



Życie i praca za granicą w zdrowiu i w chorobie

AGNIESZKA PAWLAK-KAŁUZIŃSKA
UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

Abstrakt

Artykuł stanowi prezentację wstępnych, częściowych wyników badań przeprowadzanych w ramach projektu badawczego pt. *(Nie)zdrowi migranci zarobkowi – osamotnienie, stres i choroba podczas emigracji zarobkowej oraz podejmowane strategie zaradcze* realizowanego od sierpnia 2022 roku. Jednym z celów badania jest poznanie opinii migrantów i migrantek na temat stanu ich zdrowia przed emigracją oraz w trakcie trwania emigracji, a także strategii podejmowanych w celu utrzymania zdrowia i strategii podejmowanych w przypadku wystąpienia choroby. Obecnie próba liczy 150 osób, z których więcej niż połowa przebywa na emigracji od ponad 10 lat. Do oceny stanu zdrowia migrantów wykorzystano zarówno wskaźniki subiektywne, jak i deklaracje dotyczące obiektywnych wskaźników zdrowia. Badani migranci w momencie udania się na emigrację w większości cieszyli się bardzo dobrym lub dobrym stanem zdrowia, a więc w badanej próbie wystąpił efekt zdrowego migranta. Obecnie stan ich zdrowia ulega stopniowemu pogarszaniu się. Badani zgłaszają liczne dolegliwości zdrowotne, jednak tylko co piąty z nich cierpi na chorobę przewlekłą. Respondenci zazwyczaj wysoko oceniają służbę zdrowia w kraju emigracji i – jeśli zajdzie taka potrzeba – korzystają z niej częściej niż ze służby zdrowia w Polsce. Stosują jednak przede wszystkim strategie dbałości o zdrowie i samoleczenia. Istotną zmienną różnicującą otrzymane wyniki jest płeć badanych.

Słowa kluczowe:

migracja zarobkowa, osamotnienie, stres, zachowania w zdrowiu, zachowania w chorobie.

Wprowadzenie

Przedstawione w niniejszym artykule częściowe wyniki badania pochodzą z realizowanego od sierpnia 2022 roku projektu badawczego pt. *(Nie)zdrowi migranci zarobkowi – osamotnienie, stres i choroba podczas emigracji zarobkowej oraz podejmowane strategie zaradcze*. Cele badania są następujące:

1. Poznanie skali doświadczania osamotnienia przez migrantów zarobkowych i migrantki zarobkowe oraz analiza czynników mających wpływ na doświadczanie poczucia osamotnienia przez migrantów zarobkowych i migrantki zarobkowe, a także skutków odczuwanego osamotnienia.
2. Poznanie opinii migrantów i migrantek na temat stanu ich zdrowia przed emigracją oraz w trakcie trwania emigracji, a także strategii podejmowanych w celu utrzymania zdrowia i strategii podejmowanych w przypadku wystąpienia choroby.
3. Poznanie skali doświadczania stresu przed emigracją, na początku emigracji i w trakcie trwania emigracji przez kobiety i mężczyzn migrujących zarobkowo, wpływu stresu na zdrowie i relacje społeczne oraz źródeł wsparcia społecznego.

W dalszej części artykułu zostaną przedstawione częściowe wyniki badania odnoszące się głównie do drugiego celu badania, czyli opinii migrantów i migrantek na temat stanu ich zdrowia oraz zachowań zdrowotnych i zachowań w chorobie.

Pytania badawcze w tej części badania dotyczyły następujących kwestii: jak emigranci i emigrantki radzą sobie na emigracji w obliczu choroby – na co chorują, jakie strategie leczenia podejmują (samoleczenie, poszukiwanie profesjonalnej pomocy itp.)? Jaki jest stosunek emigrantek i emigrantów do pandemii COVID-19 – czy traktują ją jako poważne zagrożenie, czy negują jej istnienie? Czy badani

chorowali na COVID-19, a jeśli tak – to jakie podejmowali wówczas strategie leczenia?

