

Zofia Kawczyńska-Butrym

Migrant w sytuacji choroby

Słowa klucze: migracja, ryzyko zdrowotne, zachowania migrantów w chorobie, zdrowie migrantów, zdrowie publiczne

Wstęp

Jednym z niezwykle dynamicznych zjawisk współczesnego świata są migracje. Przemieszczanie się dużych grup ludności powoduje wiele zmian w życiu i funkcjonowaniu nie tylko poszczególnych społeczności, które opuszczają i w których się osiedlają czasowo lub na stałe, ale też wielu struktur społecznych, wywołując nie zawsze przewidywane i kontrolowane procesy społeczne i ich skutki. Należą do nich zmiany i ryzyko zdrowotne spowodowane procesem migracji, a co za tym idzie, konieczność uwzględnienia migracji w polityce zdrowotnej poszczególnych krajów, także w Polsce. Problemy zdrowia imigrantów, rosnące ryzyko zdrowotne spowodowane globalizacją i coraz wyraźniejszą dynamiką procesów migracyjnych zasługują na uwagę, ciągle jednak są marginalizowane w badaniach nad zdrowiem poszczególnych populacji.

W artykule zasygnalizuję głównie wybrane aspekty charakterystyczne dla zdrowia migrantów, a szczególnie ich zachowania w sytuacji choroby. Warunkowane różnymi czynnikami, w tym formalnymi (w przypadku pracy nielegalnej) i nieformalnymi barierami dostępu do opieki zdrowotnej, „odłożenie w czasie” lub zaniechanie leczenia, czy wreszcie stosowanie samoleczenia, można także uznać za czynniki ryzyka zdrowotnego migrantów.

1. Zdrowie migrantów – aspekt zdrowia populacji

Skala zjawiska i rodzaje przepływu różnorodnych grup ludności na świecie (migracje zarobkowe, uchodźstwo, handel ludźmi) dotąd nie miały jeszcze tak globalnego charakteru, jak obserwuje się to w ostatnich kilkudziesięciu latach. Szacuje się, że obecnie ponad 3% populacji świata żyje poza krajem pochodzenia. Według szacunków ONZ w 2010 roku liczba migrantów sięgnęła już około 213 mln ludzi, którzy z różnych przyczyn opuścili swoją ojczyznę. Jednocześnie zjawisko przepływu

ludności między krajami i kontynentami charakteryzuje tendencja wzrostowa [1]. Jest więc zrozumiałe, że w tej sytuacji coraz częściej zjawisko migracji staje się obszarem zainteresowań eksploracyjnych wielu dyscyplin naukowych, w ramach których podejmowane są różnorodne jego aspekty.

Wśród zagadnień wchodzących w zakres analizy procesów migracyjnych, szczególnie w nurcie analizy zysków i strat, jakie są ich konsekwencją, coraz częściej podejmowana jest też problematyka zdrowia społeczeństwa i poszczególnych kategorii ludności oraz czynników mających wpływ na ten stan. Niestety, w literaturze przedmiotu i analizach zdrowia społeczeństwa polskiego jak dotąd pomijana jest kategoria osób o wysokim poziomie mobilności, zarówno migrujących wewnątrz kraju, jak i poza nim. I choć procesy migracyjne o odmiennym charakterze (emigracje, imigracje, migracje powrotne) są obserwowane w różnym nasileniu i odnotowywane w rocznikach statystycznych poszczególnych krajów, to zmienna „migracja” nadal nie jest jeszcze brana pod uwagę w wielu dostępnych międzynarodowych, także w polskich, statystykach zdrowia¹. Nie oznacza to, że wcześniej aspekt zdrowia powiązany z migracją był zupełnie pomijany. Zwracano jednak uwagę na indywidualne konsekwencje zdrowotne migrantów, dokumentując w formie badań lekarskich wyraźny związek między migracją zewnętrzną a zdrowiem. Należy jednak podkreślić, że w ostatnich czterech–pięciu latach zauważalne są zmiany w przedstawianiu problemu zdrowia migrantów. Coraz liczniej ukazująca się literatura przedmiotu poświęcona migracjom zagranicznym podkreśla znacznie szersze, pozaindywidualne związki między migracją zagraniczną a zdrowiem populacji, w której funkcjonują cudzoziemcy [2]. Analizy takie obejmują wyłącznie dane statystyczne i opisują stan zdrowia poszczególnych grup imigranckich, ale często też porównują wskaźniki określające stan zdrowia imigrantów ze wskaźnikami zdrowia zarówno populacji kraju przyjmującego [3], jak również

