

Ludzie starzy w migracjach

Streszczenie: Tekst dotyczy problemów zdrowotnych i społecznych poszczególnych kategorii migrantów w starszym wieku, ze szczególnym uwzględnieniem migrantów emeryckich i starzejących się migrantów zarobkowych z lat 1950. i 1960. Dopiero od niedawna kategoria najstarszych migrantów wzbudza zwiększone zainteresowanie badaczy w Europie, ze względu na proces starzenia się społeczeństw kontynentu. Niezależnie od przyczyny, migracja zawsze wiąże się ze zwiększonym ryzykiem w przypadku najstarszej kategorii wiekowej. Prowadzone dotychczas badania wskazują, iż stan zdrowia starszych migrantów, zarówno w samoocenie, jak i mierzony za pomocą obiektywnych wskaźników, jest gorszy od stanu zdrowia mieszkańców krajów imigracyjnych. Próby wyjaśnienia tego stanu rzeczy mają ciągle charakter hipotetyczny i wymagają weryfikacji za pomocą kompleksowych badań. Systemy opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach europejskich nie są przystosowane do specyficznych potrzeb bardzo obecnie zróżnicowanej kategorii migrantów. W konsekwencji, mamy do czynienia z wieloma barierami w dostępie cudzoziemców do opieki zdrowotnej, a udzielana opieka jest nieadekwatna do problemów występujących wśród najstarszej kategorii migrantów.

Słowa kluczowe: migracja, starość, zdrowie

The elderly and migrations

Summary: This paper concerns health and social problems of particular categories of migrants, with a special attention to retirement migration and old labour migrants from the fifties and sixties. Only recently the older migrants have become an object of an interest for European researchers because of the process of societies' aging. For whatever reason (regardless the reason), migration is always connected (associated) with an increased risk for the oldest age category. The research that has been conducted so far proves that migrants' state of health, both in self-assessment and measured with objective indicators, is worse than the state of health of the majority. Attempts to explain this phenomenon are still hypothetical and require verification through a comprehensive research. Health care systems in European coun-

tries are not adapted to the specific needs of very diverse categories of migrants. As a result, we are dealing with multiple barriers to access of foreigners to health care and the care provided is inadequate to the problems occurring among the oldest categories of migrants.

Key words: migration, elderly, health

1. Wprowadzenie

Migracja jest bez wątpienia kwintesencją naszych czasów. Z jednej strony, ruchy migracyjne coraz bardziej się komplikują [Papastergiadis, 2004], a z drugiej strony, migracja staje się coraz łatwiejsza ze względu na możliwość szybkiego i taniego przemieszczania się oraz rozwój technik telekomunikacyjnych, które umożliwiają stały kontakt z bliskimi [Stalker, 2000]. Złożoność współczesnych migracji sprawiła, iż badacze coraz częściej podejmują badania nad konsekwencjami migracji nie tylko dla poszczególnych kategorii migrantów, ale także dla określonych kategorii wieku. Od pewnego czasu zwraca się szczególną uwagę na najstarszych migrantów, których migracje mają dość specyficzny charakter i różnią się pod wieloma względami od migracji ludzi młodych [Kałuża, 2007]. Wydaje się, iż najważniejszą różnicą w tym przypadku może być stopień dobrowolności migracji. Ludzie starzy częściej niż młodzi podejmują migracje z konieczności. Ponadto, w przypadku migracji ludzi w wieku emerytalnym mamy do czynienia z nieco innymi czynnikami skłaniającymi jednostki do wyjazdu z kraju [Warnes, Williams, 2006]. Motywem migracji może być chęć poprawy stanu zdrowia, poprawienia jakości życia albo dołączenia do rodziny mieszkającej za granicą.