Jedną z głównych zmiennych, które mają – moim zdaniem – wpływ na odpowiedzi na powyższe pytania jest płeć emigrantów zarobkowych. Dlatego też wszystkie wyniki badania zostały przedstawione z podziałem na płeć.

Podjęty temat badawczy uważam za ważny, gdyż migracja i związane z nią takie procesy jak: adaptacja i akulturacja stanowią dla osoby ich doświadczającej duże wyzwanie przystosowawcze, co nie pozostaje bez wpływu na jej kondycję psychofizyczną. Oczywiście czynnikami mediującymi w tym procesie są zasoby kapitału społecznego (sieci migracyjne) i kapitału kulturowego – im te zasoby są większe, tym mniejsze koszty zdrowotne wspomnianych procesów. Dzięki tego rodzaju badaniom można także poznać potrzeby migrantów zarobkowych związane z leczeniem oraz bariery kulturowe odczuwane w sytuacji spotkania się z odmiennym w danej kulturze stosunkiem służby zdrowia do leczenia i poznać problemy, które niekiedy utrudniają kontakty między migrantami a personelem medycznym kraju przyjmującego, opóźniając postawienie właściwej diagnozy czy wdrożenie leczenia.

Z analizy zgromadzonych przeze mnie danych wynika, że migranci długookresowi (a tacy dominują w próbie), jeśli mają problemy zdrowotne, korzystają głównie z usług służby zdrowia w kraju emigracji. Większość badanych ocenia służbę zdrowia w kraju emigracji zdecydowanie lepiej niż służbę zdrowia w Polsce. Jednak zanim respondenci udają się do lekarza ze swoim problemem zdrowotnym, często stosują samoleczenie, traktując kontakt ze służbą zdrowia jako ostateczność. Pokazały to wybierane przez badanych strategie radzenia sobie w sytuacji zachorowania na COVID-19. W przypadku zarażenia się wirusem SARS-CoV-2 większość respondentów leczyła się najpierw sama w domu. Kobiety częściej stosowały samoleczenie niż mężczyźni.

Przegląd wybranych badań dotyczących zdrowia migrantów

Badacze zajmujący się zdrowiem migrantów zauważają, że – biorąc pod uwagę czynniki ryzyka zdrowotnego – migrację zarobkową można podzielić na trzy etapy. W pierwszym etapie, tj. w momencie przemieszczania się do kraju emigracji, migrant może doświadczyć silnej traumy, mogącej w przyszłości powodować zaburzenia zachowania lub chorobę psychiczną. W drugim etapie zachodzą procesy adaptacji i akulturacji, w ramach których migrant może napotkać różne bariery i trudności, także w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej. Trzeci to etap normalizacji, który niesie za sobą mniej sytuacji napięć i zagrożeń, ale może być etapem ujawniania się odległych w czasie zdrowotnych konsekwencji dwóch poprzednich etapów (Kawczyńska-Butrym, 2019, s. 106). Etapy te mogą mieć różną długość i nie zawsze migrant z powodzeniem kończy dany etap, czasem może utknąć na którymś z etapów i nie dojść do etapu normalizacji, bo np. nie jest się w stanie zaadaptować do nowych warunków życia. Nawet migranci długookresowi mogą nie być na etapie normalizacji.

Analizując stan zdrowia migrantów zarobkowych, należy także pamiętać o tzw. efekcie zdrowego migranta (ang. *healthy migrant effect*). Efekt ten bierze się z tego, że najpierw na emigrację udają się przeważnie ludzie młodzi i zdrowi, a najsłabsi decydują się relatywnie szybko na powrót do kraju. Z biegiem czasu w efekcie obciążeń związanych z migracją i funkcjonowaniem w obcym kraju stan zdrowia migrantów zaczyna się pogarszać (Jaroszewska, 2013, s. 19; Kawczyńska-Butrym, 2019, s. 9; Main, 2018, s. 29).