kraju pochodzenia. Na ogół prowadzone są w poszczególnych krajach [4, 5], ale też obejmują większe populacje lub ich wyodrębnione części – m.in. zdrowie imigrantów w Unii Europejskiej [6], zdrowie dzieci i młodzieży uczestniczącej w migracjach [7]. Podejmowane są również analizy biorące pod uwagę określoną chorobę i zachorowalność w grupie migrantów i niemigrantów (np. cukrzyca, zdrowie psychiczne) [2]. Znajdujemy też pojedyncze opracowania, w których podejmowane są analizy zdrowia obejmujące duże grupy migrantów i uchodźców z uwzględnieniem ich pochodzenia z poszczególnych regionów świata (Azja z Oceanią, Europa i Wspólnota Niepodległych Państw, Afryka i Bliski Wschód) oraz kraju przyjmującego (Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, Kanada, Australia, Nowa Zelandia i inne), a także płci i wieku [8]. W statystykach tych uwzględnia się, oprócz chorób układu krążenia, chorób neurologicznych czy nawet wielochorobowości [9], także zachorowania na gruźlicę, HIV/AIDS oraz choroby przewlekłe, które zdaniem badaczy mogą prowadzić do wykluczenia imigrantów w kraju przyjmującym [10]. Wszystkie cytowane badania dostarczają podstaw do sformułowania wniosku, że migracja jest czynnikiem ryzyka zdrowotnego o charakterze populacyjnym, nie dość uświadamianego przez państwa przyjmujące i wysyłające migrantów. Wskazują ponadto na pojawianie się nowego aspektu i nowych uwarunkowań społecznych nierówności w zdrowiu.

Dotychczasowe badania zdrowia migrantów są w większym stopniu skoncentrowane na wyodrębnionych chorobach niż na analizie jego uwarunkowań, takich jak środowisko, zachowania, status socjoekonomiczny, etap procesu migracyjnego. Nie oznacza to jednak, że zmienne te są w ogóle pomijane. W badaniach prowadzonych ostatnio w Norwegii uwzględnione zostały m.in. takie czynniki warunkujące stan zdrowia imigrantów, jak poziom wykształcenia, doświadczana dyskryminacja (w pracy, w szkole, w opiece zdrowotnej, równoległe w wielu obszarach życia), wiek, płeć i grupa etniczna, do której należą [11].

Odrębne zagadnienie stanowią zachowania imigrantów w sytuacji choroby. Muszę podkreślić, że jest to jedynie wąski wycinek bogatej problematyki zdrowotnych aspektów migracji i zdrowia, jaki odnajdujemy w coraz liczniejszym piśmiennictwie poświęconym tym kwestiom [12–15]. Szersze omówienie przedstawiłam w wydanych ostatnio opracowaniach, podkreślając różnorodne obszary analizy problemów zdrowia w kontekście migracji, zarówno te, które dotyczą samych migrantów [16, 17], jak też ich opieki zdrowotnej [19]. Na szczególną uwagę zasługują jednak dwa cytowane już opracowania, ukazujące problem zdrowia imigrantów jako problem globalny: *Migration Health 2006* i *Migration and Health 2009*.

2. *Healthy migrant effect* a dane o zdrowiu migrantów

Analiza decyzji migracyjnych ukazuje niewątpliwą prawidłowość. Decyzje o wyjeździe z kraju w poszukiwaniu pracy na ogół podejmują ludzie zdrowi, oceniający pozytywnie możliwość zainwestowania własnego fizycznego i często intelektualnego potencjału, by osiągnąć

sukses ekonomiczny. Jeśli spojrzeć na problem z perspektywy rodzin, z których pochodzą emigranci – również można dostrzec, że decyzje migracyjne podejmują ci członkowie rodziny, którzy dysponują największym potencjałem ułatwiającym znalezienie miejsca na rynku pracy w obcym kraju – np. ewentualną znajomością języka, kompetencjami zawodowymi, ale też zdrowiem. Podkreślają to również lokalni liderzy, którzy wyrażają pogląd, że z ich terenu wyjeżdżają najczęściej ludzie młodzi, bardziej aktywni, przekonani o sukcesie przedsięwzięcia, pełni sił. Uwzględniają to kraje przyjmujące, chętnie otwierające się na napływ niezbędnego potencjału pracy dysponującego zdrowiem. Możemy więc stwierdzić, że osoba decydująca się na wyjazd w poszukiwaniu pracy nie dostrzega przeciwwskazań do wysiłku fizycznego, jaki zamierza podjąć za granicą. Osoby decydujące się na emigrację są więc najczęściej stosunkowo zdrowe, często zdrowsze niż, statystycznie biorąc, członkowie zarówno społeczeństwa wysyłającego, jak i przyjmującego. Uzasadnione jest więc założenie, że pierwszy etap pobytu za granicą nie stwarza większych problemów zdrowotnych (*healthy migrant effect*).

