impactul remitențelor (mijloacele financiare câștigate de migrați și expediate către Moldova) asupra vieții acestor oameni și ale celor rămași acasă.

Necesitatea studierii acestei corelații și, în special, conexiunea între migrație și sfera sănătății, a dus la demersul prezent de investigație.

### Material și metode

Scopul studiului este investigarea impactului, pe care îl are fenomenul migrației și starea social-economică a migraților asupra sănătății acestora. Obiectivele specifice ale studiului constau în evaluarea stării de sănătate a grupului țintă prin:

Descrierea profilului migraților din perspectiva social-economică și a stării lor psihologice, inclusiv cea a familiei.

Determinarea corelației dintre starea sănătății și situația social-economică a migraților.

Identificarea predictorilor alterării stării de sănătate a migraților.

Ținând cont de scopul și obiectivele studiului, pentru colectarea datelor primare s-a utilizat o abordare complexă din punct de vedere metodologic, fiind combinată metoda cantitativă cu cea calitativă.

În plan cantitativ, studiul se bazează pe un sondaj comparativ, axat pe trei grupuri sociale distincte din perspectiva caracteristicilor migraționale.

În plan calitativ, studiul cuprinde 4 discuții de grup și 5 interviuri aprofundate. Componenta calitativă a vizat cercetarea deta-

liată a fenomenului, aspectele abordate fiind decise după etapa de analiză a datelor cantitative. Participanții la studiu au fost persoane recent întoarse de la munca de peste hotare (în ultimele 6 luni). La selectarea participanților pentru discuțiile de grup s-au utilizat eșantioane teoretice, metoda de selecție a participanților fiind cea a „bulgărului de zăpadă” (snow-ball). La crearea eșantioanelor au fost prioritare următoarele criterii: sexul; vârsta; mediul de trai; experiența de migrare; țara gazdă în cazul migranților. Focus grupurile au durat în medie 2 ore. Discuțiile au fost înregistrate audio cu permisiunea participanților.

### Rezultate și discuții

Structura de gen a grupurilor a fost diferențiată atât între loturi, cât și în raport cu structura de gen a populației adulte a țării, conform statisticilor oficiale (tab. 1).

Conform surselor Biroului Național de Statistică, la 1 ianuarie 2009 din totalitatea populației stabile cu vârsta de peste 18 ani, bărbații constituiau circa 47%, iar femeile – 53%. Grupul migranților a fost diferențiat, și astfel, era alcătuit din două treimi (65,6%) de bărbați și o treime (34,4%) de femei, deci, un raport de gen „masculinizat”, lucru atestat tradițional de toate studiile în domeniu, din ultimii ani.

În cazul membrilor familiilor beneficiare de remitențe, raportul este invers celui constat în rândul migranților, adică 34,4% de bărbați și 65,7% de femei. În cazul familiilor fără tangențe directe cu procesul migrațional, raportul de gen este mai apropiat de cel general pe țară, grupul fiind compus din 41,3% bărbați și 58,7% femei.

În cazul loturilor I (migranții) și II (membrii familiilor beneficiare de remitențe) există o interdependență între raportul de gen, care se explică prin faptul că migrația implică într-o măsură mai mare bărbații, drept urmare, familiile „afectate” de migrație sunt

mai des reprezentate de femei, căci bărbații lipsesc. Cât privește lotul III (membrii familiilor care nu beneficiază de remitențe), diferența simțitoare în ceea ce privește raportul general de gen este cauzată de aspecte legate de vârstă. În grupul familiilor „neafectate” de migrație este mare ponderea celor formate din persoane în vârstă, grup „feminizat” datorită speranței de viață mai înalte în rândul femeilor.