W ostatnich latach rośnie liczba badań naukowych poświęconych zdrowiu migrantów. W niniejszym artykule przytaczam wyniki dwóch najnowszych badań na temat zdrowia migrantów z Polski oraz wyniki badania

włoskich migrantów i reemigrantów, które jest jednym z niewielu badań zrobionych na dużej próbie osób mających za sobą doświadczenie migracyjne. Jednym z badań na ten temat, do którego chciałabym się odnieść, jest badanie przeprowadzone przez Izabellę Main w latach 2008–2013, które dotyczyło zdrowia, choroby i leczenia polskich migrantek z Londynu, Barcelony i Berlina. Badanie przeprowadzono z wykorzystaniem perspektywy antropologicznej. W jednej grupie badanych kobiet ich zdrowie i możliwości leczenia po przybyciu do nowego kraju poprawiły się (migrantki do „bogatszego i lepszego świata”), w innej – zdrowie uległo pogorszeniu, co miało związek z przewlekłą chorobą, pracą poniżej kwalifikacji, brakiem pracy w związku z małymi kompetencjami zawodowymi i/lub niekorzystną konfiguracją zawodowo-osobistą (Main, 2018, s. 34–48).

Badanie Agaty Smoleń zostało przeprowadzone wśród 286 emigrantów z Londynu, Edynburga i Glasgow. Z badania wynika, iż 40% polskich migrantów poakcesyjnych jest zagrożonych pogorszeniem stanu zdrowia, wystąpieniem chorób somatycznych lub psychicznych. Głównym czynnikiem ryzyka wystąpienia choroby jest odczuwany przez emigrantów stres. Polscy migranci nie zgłaszali się jednak po profesjonalną pomoc – 1% z nich korzystało w Wielkiej Brytanii z konsultacji lekarza psychiatry, a niespełna 5% – z porady psychologa. Głównym powodem niekorzystania z pomocy psychiatryczno-pedagogicznej była odczuwana przez migrantów kulturowo-językowa bariera (Smoleń, 2013, ss. 232–233).

Badanie Adama Anczyka, Haliny Grzymały-Moszczyńskiej, Agnieszki Krzysztof-Świdorskiej i Jacka Prusaka było realizowane w latach 2017–2018 wśród polskich migrantów w Norwegii. Przeprowadzono 20 wywiadów. Z jednej strony migranci w większości wysoko ocenili organizację i działania norweskiej służby zdrowia oraz stosunek personelu

medycznego do pacjenta, z drugiej strony badani opisywali, że na początku nie rozumieli podejścia norweskich lekarzy do leczenia. Różnice dotyczyły głównie podejścia norweskich lekarzy do wystawiania skierowań i do farmakoterapii, np. do zalecania kontaktu z naturą w ramach leczenia, przepisywania naturalnych środków (np. okład ze skórki banana) na różne dolegliwości. Część badanych uważała, że norwescy lekarze lekceważą pierwsze objawy choroby (Anczyk, Grzymała-Moszczyńska, Krzysztof-Świdorska, Prusak, 2020).

Z kolei badanie przeprowadzone we Włoszech w okresie od stycznia 2014 do grudnia 2018 roku na próbie liczącej 144 055 osób, w której znaleźli się zarówno Włosi, jak i migranci do Włoch, wykazało, że istotnym czynnikiem mającym wpływ na zdrowie psychiczne badanych jest wykształcenie – wyższe wykształcenie ma związek z rzadszym występowaniem objawów depresyjnych u Włochów, ale wyższe wykształcenie u imigrantów wiąże się z częstszym występowaniem objawów depresji. Badacze wiążą to z tym, że im wyższe wykształcenie imigrantów, tym większe może być rozczarowanie doświadczanymi na emigracji niepowodzeniami, np. wykonywaniem pracy poniżej kwalifikacji, co jest częste wśród imigrantów we Włoszech. Trudności ekonomiczne zwiększają ryzyko wystąpienia objawów depresji u Włochów i u imigrantów, a bezrobocie wiąże z większym ryzykiem wystąpienia objawów depresyjnych u imigrantów w porównaniu z włoską populacją. Samotność jest również istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia problemów ze zdrowiem psychicznym w obu badanych grupach. Ponadto im dłuższy pobyt we Włoszech, tym wyższe ryzyko wystąpienia objawów depresyjnych u kobiet-imigrantek. Długość pobytu we Włoszech może powodować „efekt wyczerpania migranta”, jeśli chodzi o zasoby psychiczne, którymi dysponuje, a to może się przekładać