Jednakże, jak wykazują liczne badania, migracja jest sytuacją stresogenną, powodującą wysoki poziom obciążenia emocjonalnego, często też fizycznego, stwarza więc wysoki poziom ryzyka utraty zdrowia somatycznego i psychicznego.

Najwcześniejsze wyniki badań zdrowia migrantów, do których dotarłam, pochodzą z lat czterdziestych XIX wieku. Badania prowadzone były w Ameryce Północnej, dokąd napływały liczne fale migrantów ekonomicznych. Badania wykazały, że migracja stanowi poważne ryzyko zaburzeń zdrowia psychicznego [19]. Wyniki wielu kolejnych badań, prowadzonych w różnych krajach i wśród imigrantów różnego pochodzenia, w tym też polskich emigrantów w Australii, potwierdzają ten wniosek [20]. Również najnowsze badania sygnalizują, że najczęściej występującym problemem powiązanim z migracją są zaburzenia psychiczne, w tym symptomy depresji. Dodatkowo należy podkreślić, że częstość zaburzeń jest zróżnicowana pochodzeniem migrantów i przyczyną migracji (uchodźstwem, a szczególnie uchodźstwem dzieci) [21].

Drugi rodzaj ryzyka dotyczy zdrowia somatycznego i utraty sprawności fizycznej. Tu zakres problemów zdrowotnych jest szeroki, o czym wspomniano już wcześniej. Najbardziej drastyczne są zdarzenia powypadkowe, które od dawna towarzyszyły migracjom zarobkowym. O wypadkach wśród migrantów ze skutkiem śmiertelnym w kopalniach i hutach pisali już polscy chłopci w listach z Ameryki na początku XX wieku [22]. Pośrednio znajdujemy także informacje dotyczące polskich robotników rolnych jeszcze sprzed pierwszej wojny światowej. Przytaczam tu badania, które wskazują, że w tym okresie poważnym problemem było niewypłacanie ubezpieczeń powypadkowych migrantom lub pośmiertnych ich rodzinom [23], co stanowiło dodatkowy czynnik ich deprywacji.

Problemem migrantów są też różnego rodzaju choroby prowadzące do zgonów. Odnotowano to w przypadku chorób typowych dla innego klimatu, nieznanego europejskim emigrantom, czego konsekwencją były liczne zgo-

ny. Podkreślali to pisarze z przełomu XIX i XX wieku, opisujący masowe wyjazdy do Ameryki Południowej zwane „gorączką brazylijską” [24]. Nawet dla kraju przyjmującego niepokojący był m.in. stan zdrowia dzieci imigrantów. I tak np. Ministerstwo Spraw Zagranicznych Rzeszy Niemieckiej podawało oficjalne dane z 1928 roku mówiące o tym, że w Niemczech przebywało około 26 000 dzieci polskich imigrantów do lat 14, że szerzyły się wśród nich choroby i przeciętnie umierało 25–30% dzieci w wieku do 2 lat [25].