Astfel, studiul determină că factorul de gen urmează a fi luat în calcul de fiecare dată când facem comparații între loturi, deoarece studiile realizate anterior în domeniu indicau faptul că cel puțin consumul de servicii medicale este mai mare în cazul femeilor. De exemplu, studiul *Sănătatea populației și accesul populației la serviciile de sănătate în Republica Moldova, realizat de BNS în anul 2009*, arată că „Ponderile cele mai mari de adresare la medic se regăsesc în rândul populației de sex feminin (cu excepția celei în vârstă de până la 24 de ani și a celei de 75 de ani și mai mult)” [1]. După structura de vârstă, lotul migranților este mai tânăr, comparativ cu celelalte două loturi, două treimi din migranți având vârsta sub 40 de ani. Vârsta medie constituie 36 de ani în cazul migranților, pe când în cazul membrilor familiilor beneficiare de remitențe – 43 de ani, iar în lotul al III-lea – 47 de ani. Acest fapt confirmă că „cele mai puține cazuri de solicitare a serviciilor medicale sunt caracteristice pentru vârstele de 25-34 de ani (14,1%) și, respectiv, nivelul de adresări sporește odată cu vârsta, după 65 de ani acesta fiind de 34,0%” [1]. Prin urmare, și factorul de vârstă urmează a fi luat în calcul, pentru a nu admite situații, în care valoarea anumitor indicatori să fie dată pe seama migrației, aceasta fiind de fapt determinată de vârstă.

Structura loturilor după nivelul de instruire este relativ echilibrată, cu excepția faptului că, în rândul migranților, grupul persoanelor cu cel mai coborât nivel de studii (gimnaziale/primare/fără studii) este și unul mai mic ca dimensiuni (12,9%), comparativ

Tabelul 1

Profilul socio-demografic al respondenților (%)

		Migrant	Membrul familiei beneficiare de remitențe	Membrul familiei care nu beneficiază de remitențe
		P ± ES %	P ± ES%	P ± ES%
Sexul persoanei:	Masculin	65,6±0,11	34,3±0,15	41,3±0,22
	Feminin	34,4±0,15	65,7±0,11	58,7±0,34
Grup de vârstă:	Sub 30 de ani	32,7±0,16	24,6±0,13	17,2±0,26
	30 - 39 de ani	33,8±0,15	17,5±0,12	16,2±0,26
	40 – 49 de ani	22,1±0,19	18,5±0,12	21,7±0,29
	Peste 50 de ani	11,5±0,21	39,4±0,15	44,9±0,35
	Vârsta medie (ani)	36,0±0,15	43,0±0,8	47,0±0,9
Nivel de studii:	Studii gimnaziale/primare/fără studii	12,9±0,20	18,4±0,12	22,8±0,29
	Studii medii și liceu	29,1±0,18	31,4±0,14	29,0±0,32
	Studii medii profesionale	31,3±0,17	20,3±0,12	22,0±0,29
	Studii superioare, colegiu	26,7±0,19	29,9±0,14	26,3±0,31
Ocupație:	Ocupat (nu în agricultură)	10,0±0,22	26,3±0,13	29,9±0,32
	Ocupat în agricultură	3,3±0,06	8,4±0,09	9,6±0,21
	Ocupație ocazională	2,1±0,04	3,8±0,06	4,1±0,14
	Șomer	18,6±0,12	30,7±0,14	23,7±0,29
	Elev, student	9±0,03	7,4±0,08	4,1±0,14

cu celelalte grupuri (18,4% și, respectiv, 22,8%). În raport cu piața muncii, grupul migranților la momentul studiului înregistra rata cea mai înaltă de ocupare, fiind complet sau parțial ocupați 77,3% dintre ei. Un alt aspect diferențial constă în faptul că majoritatea migranților se identificau ca fiind ocupați peste hotare (61,9%). În comparație cu aceștia, rata de ocupare a membrilor familiilor care nu beneficiază de remitențe era de 43,6%, iar cea mai mică rată se înregistra în rândul membrilor familiilor beneficiare de remitențe – 38,5%. Repartiția pe medii de reședință este aproape identică între grupuri, mediul rural fiind suprareprezentat (77,7% – 80%).

### Venituri și cheltuieli

Astăzi sistemul național de ocrotire a sănătății acordă populației servicii contra plată sau oferă posibilitatea asigurării medicale, posibilitățile financiare ale gospodăriilor influențează în mod direct cantitatea de servicii medicale consumate. Astfel, gospodăriile lipsite de remitențe cheltuie în mediu cu 18 la sută mai puțin echivalent per adult, comparativ cu gospodăriile beneficiare de remitențe.