Po aneksji Polski do Unii Europejskiej z kraju wyemigrowali przede wszystkim ludzie młodzi. Według badań nie wszyscy deklarują chęć powrotu do Polski [Grabowska-Lusińska, Okólski, 2009]. Pewien odsetek poakcesyjnych migrantów spędzi wiek swój emerytalny za granicą. Poza tym, pojawia się pytanie, czy i w jaki sposób emigranci będą partycypować w organizacji opieki dla swoich rodziców, gdy ci nie będą w stanie sami sobie radzić. Niezależnie od tego, czy rodzice dołączą do dzieci jako aktywni migranci, czy też pozostaną w kraju jako bierni migranci, doświadczą konsekwencji migracji. Już pierwsze badania przeprowadzane w USA, dotyczące tylko migracji wewnętrznych i lokalnych (np. z domu rodzinnego do instytucji opiekuńczej), dowiodły, iż migracja jest wydarzeniem stresogennym i niesie ze sobą ogromne ryzyko dla ludzi starych [Warnes, Williams, 2006]. Jak dotąd, większość badań nad ludźmi starymi w migracjach dotyczyła tzw. migracji emeryckich, starzenia się migrantów zarobkowych w krajach imigracji, ludzi starych jako uczestników przymusowych migracji (uchodźcy, ofiary wojen) oraz powrotów migrantów zarobkowych do kraju pochodzenia w momencie przejścia na emeryturę. Co ważne, zain-

interesowania badaczy skupiały się głównie na zróżnicowanej etnicznie kategorii „wizualnych” migrantów z Południowej Azji i Afryki [Ebrahim, 1992].

W niniejszym opracowaniu omówione zostaną na podstawie doświadczeń krajów zachodnich i skandynawskich najważniejsze problemy społeczne i zdrowotne dotyczące najstarszej kategorii migrantów w Europie, z uwzględnieniem jej wewnętrznej złożoności. Autorka korzystała z opracowań zachodnich z zakresu omawianego zagadnienia.

2. Ludzie starzy w migracjach – problemy społeczne i zdrowotne

Przejście na emeryturę jest dla większości osób sytuacją kryzysową. Wiąże się z utratą lub ograniczeniem wielu pełnionych wcześniej istotnych ról społecznych. W przypadku imigrantów jest to sytuacja szczególnie trudna, gdyż większość z nich wyemigrowała w celach zarobkowych i na początku traktowała swój pobyt jako tymczasowy. Zarówno w opinii społeczeństwa przyjmującego, jak i samych imigrantów, praca niejako usprawiedliwia ich pobyt w obcym kraju [Bolzman i wsp., 2006]. Gdy zbliża się moment przejścia na emeryturę, imigranci muszą zdecydować, gdzie chcą ją spędzić. Jeśli wrócą do kraju pochodzenia, muszą przejść proces readaptacji, nawet jeśli utrzymywali regularne kontakty z rodziną i znajomymi. Jeśli zostaną w kraju imigracji, mogą doświadczyć problemów, które omówione zostaną w niniejszym opracowaniu.

Z jednej strony, kategoria migrantów w starszym wieku obejmuje najbardziej wykluczonych i upośledzonych społecznie ludzi starych w poszczególnych państwach. Z drugiej strony, należą do niej także ci najbardziej przedsiębiorczy, często zamożni, seniorzy, którzy chcą sami decydować o miejscu, w którym spędzą starość. Jest to więc niesłychanie zróżnicowana kategoria społeczna. Obejmuje imigrantów seniorów przebywających w państwach europejskich – tych, którzy, będąc niegdyś imigrantami zarobkowymi lub uchodźcami, starzeją się w kraju imigracji, oraz tych, którzy spędzają emeryturę w ciepłych krajach Europy Południowej.

Najstarsza kategoria imigrantów zarobkowych przebywających obecnie w Europie to osoby, które migrowały w poszukiwaniu pracy począwszy od lat 1950. Dzięki stosunkowo niskim kosztom przelotów wielu migrantów na emeryturze regularnie odwiedza swoje kraje pochodzenia. Pozwala to na utrzymanie i rozwój sieci kontaktów społecznych, zwłaszcza rodzinnych [Warnes, Williams, 2006]. Ponadto, funkcjonowanie w dwóch państwach pozwala na korzystanie z większej liczby środków służących podniesieniu jakości życia i zachowaniu zdrowia. W momencie dużego napływu migrantów najczęściej przeprowadza się badania dotyczące ich planów życiowych, aby ustalić, jaki odsetek spośród nich zamierza pozostać w kraju imigracji. Naiwnym jest jednak traktować deklaracje migrantów jako ostateczne. W krajach zachodnich zbyt długo dominowało przekonanie, iż migranci powrócą do swoich krajów, gdy osiągną wiek emerytalny. Miało to fatalne skutki dla osób mi-