na większe prawdopodobieństwo wystąpienia objawów depresyjnych (Sesti i in., 2022, ss. 3–7).

Materiał i metody

Badanie miało ilościowy charakter¹. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety składający się z 62 pytań zamkniętych, w tym z 16 pytań o zmienne socjodemograficzne. Jak wspomniałam, badanie rozpoczęło się w sierpniu 2022 roku. Obecnie próba badawcza liczy 150 osób. Próba badawcza została dobrana w nieprobabilistyczny sposób. Zakwalifikowano do niej osoby, które spełniły jedno z dwóch poniższych kryteriów:

- a) nieprzerwane przebywanie na emigracji zarobkowej co najmniej trzy lata po 2004 roku;
- b) tzw. emigracja wahadłowa, tj. przeplatanie wyjazdów zarobkowych za granicę (np. na kilka tygodni/miesiący) z okresami powrotu do kraju, przy czym suma wyjazdów łącznie wynosi/wynosiła co najmniej 3 lata.

Do oceny stanu zdrowia emigrantów zarobkowych zostały zastosowane dwa rodzaje wskaźników:

1. Wskaźniki subiektywne, na które składają się:
 - a) samoocena stanu zdrowia fizycznego przed emigracją i na emigracji;
 - b) samoocena stanu zdrowia psychicznego na emigracji;
 - c) samoocena dbałości o zdrowie na emigracji.
2. Deklaracje dotyczące obiektywnych wskaźników zdrowia takich jak:
 - a) sposoby dbałości o zdrowie na emigracji;
 - b) częstotliwość picia alkoholu na emigracji;

- c) częstotliwość palenia papierosów lub papierosów elektronicznych (e-papierosów) na emigracji;
- d) dolegliwości zdrowotne badanych na emigracji;
- e) choroby przewlekłe, na które badani chorowali lub chorują na emigracji.

Informacje od badanych zbierano z wykorzystaniem wywiadu CAWI (*Computer Assisted Web Interview*).

Do momentu przygotowania artykułu w badaniu wzięło udział 95 kobiet i 54 mężczyzn. Jedna osoba nie określiła swojej płci, dlatego jej odpowiedzi nie były brane pod uwagę podczas analizowania wyników. 38% badanych ma od 31 do 40 lat, 26% – od 41 do 50 lat, co czwarty badany ma od 20 do 30 lat, a co dziesiąty badany ma ponad 50 lat, w tym niecałe 5% respondentów ma ponad 60 lat. W próbie dominują zatem osoby w średnim i młodym wieku.

Prawie 59% badanych ma wykształcenie wyższe, 14% respondentów ma wykształcenie średnie zawodowe, 8,7% osób ma wykształcenie zasadnicze zawodowe/branżowe, a 7,3% badanych ukończyło edukację na poziomie gimnazjum. W próbie znalazły się też osoby z wykształceniem policealnym (4%) oraz średnim ogólnokształcącym (6,7%), a także jedna osoba z wykształceniem podstawowym.