Obecnie stan zdrowia imigrantów częściowo można wyjaśnić istniejącymi barierami w dostępie do usług zdrowotnych; na uwzględnienie zasługują tu także warunki życia i pracy, a także całokształt stylu życia, który rzadko koresponduje z prozdrowotnymi zaleceniami medycyny. Niewątpliwie istotnym i często rozstrzygającym czynnikiem jest brak dostępu do opieki zdrowotnej w przypadku imigrantów zatrudnionych nielegalnie. Oni bowiem nie mają uprawnień do korzystania z usług zdrowotnych w kraju, w którym pracują „na czarno” bez ubezpieczenia, jakie gwarantuje legalne zatrudnienie i opłacanie składki zdrowotnej. Równoległe nie bez znaczenia są inne bariery, takie jak nieznanostwo języka, brak informacji czy też trudności finansowe, na temat których prowadzi się ostatnio wiele badań i próbuje się je niwelować [26]. Badania Elżbiety Czapki pokazują, że znaczącą rolę w decyzjach o zgłoszeniu się do lekarza odgrywa dla imigrantów aspekt ekonomiczny. W czasie rozmów z imigrantami, zwłaszcza tymi, których rodziny pozostały w kraju, okazało się, że pracujący za granicą Polacy często nie chodzą do lekarza i mimo choroby nie biorą zwolnienia, ponieważ boją się utraty nadgodzin, za które dostają znaczący ekwiwalent finansowy. *Tutaj jak jesteś na chorobowym, to masz wprawdzie płacone 100%, ale już do domu nie pojedziesz, nadgodzin nie złapiesz.* W związku z tym rezygnują z prawa do „bycia chorym”. *Za granicą no tu masz większy stres. (...) Cały czas myślisz, jak kombinować, myślisz o tym, że nie możesz chorować* [13].

Na złożoną sytuację obejmującą zdrowie migrantów zwracają też uwagę inni autorzy. Na podstawie ich badań można wymienić: złe nawyki żywieniowe, które prowadzą do „dolegliwości układu pokarmowego” [27], bierność w podejmowaniu leczenia, stosowanie, głównie przez kobiety, samoleczenia opartego na tradycjach kulturowych kraju pochodzenia, co może wynikać z dystansu wobec kultury kraju przyjmującego [28].

Pobyt i praca za granicą zmienia zachowania migrantów związane z chorobą lub złym samopoczuciem. Badania prowadzone przez Elżbietę Czapkę wśród 107 polskich emigrantów zarobkowych w Norwegii ukazały zmianę zachowań w kraju pobytu w porównaniu z zachowaniami w kraju pochodzenia [13] (Tabela I).

W trakcie pobytu za granicą częściej niż w Polsce deklarowane są takie zachowania, jak czekanie, aż samo minie, oraz samodzielne radzenie sobie z chorobą. Ilustruje to kolejna wypowiedź polskiego migranta: *Mi sie tylko raz zdarzyło tu być chorym, co se naderwałem kręgosłup, ale to się obsmarowałem maściami i do roboty szłem.* Jednak najwyraźniejsza zmiana dotyczy rezyg-

Zachowania	W Polsce, przed wyjazdem	W Norwegii
Idę do lekarza	50	18
Radzę sobie sam/a	58	67
Pytam o radę znajomych	14	18
Czekam, aż samo przejdzie	20	28

Tabela I. Strategie radzenia sobie w przypadku złego samopoczucia (%).

Źródło: Czapka E., *Health of Polish labour immigrants in Norway – a research report, Oslo 2010.*

nacji z wizyty u lekarza. Z 50% respondentów, którzy deklarują zgłaszanie się do lekarza w Polsce, w Norwegii wizytę u lekarza w przypadku choroby deklaruje jedynie 18% badanych. A przecież zgodnie z międzynarodowymi konwencjami osoby migrujące, które są objęte ubezpieczeniami zdrowotnymi w jednym państwie, mają prawo do korzystania z usług zdrowotnych w publicznych systemach opieki medycznej w pozostałych krajach, które zawarły takie umowy, „adekwatnie do stanu zdrowia”, w jakim się znajdują [30].

Obserwacje i badania prowadzone m.in. wśród 300 polskich reemigrantek wskazują z jednej strony, że w związku z pracą za granicą pogorszył się stan ich zdrowia (11,7%) i że nie wrócą już tam do pracy, bo *tam nie potrzebują takich [chorych] osób*, a z drugiej, że kobiety ograniczają kontakt z opieką zdrowotną w czasie emigracji. Potwierdzają to ich deklaracje, z których wynika, że rzadziej korzystały z programów medycznych skierowanych do kobiet w trakcie pobytu za granicą (5%) niż po powrocie do kraju (15,8%) [31].