grujących ze względu na politykę społeczną, która nie uwzględniała społeczno-kulturowych i zdrowotnych aspektów imigracji zarobkowej. Nie przewidziano, iż migranci mogą się po prostu zestarzeć. Przykładem jest Szwajcaria, gdzie w 2000 roku aż 75% cudzoziemców miało nieograniczone czasowo pozwolenie na pobyt [Bolzman i wsp., 2006]. Stabilizacja pobytu imigrantów oznacza, iż najprawdopodobniej zestarzeją się w Szwajcarii, gdzie przez długi czas problem starzenia się imigrantów i społecznych implikacji tego zjawiska praktycznie nie istniał lub też, podobnie jak w całej Europie, był ignorowany przez polityków społecznych. Wyniki badań prowadzonych wśród imigrantów włoskich i hiszpańskich w wieku 55-64 wskazują, iż ich plany związane z miejscem życia na emeryturze są zróżnicowane (tab. 1).

Tabela 1

Deklaracje imigrantów dotyczące kraju, w którym chcą żyć po przejściu na emeryturę

Planuję:	Włosi (%)	Hiszpanie (%)
Pozostać w Szwajcarii	35	21
Część roku spędzać w Szwajcarii i część w kraju rodzinnym	38	28
Powrócić do swojego kraju	18	40
Inna opcja	5	3
Nie wiem	4	8

Należy zauważyć, że migranci mają dość sprecyzowane plany w kwestii wyboru kraju, w którym się zestarzeją. Stosunkowo niewiele osób deklarowało, iż decyzja nie została jeszcze podjęta.

Bezpieczeństwo socjalne migrantów seniorów jest wypadkową polityki społecznej i polityki migracyjnej w kraju imigracji. Udzielane świadczenia uzależnione są przede wszystkim od statusu migracyjnego jednostki i od jej dotychczasowej aktywności zawodowej. Wraz z wiekiem wzrasta zapotrzebowanie na świadczenia medyczne. Ze względu na ogromne zróżnicowanie etniczne migrantów w starszym wieku, niezwykle trudno jest zorganizować opiekę zdrowotną dla tej kategorii ludności. Najczęściej, albo lekceważy się fakt, iż pacjent jest imigrantem, albo nadmiernie eksponuje różnice etniczne [Torres, 2001]. Obie postawy mogą skutkować niewłaściwym rozpoznaniem problemu pacjenta i w efekcie nieskutecznym leczeniem. Aby zapewnić właściwą, dostosowaną do potrzeb imigrantów opiekę, konieczna jest współpraca instytucji składających się na system opieki zdrowotnej, imigrantów i ich stowarzyszeń.

Badania prowadzone w Szwecji i w Norwegii wskazują, iż w porównaniu ze Skandynawami stan zdrowia imigrantów w starszym wieku jest gorszy [Songur, 2009; *Migration and health*, 2009]. W Szwajcarii obserwuje się tą samą prawidłowość.

wość; starsi imigranci gorzej oceniają swoje zdrowie niż Szwajcarzy w tym samym przedziale wieku [Bolzman i wsp., 2006]. Badacze próbują tłumaczyć to zjawisko znacznie wyższym wskaźnikiem wypadków przy pracy wśród imigrantów niż wśród szwajcarskich pracowników. Efektem jest wysoki odsetek emigrantów pobierających renty.

Badania skandynawskie dowodzą, iż imigranci mają ograniczony dostęp do świadczeń i usług przeznaczonych dla ludzi starych, co można tłumaczyć tym, iż funkcjonujący system opieki nie uwzględnia różnic etnicznych, językowych i kulturowych. Starsi imigranci stanowią bardzo zróżnicowaną kategorię pod względem wyznawanej religii, kraju pochodzenia, wykształcenia, znajomości języka i statusu socjoekonomicznego. W Szwecji – podobnie jak w innych krajach Europy Zachodniej i Północnej – najstarszą kategorię imigrantów stanowią migranci zarobkowi z lat 1950. i 1960., uchodźcy oraz osoby przybyłe już w starszym wieku w ramach łączenia rodzin. Wiele z tych osób, zwłaszcza przybyłych w ramach łączenia rodzin, nie ma prawa do emerytury ani innych świadczeń socjalnych. W konsekwencji, cudzoziemcy stanowią aż 94% wszystkich osób w wieku powyżej 65 lat, które pobierają zasiłki z gminy [Songur, 2009]. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego określa najstarszych imigrantów jako grupę szczególnie zagrożoną problemami zdrowotnymi [Berleen, 2004]. Okazuje się, iż ryzyko wystąpienia u nich poważnej choroby po 80. roku życia jest znacznie większe niż w przypadku szwedzkich seniorów. Poza tym, imigranci oceniają swoje zdrowie jako złe dwukrotnie częściej niż osoby urodzone w Szwecji (tab. 2).