Sytuacja rodzinna badanych przedstawia się następująco: 44% jest w związku małżeńskim, ponad 23% jest w związku nieformalnym, a prawie 23% jest singlami. Ponadto co dziesiąty badany jest rozwiedziony. Ponad 54% badanych posiada dzieci, w tym prawie 27% badanych ma dwoje dzieci, a nieco ponad 19% ma jedno dziecko, 4,7% ma troje dzieci, a 1,3% – czworo dzieci. Ponad 55% respondentów mieszka na emigracji z rodziną, 29,3% badanych mieszka ze współlokatorem/współlokatorami, a pozostali mieszkają samotnie.

Ogółem 50,7% badanych przebywa na emigracji ponad 10 lat, 33,3% respondentów jest na emigracji od 3 do 5 lat, a 16% – od 6 do 10 lat. Badani wyemigrowali do różnych krajów. W większości przypadków były to kraje UE, takie jak: Niemcy, Wielka Brytania, Holandia, Austria, Finlandia, Włochy, Francja, Chorwacja, Węgry, Słowacja, Czechy. W próbie znaleźli się też emigranci, którzy wyemigrowali do Norwegii i Szwajcarii oraz krajów pozaeuropejskich takich jak: USA, Kanada, Japonia, Korea Południowa, Angola, Portugalia, Brazylia. Kilkoro respondentów to migranci cyrkularni, gdyż emigrują z jednego kraju do innego kraju.

Prawie 47% respondentów określiło swoją sytuację materialną przed emigracją jako raczej dobrą, a tylko niecałe 5% badanych określiło tę sytuację jako bardzo dobrą. Dla 42,6% badanych sytuacja materialna przed emigracją była zła, a dla 6% – bardzo zła. Dla porównania prawie 61% badanych określiło swoją sytuację materialną na emigracji jako raczej dobrą, a 36% badanych określiło tę sytuację jako bardzo dobrą. Pozostali określili swoją sytuację jako raczej złą (3,7%) oraz bardzo złą (jedna osoba). Emigracja zarobkowa poprawiła więc sytuację badanych. Zdecydowanie wzrósł odsetek badanych, którzy określają swoją sytuację materialną jako raczej dobrą (wzrost o 14%) i bardzo dobrą (wzrost od 31,3%). Do wyników odpowiedzi na to pytanie należy w moim przekonaniu podchodzić ostrożnie, gdyż wśród polskich migrantów zarobkowych mamy często do czynienia z narracją o emigracyjnym sukcesie, która nie zawsze jest opisem rzeczywistej sytuacji, a odpowiedzią na oczekiwanie otoczenia społecznego odnośnie do powodzenia wyjazdu migracyjnego.

¹ W kolejnym etapie realizacji projektu zostaną przeprowadzone wywiady swobodne z zastosowaniem listy poszukiwanych informacji.

Wyniki badania

Tab. 1. Samoocena badanych dotycząca stanu zdrowia fizycznego przed emigracją i na emigracji (N=149)

Mój stan zdrowia przed emigracją zarobkową był:	Kobiety		Mężczyźni		Mój stan zdrowia podczas emigracji jest/był:	Kobiety		Mężczyźni	
	liczba	procent	liczba	procent		liczba	procent	liczba	procent
Bardzo dobry	42	44,21%	21	38,89%	Bardzo dobry	34	35,79%	14	25,93%
Dobry	31	32,63%	15	27,78%	Dobry	40	42,11%	22	40,74%
Taki sobie, ani dobry ani zły	21	22,11%	16	29,63%	Taki sobie, ani dobry ani zły	17	17,89%	15	27,78%
Zły	0	0,00%	2	3,70%	Zły	4	4,21%	3	5,56%
Bardzo zły	1	1,05%	0	0,00%	Bardzo zły	0	0,00%	0	0,00%
OGÓŁEM	95	100,00%	54	100,00%	OGÓŁEM	95	100,00%	54	100,00%