Na marginalizację czy, w niektórych przypadkach, automarginalizację cudzoziemców w dostępie do opieki zdrowotnej wskazują też prowadzone w ostatnim czasie dwa interesujące badania na terenie Polski (w Poznaniu i w Warszawie). Wynika z nich, że ograniczenie dostępu do opieki to nie tylko problem legislacyjny – czyli, zwłaszcza dla imigrantów nielegalnych, brak uprawnień do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych. Wiąże się też z innymi trudnościami formalnymi, jak np. niejednoznacznością w transkrypcji imion i nazwisk, co powoduje, że wcześniej inaczej zarejestrowany pacjent jest przy innej transkrypcji „nieobecny w systemie” [32]. Na szczególne bariery i utrudnienia tak od strony prawnej, jak i ze względu na pobyt w placówkach odizolowanych, napotykać uchodźcy, osoby ubiegające się o zezwolenie na pobyt i inne przebywające w kraju nielegalnie. W dużym stopniu dotyczy to opieki nad kobietą i dzieckiem imigranckim [33]. Nie bez znaczenia są też różne postawy dyskryminujące, które wynikają zarówno z różnego rodzaju stereotypów, w których obcokrajowcy „roznoszą” choroby, jak też z utrudnień i opinii zarówno personelu, jak i pozostałych pacjentów, że obecność cudzoziemców zgłaszających się po poradę, a nieznających lub słabo znających język polski, jest kłopotliwa i dezorganizuje pracę placówki [34].

Obie perspektywy badawcze – Polaków za granicą i cudzoziemców w Polsce – prowadzą do podobnych

wniosków: migracja jest sytuacją, w której z wielu względów migrant znajduje się nie tylko w sytuacji ryzyka zdrowotnego, ale również napotyka różnorodne bariery ograniczające jego dostęp do ochrony zdrowia. Migracja jest więc złożonym procesem generującym specyficzne nierówności zdrowotne. Ze względu na globalny charakter migracji proces ten dotyczy nie tylko poszczególnych krajów czy strumieni migracyjnych przepływających z biednych krajów do bogatych, ale także obejmuje kraje bogate, o relatywnie wysokim poziomie świadczeń zdrowotnych, które nie zawsze dobrze sobie radzą i nie zawsze optymalnie potrafią rozwiązać kwestie opieki nad rzeszami przybywających migrantów.

3. Główne strategie zachowań migrantów zarobkowych w chorobie

Już ta dość uproszczona analiza sytuacji ukazującej niekorzystne relacje migrantów wobec systemu opieki zdrowotnej pozwala określić ogólny schemat ich postępowania w chorobie. Uwzględnia on trzy strategie: samoleczenie, ograniczanie kontaktu ze służbą zdrowia w kraju pobytu i przerzucanie opieki zdrowotnej na kraj pochodzenia.

Podstawowa jest strategia samoleczenia, rozumiana jako samodzielne działania zmierzające do likwidacji choroby w celu eliminacji jej objawów. Zauważamy bowiem, że samoleczenie jest głównie leczeniem objawowym (podwyższona temperatura, wysypka, obrzęk, biegunka, bezsenność, dolegliwości bólowe itp.). Samoleczenie jest częstym, planowym jeszcze przed wyjazdem zachowaniem podejmowanym przez imigrantów, którzy niejako „na wszelki wypadek” zaopatrują się w różne leki – głównie przeciwbólowe, przeciwzapalne oraz te, które są wynikiem ich dotychczasowego doświadczenia chorobowego. Strategia oparta na samoleczeniu stosowana jest bardzo często. Może ona być dodatkowo wzmocniona zakupami leków lub ich substytutów i paramedykamentów także w kraju pobytu.

Strategia ograniczonego kontaktu ze służbą zdrowia w kraju pobytu jest efektem oddziaływania wielu powiązanych ze sobą czynników, przy czym źródła tych ograniczeń mogą dotyczyć różnych podmiotów – imigranta, pracodawcy, państwa:

- Ze strony imigranta – jedne, związane z bagatelizowaniem objawów także ze względu na dużą koncentrację na realizacji celu wyjazdu – zarobkach; inne – w sferze legislacyjnej i informacyjnej: brak uprawnień do korzystania z opieki zgodnie z gwarancjami międzynarodowymi (np. nielegalni migranci) lub brak wiedzy o uprawnieniach, następnie świadomość wysokich kosztów świadczeń zdrowotnych oraz brak znajomości języka. Wiele z tych barier ulega minimalizacji wraz z upływem czasu i stabilizacją pobytu imigranta w kraju przyjmującym. Obserwuje się nawet, że w dłuższej perspektywie proces integracji w nowym kraju może być korzystny dla zdrowia. Odłąbną kwestię stanowią problemy zdrowotne ofiar handlu ludźmi. Dodatkowym i dominującym czynnikiem ograniczającym ich kontakt z opieką medyczną jest izolowanie ofiar handlu przez sprawcę [35].