Tabela 2

Samoocena zdrowia osób w wieku 55-84 lat z uwzględnieniem miejsca urodzenia

Samooocena zdrowia:	Urodzeni w Szwecji (%)	Imigranci (urodzeni poza Szwecją) (%)
Dobry stan zdrowia	58	47
Zły stan zdrowia	9	18
Zły stan zdrowia psychicznego	12	20
Poczucie braku bezpieczeństwa	27	35
Brak wsparcia w usługach	6	11
Brak wsparcia emocjonalnego	11	14
Poczucie bezczynności	15	24

Źródło: [Songur, 2009]

Badacze nie są w stanie wyjaśnić bezpośrednich czynników warunkujących gorszą samoocenę zdrowia wśród starszych imigrantów niż wśród populacji Szwedów

w tym samym wieku. Nie wiadomo także, czy fakt, iż imigranci częściej niż Szwedzi korzystają z opieki domowej i rzadziej przebywają w domach opieki, wynika z tego, iż nie chcą oni mieszkać w domach opieki, czy też dlatego, że mają do nich mniejszy dostęp [Songur, 2009].

Także w Norwegii starsi imigranci częściej proszą o domową opiekę pielęgniar-ską niż Norwegowie. Niestety, lokalne władze są bardzo restrykcyjne w tym wzglę-dzie i cały ciężar obowiązków opiekuńczych najczęściej spada na rodzinę, która po jakimś czasie zmuszona jest oddać krewnego pod opiekę instytucji [*Migration and health*, 2009]. W Norwegii w starszym wieku normą jest mieszkanie w instytucji opiekuńczej, gdy osoba nie jest w stanie sama sobie poradzić w codziennym życiu. W przypadku imigrantów, w wielu grupach etnicznych rodzina czuje się odpowiedzialna za zorganizowanie opieki dla tych swoich członków, którzy jej potrzebują. Potrzebuje jednak wsparcia w opiece ze strony państwa norweskiego. W Szwecji zaadaptowano kilka instytucji opiekuńczych dla potrzeb starszych imigrantów, natomiast w Norwegii niesłychanie rzadko spotyka się imigranta spoza krajów Europy Zachodniej przebywającego w domach opieki. Imigranci stanowią wyzwanie dla systemu opieki instytucjonalnej ze względu na odmienne oczekiwania i normy związane ze sprawowaniem opieki. Jak wskazują wyniki badań, personel instytucji opiekuńczych postrzega imigrantów jako problem i opiekę nad najstarszymi przedstawicielami poszczególnych mniejszości etnicznych traktuje inaczej niż pracę z pozostałymi klientami instytucji [Lill, 2007]. W tym kontekście szczególnie trudna jest opieka paliatywna nad człowiekiem terminalnie chorym i umierającym.

Zarówno w Norwegi, jak i w Danii, zwraca się uwagę na problem demencji starszych imigrantów. Badania wskazują, iż imigranci chorzy na demencję rzadko szukają pomocy medycznej [*Demens...*, 2008]. Tymczasem liczba chorych na demencję wśród imigrantów w starszym wieku systematycznie rośnie. Jednym z objawów tej choroby może być utrata znajomości języków obcych, czego konsekwencją są problemy z komunikacją z otoczeniem. Jeśli osoba chora nie zgłosi się do lekarza, nie ma możliwości otrzymania niezbędnej opieki. Co ciekawe, w wielu językach słowo „demencja” nie istnieje lub posiada bardzo negatywne konotacje. Może to utrudnić lekarzowi postawienie trafnej diagnozy. Tego typu problemy świadczą o konieczności wypracowania sposobów efektywnej komunikacji ze społecznościami imigrantów w zakresie świadomości zdrowotnej.

Choć w Norwegii dużo się mówi o konieczności dostosowania systemu opieki medycznej do potrzeb najstarszych imigrantów, badacze przyznają, że próby wyjaśnienia różnic zdrowotnych między grupami etnicznymi to tylko hipotezy. Niezbędne są systematyczne badania. Problem jest o tyle poważny, że w obu krajach liczba imigrantów w starszym wieku rośnie i ze względu na zabezpieczenia socjalne trudno się spodziewać masowych powrotów imigrantów do domu.