Prawie trzy czwarte badanych kobiet i ponad 65% mężczyzn określiło swój stan zdrowia przed emigracją jako bardzo dobry lub dobry. Oceniając swój stan zdrowia na emigracji, nieco więcej kobiet określiło go jako dobry, mniej – jako bardzo dobry. U mężczyzn nastąpił natomiast wzrost odsetka odpowiedzi „dobry” o 13% i spadek odsetka odpowiedzi „bardzo dobry” o prawie 13%. Można zatem powiedzieć, iż – biorąc pod

uwagę przedstawione w tabeli dane – na początku migracji wśród badanych wystąpił efekt zdrowego migranta, tj. według deklaracji większości badanych w momencie emigracji ich stan zdrowia był bardzo dobry lub dobry. Wprawdzie stan zdrowia badanych nie uległ znacznemu pogorszeniu, jednak subiektywne odczucie pogarszającego się stanu zdrowia jest zauważalne w opinii części respondentów.

Tab. 2. Samoocena badanych dotycząca stanu zdrowia psychicznego na emigracji (N=149)

Mój stan zdrowia psychicznego na emigracji jest/był:	Kobiety		Mężczyźni	
	liczba	procent	liczba	procent
Bardzo dobry	30	31,58%	10	18,52%
Dobry	33	34,74%	23	42,59%
Taki sobie, ani dobry ani zły	26	27,37%	18	33,33%
Zły	6	6,32%	2	3,70%
Bardzo zły	0	0,00%	1	1,85%
OGÓŁEM	95	100,00%	54	100,00%

Ponad 66% kobiet i nieco ponad 60% mężczyzn określiło stan swojego zdrowia psychicznego jako bardzo dobry lub dobry. Jednakże prawie 36% kobiet odpowiedziało, że czasami niepokoi się o swoje zdrowie psychiczne podczas emigracji (prawie 15% zaznaczyło odpowiedź „trudno powiedzieć”). Jeśli chodzi o mężczyzn, to nieco ponad 24% niepokoi się o swoje zdrowie psychiczne (ok. 7,5% odpowiedziało „trudno powiedzieć”).

Biorąc pod uwagę subiektywne wskaźniki zdrowia, można zauważyć zmiany w opinii badanych migrantów na temat stanu ich zdrowia w momencie udania się na emigrację oraz podczas pobytu na emigracji. Zamieszczone poniżej deklaracje dotyczące obiektywnych wskaźników stanu zdrowia dają pełniejszy obraz kondycji zdrowotnej migrantów oraz czynników ryzyka mogących mieć wpływ na pogorszenie się zdrowia badanych.

Tab. 3. Dbałość o zdrowie a płeć emigranta (N=149)

Czy uważa się Pan/Pani za osobę dbającą o własne zdrowie podczas emigracji?	Kobiety		Mężczyźni	
	liczba	procent	liczba	procent
Zdecydowanie tak	24	25,26%	6	11,11%
Raczej tak	43	45,26%	24	44,44%
Raczej nie	19	20,00%	18	33,33%
Zdecydowanie nie	1	1,05%	1	1,85%
Trudno powiedzieć	8	8,42%	5	9,26%
OGÓŁEM	95	100,00%	54	100,00%

Ponad 70% kobiet zaznaczyło, że dba o swoje zdrowie (suma odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”). Dla porównania – dbałość o swoje zdrowie zaznaczyła połowa mężczyzn. Na pytanie wielokrotnego wyboru dotyczące tego, w jaki sposób badani dbają o swoje zdrowie najczęściej wybieranymi odpowiedziami były: zdrowo się odżywiam (72,4%), chodzę na spacer (64,3%), śpię minimum 7–8 godz. dziennie (61,2%), zachowuję równowagę między pracą a życiem prywatnym (57,1%),

uprawiam sport (48%), prowadzę regularny tryb życia (44,9%), badam się regularnie (43,9%). Ponadto około jedna czwarta badanych stosuje suplementy diety. Na to pytanie udzielono 455 odpowiedzi.