Distribuția structurală este similară, circa 40 la sută din cheltuieli referindu-se la consumul alimentar în ambele grupuri, cu două aspecte speciale.

S-a constatat că gospodăriile lipsite de remitențe cheltuiesc 105,4 lei echivalent per adult pentru procurarea de medicamente, adică cu 40 la sută mai mult decât în cazul gospodăriilor beneficiare de remitențe. Aceasta fiind unica direcție de cheltuieli în care gospodăriile lipsite de remitențe consumă, în medie, mai mult. Cheltuielile fixe pentru servicii medicale ale persoanelor respective sunt mai mici, pe când cheltuielile pentru medicamente sunt mai mari față de celălalt grup.

Gospodăriile beneficiare de remitențe cheltuiesc dublu pentru petrecerea timpului liber, pentru procurarea băuturilor alcoolice și articolelor din tutun, comparativ cu cele care nu beneficiază de remitențe;

### Starea de sănătate și atitudinea față de sănătate

La modul cel mai general, populația manifestă neglijență față de propria sănătate, fără a menționa cauzele unei asemenea atitudini. Majoritatea respondenților din toate loturile apelează la servicii medicale doar în cazuri extreme, când vizita medicului nu mai poate fi amânată. La prima vedere, migranții sunt și mai „neglijenți” față de propria sănătate în raport cu grupurile de comparație. Doar 19% dintre migranți afirmă că o dată pe an urmează un control medical profilactic sau se adresează medicului de familie. În cazul respondenților din celelalte loturi, procentul celor care accesează în mod regulat serviciile medicale în scop profilactic este în jur de 25. Fiecare al doilea migrant se adresează medicului doar în situații grave, când vizitarea medicului nu mai poate fi amânată (tab. 2).

Menționăm faptul că migranții, comparativ cu restul populației, necesită un volum mai redus de servicii medicale, datorită diferențelor de vârstă. Cel puțin aceștia își apreciază mai responsabil starea de sănătate comparativ cu persoanele rămase acasă.

Discuțiile de grup au confirmat această ipoteză, dat fiind faptul că persoanele mai tinere, care muncesc peste hotare, apelează la medic foarte rar. De obicei, problemele de sănătate ale acestora (cele mai frecvente fiind: reparația danturii, consultațiile ginecologice) sunt amânate pentru perioadele când se întorc în Republica Moldova. Adresarea la medic peste hotare se face doar în situații de urgență. Atunci când revin în Moldova, cei plecați la

Tabelul 2

### Acces la serviciile medicale (%)

	Migrant	Familie beneficiară de remitențe	Familie care nu beneficiază de remitențe
	P ± ES%	P ± ES%	P ± ES%
<b>Cel puțin o dată pe an îmi fac un control medical profilactic/Mă adresez la medic ori de câte ori am cea mai mică problemă de sănătate</b>	19,0 ± 0,07	25,1 ± 0,13	25,1 ± 0,30
<b>Mă adresez atunci când observ o înrăutățire a sănătății</b>	30,9 ± 0,08	30,5 ± 0,14	28 ± 0,31
<b>Mă adresez la medic doar când am o problemă gravă de sănătate/Apelez la medic doar în caz de urgență</b>	50,1 ± 0,09	44,4 ± 0,15	46,8 ± 0,34

muncă peste hotare se adresează la medici pentru a-și rezolva problemele de sănătate, pe care le-au ignorat, aflându-se în străinătate. Uneori însă migranții nu-și permit achitarea costurilor serviciilor medicale din țara gazdă nici în situațiile de urgență. Mai mult de jumătate din numărul migranților (52%) au acordat calificativele „Foarte bună” sau „Bună” în aprecierea stării proprii de sănătate, pe când în cazul membrilor familiilor beneficiare de remitențe acest indicator constituie 41%, iar în al treilea sub-eșantion și mai puțin – 33,4% (tab. 3).