Pozostaje kategoria starszych imigrantów, której sytuacja społeczna i zdrowotna jest zazwyczaj bardziej korzystna niż sytuacja mieszkańców kraju imigracji. Są to mieszkańcy bogatych państw Europy Zachodniej, którzy często w wieku emerytal-

nym decydują się wyjechać do „ciepłych krajów”. Strategia ta nie jest nowym zjawiskiem, ponieważ jeszcze przed erą kolei emeryci migrowali w celu podniesienia jakości swojego życia do szczególnie atrakcyjnych pod względem klimatu miejsc [Warnes, Williams, 2006]. Jednym z takich miejsc jest hiszpańskie wybrzeże. W Hiszpanii według statystyk mieszka 15 630 Norwegów [Solveg, 2009]. Według szacunków norweskich liczba ta może być nawet dwukrotnie wyższa. Sezonowe wyjazdy Norwegów do Hiszpanii, Turcji, Tajlandii porównuje się do migracji ptaków, które – aby przetrwać zimę – odlatują do ciepłych krajów, aby powrócić wiosną. Powstało wiele prac poświęconych migracjom emerytów brytyjskich, którzy starość często spędzają w Hiszpanii, Włoszech lub innych krajach południowej Europy [King i wsp., 2000]. Przykładowo, w prowincji Alicante, w 20-tysięcznym miasteczku Alfaz del Pi, ponad 50% mieszkańców stanowią obcokrajowcy, z czego najwięcej jest imigrantów z Wielkiej Brytanii, Holandii i Norwegii. W 2005 roku władze Norwegii postanowiły otworzyć oddział NAV-u (urząd do spraw ubezpieczeń społecznych) w Hiszpanii. Dodatkowo funkcjonują tam także centra rehabilitacji i ośrodki opieki zdrowotnej założone i prowadzone przez Norwegów. Co więcej, w Hiszpanii otworzono dwa oddziały Norweskiej Partii Progresywnej aby umożliwić norweskim imigrantom możliwość aktywnego uczestnictwa w polityce.

W przypadku tej grupy emerytów migrantów decyzja o emigracji jest całkowicie dobrowolna. Nie integrują się ze społeczeństwem hiszpańskim przede wszystkim dlatego, iż najważniejszym celem ich migracji jest utrzymanie dobrego zdrowia i poprawienie jakości życia, a nie partycypacja w życiu społeczeństwa hiszpańskiego [Solveg, 2009]. Za granicą z reguły otoczeni są opieką ze strony swojego kraju. Dobre funkcjonowanie społeczne zapewniają im funkcjonujące w dużej liczbie organizacje i stowarzyszenia norweskie. Większość usług świadczona jest w języku norweskim i bez problemu można nabyć typowo norweskie produkty. W zasadzie w Hiszpanii niewiele się zmienia w życiu norweskich seniorów poza klimatem, który bardzo korzystnie wpływa na zdrowie. Część z nich zostaje w Hiszpanii na stałe, pozostali wyjeżdżają po odbytej terapii bądź rehabilitacji, po czym po pewnym czasie wracają ponownie.

Badania wskazują, iż norwescy emeryci nie zawsze są zadowoleni z jakości i formy opieki medycznej za granicą. Wynika to głównie z innego modelu opieki nad osobami starszymi w Norwegii i Hiszpanii. Norwegia jako kraj socjaldemokratyczny przejmuje obowiązki opieki nad każdym mieszkańcem, który takiej opieki wymaga. W Hiszpanii najważniejszym ogniwem opieki jest rodzina i to na nią spada obowiązek zajmowania się osobami starymi bądź niepełnosprawnymi. Ma to swoje implikacje w społecznym funkcjonowaniu człowieka starego. Jeśli imigrant z Norwegii nie otrzyma miejsca w norweskim domu opieki w Hiszpanii, znajduje się w bardzo trudnej sytuacji ze względu na ograniczony zakres usług opiekuńczych świadczonych przez hiszpański publiczny sektor opieki medycznej. W najtrudniejszej sytuacji znajdują się osoby wymagające stałej opieki. Ponieważ większość norweskich emerytów płaciła podatki w Norwegii, nie należy im się miejsce w hiszpań-

skim domu opieki. Prywatne instytucje tego typu są bardzo drogie i większości imigrantów nie stać na korzystanie z nich. Pojawia się pytanie, kto jest odpowiedzialny za organizację opieki dla tej grupy imigrantów, Norwegia, Hiszpania, czy też może jest to indywidualna odpowiedzialność imigranta [Solveg, 2009].