Tab. 4. Picie alkoholu na emigracji a płeć (N=149)

Czy zdarza lub zdarzało się Panu/ Pani pić alkohol podczas emigracji?	Kobiety		Mężczyźni	
	liczba	procent	liczba	procent
Tak, codziennie	1	1,05%	2	3,70%
Tak, kilka razy w tygodniu	16	16,84%	18	33,33%
Tak, kilka razy w miesiącu	27	28,42%	20	37,04%
Tak, raz w miesiącu	6	6,32%	4	7,41%
Tak, okazjonalnie, kilka razy w roku	27	28,42%	7	12,96%
Nie piję alkoholu	18	18,95%	3	5,56%
OGÓŁEM	95	100,00%	54	100,00%

Prawie 18% kobiet i ponad 35% mężczyzn zaznaczyło, że zdarza się im pić alkohol codziennie lub kilka razy w tygodniu. Ponad 28% kobiet i więcej niż 37% mężczyzn pije alkohol kilka razy w miesiącu. Ponadto 27% kobiet i prawie 13% mężczyzn pije alkohol okazjonalnie, kilka razy w roku.

Tab. 5. Palenie papierosów na emigracji a płeć (N=149)

Czy pali lub palił/ a Pan/Pani papierosy podczas emigracji? Chodzi o papierosy tradycyjnie, a nie papierosy elektroniczne (e-papierosy)	Kobiety		Mężczyźni		Czy pali lub palił/a Pan/Pani papierosa elektronicznego (e-papierosa) podczas emigracji?	Kobiety		Mężczyźni	
	liczba	procent	liczba	procent		liczba	procent	liczba	procent
Tak, palę regularnie	20	21,05%	22	40,74%	Tak, palę regularnie	8	8,42%	3	5,56%
Tak, palę ale tylko okazjonalnie	6	6,32%	4	7,41%	Tak, palę ale tylko okazjonalnie	9	9,47%	5	9,26%
Nie, nie palę	69	72,63%	28	51,85%	Nie, nie palę	78	82,11%	46	85,19%
OGÓŁEM	95	100,00%	19	100,00%	OGÓŁEM	95	100,00%	54	100,00%

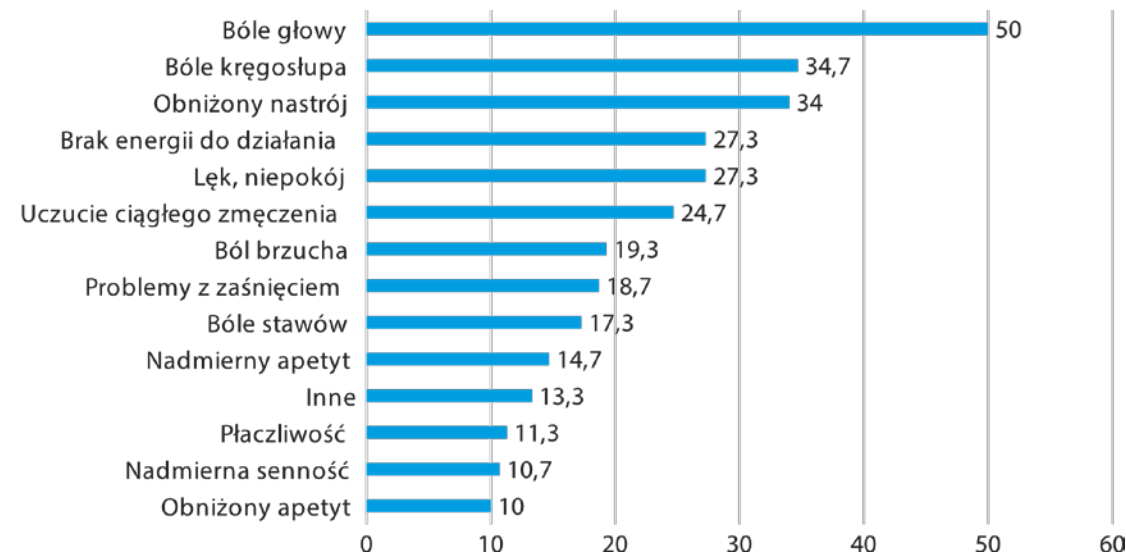
Co piąta emigrantka i ponad 40% emigrantów pali tradycyjne papierosy regularnie, a prawie 8,5% kobiet i 5,56% mężczyzn pali regularnie papierosy elektroniczne.