Tabelul 3

### Aprecierea subiectivă a stării de sănătate (%)

	Migrant	Familie beneficiară de remitențe	Familie care nu beneficiază de remitențe
	P ± ES%	P ± ES%	P ± ES%
<b>Foarte bună</b>	7,2 ± 0,05	5,7 ± 0,07	2,4 ± 0,11
<b>Bună</b>	44,8 ± 0,09	35,6 ± 0,15	31 ± 0,32
<b>Nici bună, nici rea</b>	37,8 ± 0,09	36,8 ± 0,15	39,7 ± 0,34
<b>Rea</b>	8,9 ± 0,05	18,3 ± 0,12	21,8 ± 0,29
<b>Foarte rea</b>	1,3 ± 0,02	2,9 ± 0,05	4,2 ± 0,14
<b>NȘ/NR</b>	0,1 ± 0,01	0,6 ± 0,02	0,8 ± 0,06

Situația este bună în rândul migranților și la alți indicatori, care măsoară starea propriei sănătăți, în aceste cazuri fiind și mai pronunțată diferența între grupuri. Astfel, în jur de 30 la sută dintre migranți afirmă că atestă dureri fizice, care îi împiedică să activeze și ar avea nevoie de tratament medical pentru a putea fi activi în viața cotidiană. Comparând practicile de accesare a serviciilor medicale doar în rândul respondenților de sub 40 de ani, observăm că diferența între grupurile comparate se micșorează la 18% în cazul migranților și la 20-21% – în cazul celorlalte două grupuri. Specificul vârstei însă nu pare a fi principala determinantă a acestor diferențe. În tabelul care urmează avem distribuția indicatorului doar în rândul celor care își apreciază starea de sănătate ca fiind

Tabelul 4

Accesarea serviciilor medicale în raport cu necesitățile (%) (persoanele care își apreciază prost starea de sănătate)

	Migrant	Familie beneficiară de remitențe	Familie care nu beneficiază de remitențe
	P ± ES%	P ± ES%	P ± ES%
<b>Cel puțin o dată pe an îmi fac un control medical profilactic/Mă adresez la medic ori de câte ori am cea mai mică problemă de sănătate</b>	25,0 ± 0,08	31,0 ± 0,14	35,6 ± 0,34
<b>Mă adresez atunci când observ o înrăutățire a sănătății</b>	36,1 ± 0,09	39,0 ± 0,15	24,4 ± 0,30
<b>Mă adresez la medic doar când am o problemă gravă de sănătate/Apelez la medic doar în caz de urgență</b>	38,9 ± 0,09	30,0 ± 0,14	40,0 ± 0,34

„Rea” sau „Foarte rea”. Cu toate acestea (aprecierea negativă a stării de sănătate), migranții iarăși sunt cei care evită frecventarea regulată a instituțiilor medicale, doar 25% dintre ei apelând la medic imediat ce atestă vreo problemă de sănătate, iar 38,9% adresându-se unui medic doar în situații grave (tab. 4).

Percepția modului de viață sănătos este diferită, însă poate fi sintetizată prin următorii indicatori:

*starea fiziologică a organismului*, care presupune, în primul rând, în viziunea celor intervievați, o alimentație adecvată, respectarea normelor de igienă personală, odihnă, practicarea activităților sportive, controlul medical profilactic etc., precum și evitarea unor practici nocive cum ar fi consumul excesiv de alcool, fumatul etc.

*condițiile de muncă*: existența unui loc de muncă; munca fizică să nu fie prea extenuantă; igiena la locul de muncă; respectarea duratei zilei de muncă de 8 ore și beneficierea de cel puțin o zi liberă pe săptămână. Migranții însă sunt constrânși de situație să muncească frecvent în condiții precare, mai mult de 8 ore pe zi. Unele femei care îngrijesc persoane sunt antrenate în muncă 24 de ore din 24, 7 zile pe săptămână, adică tot timpul.

*aspectul psihologic*, stresul ce îi afectează în mod deosebit pe migranți. Emoțiile aflării într-o țară străină, departe de cei apropiați și dorul de copii reprezintă alți factori extrem de stresanți pentru migranți. Din punct de vedere psihologic, cetățenii Republicii Moldova se simt inferiori în raport cu cetățenii nativi ai țării gazdă. Totodată, migranții îndeplinesc muncile cele mai puțin prestigioase, deși mulți dintre ei au studii superioare și în Moldova au avut un anumit statut social, au lucrat ca medici, profesori etc., au deținut funcții de conducere.