3. Podsumowanie

Przedstawione zagadnienia nie wyczerpują złożonej problematyki uczestnictwa ludzi starych w migracjach. Coraz większe zainteresowanie badaczy tym zjawiskiem społecznym dowodzi, iż potrzebne są pewne zmiany w polityce społecznej i polityce migracyjnej, i to nie tylko na poziomie poszczególnych państw, ale na poziomie całej Unii Europejskiej. Niezbędna jest ścisła współpraca krajów pochodzenia imigrantów i krajów imigracji. Doświadczenia krajów zachodnich pokazują, iż – planując działania na rzecz poprawy stanu zdrowia imigrantów – nadal nie wykorzystuje się w pełni organizacji imigranckich, które, po pierwsze, stanowią doskonałe źródło wiedzy na temat problemów zdrowotnych i socjalnych członków poszczególnych grup etnicznych, a po drugie, umożliwiają bezpośredni kontakt z imigrantami. Ponadto, brakuje kompleksowych badań nad imigrantami w starszym wieku w starszym wieku, pomimo zwiększającej się nieustannie liczby osób należących do tej kategorii. Trudno jest planować jakiegokolwiek działania bez rozpoznania obszarów wymagających ingerencji. Można mieć nadzieję, iż coraz większe zainteresowanie zdrowiem migrantów przyczyni się do zwrócenia większej uwagi na problemy ludzi starych w migracjach.

Literatura

- Berleen G., 2004, *A healthier elderly population in Sweden*, National Institute of Public Health - Sweden, 74 s.
- Bolzman C., Fibbi R., Vial M., 2006, *What to do after retirement? Elderly migrants and the question of return*, "Journal of Ethnic and Migration Studies", 32: 8, 1359-1375
- Demens. Mighealthnet Norge, 2009, dostępne na stronie www.mighealth.net/no.index.php/Demens
- Ebrahim S., 1992, *Social and medical problems of elderly migrants*, "International Migration", vol. 30, issue 1, 179-197
- Grabowska-Lusińska I., Okólski M., 2009, *Emigracja ostatnia*, Scholar, Warszawa, 246 s.
- Kaluża D., 2007, *Migracje zagraniczne osób starszych w Polsce*, [w:] B. Bugajska (red.), *Życie w starości*, Zapol, Szczecin, 287-296
- King R., Warnes T., Williams A., 2000, *Sunset lives. British retirement migration to the Mediterranean*, Oxford, Berg Publishers, 224 s.

- Lill L., 2007, *Representation of difference in organizations: doing ethnicity in elderly care*, [w:] S. Cattacin, C. Bjorngren (red.), *Migration and health. Difference sensitivity from an organizational perspective*, Malmo, IMER, 146 s.
- Papastergiadis N., 2004, *The turbulence of migration*, Polity Press, Cambridge, 246 s.
- Migration and Health. Challenges and trends*, 2009, F. Forland (ed.), Helsedirektoratet, Oslo
- Songur W., 2009, *Health and care of elderly migrants*, a paper presented at the seminar on “The policies and practices concerning elderly migrants in Council of Europe Member State”, March 2-3 2009, Brussels, tekst dostępny na stronie internetowej
(http://www.coe.int/t/dg3/migration/Source/Elderly%20migrants/Seminar_On_Elderly_Migrant_Paper_2-3Mars2009_Welat_Songur_Sweden.pdf)
- Stalker P., 2000, *Workers without frontiers. The impact of globalization on International Migration*, ILO, London, 163 s.
- Torres S., 2001, , *Understandings of successful aging in the context of migration: the case of Iranian immigrants to Sweden*, “Ageing & Society”, 21(3), 333-355
- Warnes A. M., Friedrich K., Kellaher L., Torres S., 2004, *The diversity and welfare of older migrants in Europe*, “Ageing & Society”, 24, 307-326
- Warnes A. M., Williams A., 2006, *Older migrants in Europe: a new focus for migration studies*, “Journal of Ethnic and Migration Studies”, vol. 32, no 8, 1257-1281