- Ze strony pracodawców – ograniczanie dostępu do opieki zdrowotnej w kraju pobytu sprowadza się do strategii ich urlopowania, by cudzoziemscy pracownicy mogli leczyć się w kraju pochodzenia i ponowne ich przyjmowanie po wyleczeniu i powrocie.
- Ze strony państwa pobytu czynnikiem upośledzającym realizację potrzeb zdrowotnych imigrantów jest brak placówek przygotowanych do ich obsługi (nieznajomość języka większej grupy imigrantów może być kompensowana zatrudnieniem lekarzy z kraju ich pochodzenia lub pomocą tłumacza), restrykcje wobec „obcych”, a także brak znajomości i przestrzegania wymogów kulturowych związanych z praktykami leczniczymi z krajów pochodzenia. Z tego względu w latach 2002–2005 w dwunastu szpitalach kilku krajów analizowano złe praktyki w tym obszarze. Ich doświadczenia stały się podstawą finansowanego przez Unię Europejską (UE) programu *Migrant Friendly Hospitals* w etnicznie zróżnicowanej Europie [2]. Opracowanie i finansowanie tego programu wskazuje, że wiele rządów, szczególnie w krajach o wzmożonej migracji, uświadamia sobie konsekwencje zaniedbań w leczeniu imigrantów, szczególnie tych, którzy pozostaną w tych krajach na stałe.

Kolejną strategią jest przerzucenie do kraju pochodzenia opieki nad własnym zdrowiem. Strategia kontaktu ze służbą zdrowia w kraju pochodzenia obejmuje przyjazdy w celach leczenia, rehabilitacji, profilaktyki. Polskie analizy wskazują, że migranci z nowo przyjętych krajów UE „na ogół nie korzystają z usług zdrowotnych w kraju przyjmującym. Reperują zdrowie w przerwach między kolejnymi pobytami lub po powrocie z emigracji” [38]. Dotyczy to jednak tych migrantów, którzy nie ustabilizowali swojej sytuacji w kraju pobytu, a jednocześnie tych, dla których odległość do kraju pochodzenia nie wiąże się z wysokimi kosztami przejazdu.

Godnym uwagi aspektem procesów migracyjnych są wyjazdy z kraju pochodzenia do krajów o łagodnym klimacie w celach podniesienia komfortu życia na emeryturze. Z czasem kraj „słonecznego klimatu” przyjmujący bogatych emerytowanych cudzoziemców staje przed wyzwaniem dla lokalnego systemu zdrowia i instytucji opieki nad przewlekle chorymi. Przykładem są dane mówiące o tym, że w 2007 roku w Hiszpanii zarejestrowano 15 630 imigrantów z Norwegii i że wielu z nich potrzebowało opieki zdrowotnej i usług opiekuńczych [39].

Nieco inne są przyczyny poszukiwania miejsc w polskich domach pomocy społecznej przez starszych wiekiem mieszkańców niektórych krajów UE. Bezpośrednie kontakty z pracownikami tych domów sygnalizują przypadki osób, które przyjazd argumentują ucieczką przed zagrożeniem eutanazją zalegalizowaną lub przewidywaną do legalizacji w ich kraju.

4. Uwagi końcowe

Zdaję sobie sprawę, że przedstawiam jedynie zarys aktualnej, ale też złożonej problematyki badań nad zdrowiem migrantów i problemów, które są związane z prze-

mieszczaniem się ludzi między krajami. Ponieważ można oczekiwać zarówno powrotów Polaków z emigracji, jak i ze względów ekonomicznych i politycznych przyjazdów do Polski coraz większej liczebnie grupy cudzoziemców – w polityce zdrowotnej państwa i w przygotowaniu służb medycznych (głównie lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych), a także w statystykach zdrowia należy uwzględnić kryterium „uczestnictwo w migracji jako czynnik ryzyka zdrowotnego”. Problem ten jest bardzo rozległy i dotyczy zarówno wielu aspektów zdrowia migrantów i związanych z tym nierówności, jak i specyficznych wyzwań dla systemów opieki zdrowotnej. Jak widać, pominięciem chociażby związanych z migracją problem „drenażu mózgow” białego personelu, który przemieszcza się na ogół z kraju biedniejszego do bogatszego. Personel ten, którego wykształcenia bogate kraje nie finansują, zatrudniany jest nie tylko do wzmocnienia opieki nad ludnością państwa przyjmującego, ale też ze względu na znajomość języka i standardów kulturowych, do zabezpieczenia opieki nad populacją imigrantów pochodzących z ich kraju. Podjęcie problemów zdrowie–choroba–migracja otwiera więc nowe obszary eksploatacji dla całych, interdyscyplinarnych zespołów badań, które powinny dopomóc w wypracowywaniu spójnych programów na rzecz zdrowia imigrantów i zapobiegania tym samym ich społecznej ekskluzji. Wagę tych problemów zaakcentowały już dokumenty programowe wielu krajów, wymieniające imigrantów wśród grup szczególnie upośledzonych w perspektywie tworzenia potencjału zdrowia i dostępu do świadczeń zdrowotnych [40].