*aspectul cultural-moral* se referă la relațiile interumane, bazate pe respect și afecțiune, precum și la consumul cultural, posibilitatea de a merge la teatru, cinema, concerte. De asemenea, accesul la o educație de calitate, la servicii de recreere și agrement, turism etc.

### Concluzii

În Republica Moldova, cheltuielile unei familii pentru medicamente sunt mult mai mari față de cheltuielile pentru serviciile medicale; peste hotare acest raport este invers în structura de cheltuieli ale migranților.

Este prezentă o atitudine neglijentă a populației față de propria sănătate, majoritatea apelând la serviciile medicale doar în cazuri grave. Migranții, în general, manifestă un grad de neglijență mai pronunțat. În același timp, majoritatea migranților recunosc că nu duc un mod de viață sănătos.

Modul de viață sănătos, perceput de migranți, constituie o alimentație sănătoasă, practicarea sportului, dar și evitarea abu-

zului de alcool, a fumatului și a consumului de droguri. Munca în exces și în condiții nocive este de asemenea percepută ca un factor important ce se răsfrânge asupra sănătății. Un accent deosebit migranții l-au pus pe aspectul psiho-emoțional al sănătății, cu referire în special la stres.

Datorită specificului vârstei lor (sunt mai tineri față de populația neimplicată în migrație), migranții înregistrează o rată de morbiditate de două ori mai mică față de membrii familiilor lor sau față de membrii familiilor care nu beneficiază de remitențe. Doar unul din patru migranți (24,4%) afirmă că în prezent suferă de vreo boală cronică.

Migranții sunt expuși la riscuri privind sănătatea, începând cu procesul de migrare, continuând cu condițiile de trai și de muncă precare în țara gazdă, și până la afecțiunile psiho-emoționale, condiționate de despărțirea de cei apropiați. Totuși, unii migranți declară că în țara gazdă au parte de un mediu mai favorabil pentru sănătate, inclusiv, alimentație și condiții de trai mai bune față de cele din Republica Moldova.

### Bibliografie

- Sănătatea populației și accesul populației la serviciile de sănătate în Republica Moldova, Biroul Național de Statistică. *Notă analitică*. 2009;02-11/105:5.
- Chetrușca M. Impactul migrației de muncă în Rusia asupra comportamentului migranților moldoveni. (în baza studiului sociologic). *USM-Moldoscopy*. 2009;XLIV(1):35.
- Moșneaga V, Eșanu C, Krauze A. Securitatea națională și migrația. *MOLDOSCOPIE (Probleme de analiză politică)*. Partea XII. Chișinău: USM, 1999;57-82.
- Горелова Е. Дефицит инвестиций и трудовая миграция из Молдовы. Трудовая миграция и защита прав гастербайтеров: практика посткоммунистических стран. Кишинэу: МолдГУ, 2003:40-46.
- Vaculovschi D. Fenomenul migrației de muncă: Moldova în perioada actuală. *MOLDOSCOPIE (Probleme de analiză politică)*. Partea XVI. Chișinău: USM, 2001.
- Comportament și civilizație. București: Editura Științifică și Enciclopedică, 1987;22.
- Petrovici I. Valoarea omului. Iași: Timpul, 1997;27.
- Danii T. Republica Moldova în spațiul tranziției și costul social al reformelor. Chișinău: Prontos, 2004:121.
- Le Bon G. Psihologia maselor. București: Anima, 1997.
- Wiehn ER. Valorile și schimbarea lor în Europa. Psihologia schimbării. București: Polirom, 2000.
- Moșneaga V, Rusnac Gh, Țurcan V. Migrațiunea forței de muncă în Republica Moldova: cauze, tendințe, efecte. *MOLDOSCOPIE (probleme de analiză politică)*, Chișinău: USM, 2004;XXV(1).
- Șlețova E. Migrațiunea forței de muncă în Europa: importanța pentru Republica Moldova. Republica Moldova. Elemente de strategie. Chișinău: IPP, 2003.
- Moldova, România, Ucraina: integrare europeană și migrațiunea forței de muncă. Chișinău: CAPTES, 2000.