Przypisy

¹ Wśród krajów europejskich, które obecnie działają w Departamencie Zdrowia Migrantów (Migration Health Department) w Genewie, nie ma Polski, choć uczestniczą nawet takie kraje, jak Białoruś, Bułgaria, Serbia i Ukraina. Por. *Migration Health. Annual Report 2006*, International Organization for Migration, s. 10.

Abstract

Migrant and diseases

Key words: health risk, migrants behaviour in case of illness, migrants' health, migration, public health

In the article main health problems specific for migration process and migrants strategies in case of illness were presented: self-treatment, limited access to health care services in immigration country and shifting the health care onto the country of origin. Mass migration together with migrants' needs deprivation points at the need of inclusion of consequences of migration into the health policy of both sending and receiving countries.

Piśmiennictwo:

1. The World's Women – Trends and Statistics United Nations, New York 2010.
2. *Migration and health. Challenges and trends*, Helsedirektoratet, Oslo 2009.
3. Harley T., Govles A., Dickinson L.M., Perez M de I., *Stress, coping and health: a comparison on Mexican immigrants,*

- Mexican – American, and non-Hispanic whites*, „Journal of Immigrant and Minority Health” 2005; 7, 3: 213–220.
4. Dunn J.R., Dyck I., *Social determinants of health in Canada's immigrant population: results National Population Health Survey*, „Social Sciences Medicine” 2000; 51, 11: 1573–1593.
 5. Waldstein A., *Diaspora and health? Traditional medicine and culture in a mexican migrant community*, „International Migration” 2008; 46, 5: 96.
 6. Sole-Auro A., Crimmins E.M., *Health of immigrants in European countries*, „The International Migration Review” 2008; 42, 4: 861–876.
 7. Gonneke W.J.M., Vollebergh W.A.M., *Mental health in migrant children*, „The Journal Child Psychology and Psychiatry” 2008; 49, 3: 276–294.
 8. *Migration health*, International Organization for Migration, „Annual Report” 2006: 15.
 9. *Migration and health. Challenges and trends*, Helsedirektoratet, Oslo 2009, 20.
 10. *Migration health*, International Organization for Migration, „Annual Report” 2006, 18.
 11. *Migration and health. Challenges and trends*, Helsedirektoratet, Oslo 2009, 21–25.
 12. Carballo M., Divino J.J., Zeric D., *Migration and health in the European Union*, „Tropical Medicine and International Health” 1998; 3, 12: 936–944.
 13. Czapka E., *Health of Polish labour immigrants in Norway – a research report*, Oslo 2010.
 14. Hughes K., *Migrating identities: the relational constitution of drug use and addiction*, „Sociology of Health and Illness” 2007; 29, 5: 688.
 15. Zamojski J.E., *Migracje masowe – czynnik przemian społeczeństw współczesnych*, w: Zamojski J. (red.), *Migracje i społeczeństwo. Zbiór studiów*, Instytut Historii PAN, Warszawa 1995, 9–43.
 16. Kawczyńska-Butrym Z., *Zyski i straty uczestników migracji – wyniki badań własnych*, w: Zięba M.S. (red.), *Migracja wyzwanie XXI wieku*, Wydawnictwo Fundacji Rozwoju KUL, Lublin 2008, 152–162.
 17. Kawczyńska-Butrym Z., *Zdrowotne aspekty emigracji*, „Ethos” 2009; 87–88: 263–274.
 18. Kawczyńska-Butrym Z., *Migracje – wyzwaniem dla socjologii zdrowia i medycyny*, w: Piątkowski W. (red.), *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Profesor Magdaleny Sokółowskiej*, IFiS PAN, Warszawa 2010, 84–109.
 19. Minas I.H., *Mental health in a culturally diverse society*, w: Reid J., Tromph P. (red.), *The health of immigrant Australia, a social perspectives*, Sydney 1990, cyt. za: Kulmatycki L., Łazowski J., *Program promocji więzi społecznych wśród Polaków w Australii w odniesieniu do problemów psychicznych*, „Psychiatria Polska” 2005; 39, 5: 997–1010.
 20. Kulmatycki L., Łazowski J., *Program promocji więzi społecznych wśród Polaków w Australii w odniesieniu do problemów psychicznych*, „Psychiatria Polska” 2005; 39, 5: 997–1010.
 21. *Migration and health. Challenges and trends*, Helsedirektoratet, Oslo 2009: 54.
 22. Thomas W.I., Znanięcki F., *Chłop polski w Europie i w Ameryce*, t. II, LSW, Warszawa 1976, 179–180.

23. Plewko J., *Sprostać migracji. Pomoc migrantom ekonomicznym z ziem polskich – formy i znaczenie (połowa XIX w. – początek XXI w.)*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2010, 38.
24. Mocyk A., *Piekło czy raj? Obraz Brazylii w piśmiennictwie polskim w latach 1864–1939*, Kraków 2005.
25. Fiedor K., *Polscy robotnicy rolni na Śląsku pod panowaniem niemieckim na tle wychodźstwa do Rzeszy 1918–1932*, Ossolineum, Wrocław–Warszawa–Kraków 1968, 125–130, cyt. za: Plewko J., *Sprostać migracji. Pomoc migrantom ekonomicznym z ziem polskich – formy i znaczenie (połowa XIX w. – początek XXI w.)*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2010.
26. Mladovsky P., *Migrant health in the EU*, „Eurohealth” 2007; 13, 1: 9–11, cyt. za: Czapka E., *Health of Polish labour immigrants in Norway – a research report*, Oslo 2010.
27. Wites T., *Kobiety w migracjach Żydowskiego Obwodu Autonomicznego*, w: J.E. Zamojski (red.), *Kobiety i młodzież w migracjach. Migracje i społeczeństwo 10*, Wydawnictwo Neriton, Warszawa 2005, 223–239.
28. Nagi S.Z., Haavio-Mannila E., *Migration, health status and utilization of health services*, „Sociology of Health and Illness” 1980; 2, 2: 174–193.
29. Czyżewska E., *Koordinacja systemów ubezpieczenia społecznego – skutki dla polskiego systemu opieki zdrowotnej*, „Polityka Społeczna” 2008; 11/12: 35.
30. Bryk D., *Reemigrantka i jej rodzina w kontekście migracji i adaptacji*, w: Markowski K. (red.), *Reemigracja kobiet z terenu województwa lubelskiego*, Lublin 2010, 110–122.
31. Bloch N., Goździak E.M. (red.), *Od gości do sąsiadów. Integracja cudzoziemców spoza Unii Europejskiej w Poznaniu w edukacji, na rynku pracy i w opiece zdrowotnej*, Centrum Badań Migracyjnych UAM, Poznań 2010, 165.
32. Chrzanowska A., Klaus W. (red.), *Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce. Stowarzyszenie Interwencji Prawnej*, Warszawa 2011.
33. Bloch N., Goździak E.M., *Od gości do sąsiadów. Integracja cudzoziemców spoza Unii Europejskiej w Poznaniu w edukacji, na rynku pracy i w opiece zdrowotnej*, Centrum Badań Migracyjnych UAM, Poznań 2010, 164.
34. *Migration Health*, International Organization for Migration, „Annual Report” 2006: 29.
35. *Building regional partnerships to fight trafficking in persons in the context of EU-enlargement. Conference report*, International Organization for Migration, Warsaw 2005, 37.
36. Golinowska S., *Społeczny wymiar emigracji w krajach wysyłających*, „Kultura i Społeczeństwo” 2008; 2: 21.
37. *Migration and health. Challenges and trends*, Helsedirektoratet, Oslo 2009, 78.
38. *Healthy people*, US Department of Health and Human Services 2010; www.helathypeople.gov (dostęp 20.09.2011).

■ O autorce

Zofia Kawczyńska-Butrym – prof. dr hab., Instytut Socjologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.