Ponadto zadano respondentom pytanie, czy chorują na jakieś choroby przewlekłe. 29 osób (19,3%) odpowiedziało, że choruje na choroby przewlekłe. Do tych osób skierowano pytanie

pogłębione, na jakie choroby przewlekłe chorują². Na choroby układu krążenia choruje

2 Kafeteria do tego pytania została stworzona na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 opracowanej przez WHO. W Polsce klasyfikacja ta obowiązuje od 1996 roku. W kwestionariuszu wymieniono choroby przewlekłe najczęściej występujące w polskim

Wykres 1. Dolegliwości zdrowotne badanych w % (N=470)



7 osób, na choroby układu oddechowego – 6 osób, na cukrzycę – 6 osób, na choroby układu kostnego, choroby autoimmunologiczne chorują po 4 osoby. Pozostali chorują na choroby psychiczne, alergię, otyłość.

Ponadto w kolejnym pytaniu wszyscy badani mieli możliwość zaznaczenia, czy mają jakieś dolegliwości zdrowotne. Było to pytanie wielokrotnego wyboru, na które padło 470 odpowiedzi.

Wśród dolegliwości zdrowotnych badani wymienili na pierwszym miejscu bóle głowy i bóle kręgosłupa. Jednak generalnie więcej

dolegliwości dotyczyło zdrowia psychicznego – obniżony nastrój, brak energii do działania, lęk i niepokój, uczucie ciągłego zmęczenia, problemy z zaśnięciem, płaczliwość.

Dalsza część pytań dotyczyła stosowanych przez migrantów strategii leczenia, czyli tego czy korzystają z usług lekarza w Polsce czy na emigracji, stacjonarnie czy on line i jak oceniają służbę zdrowia w kraju emigracji.

społeczeństwie. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) chorobą przewlekłą jest jakiekolwiek zaburzenie bądź odchylenie od normy określonej jako zdrowie, które charakteryzuje się występowaniem co najmniej jednej z cech takich jak: trwałość, pozostawianie po sobie inwalidztwa, spowodowanie nieodwracalnych zmian patologicznych, konieczność specjalnego postępowania rehabilitacyjnego bądź długiego czasu nadzoru czy opieki. Choroby przewlekłe dzieli się m. in.: ze względu na przyczynę, sposób przenoszenia (zakaźne lub nie), a także zajęcie określonych narządów czy układów (Robek, 2020).

Tab. 6. Korzystanie z usług lekarzy – w Polsce czy na emigracji (N=149)

Jeśli ma Pan/Pani taką potrzebę, to czy korzysta lub korzystał/a Pan/Pani z usług lekarzy w Polsce czy też korzysta Pan/Pani z usług lekarzy dostępnych w kraju, w którym Pan/Pani obecnie przebywa lub przebywał/a będąc na emigracji?	Kobiety		Mężczyźni	
	liczba	procent	liczba	procent
Korzystam/korzystałem/am głównie z usług lekarzy w Polsce	29	30,53%	13	24,07%
Korzystam/korzystałem/am głównie z usług lekarzy w kraju emigracji	66	69,47%	41	75,93%
OGÓŁEM	95	100,00%	54	100,00%

Większość, tj. prawie 70% kobiet i niemal 76% mężczyzn korzysta/korzystało z usług lekarzy w kraju emigracji. Ponad jedna trzecia kobiet i 24,07% mężczyzn korzystała głównie z usług lekarzy w Polsce, przy czym większość kobiet i mężczyzn, którzy zaznaczyli, iż korzystali głównie z usług lekarzy w Polsce, korzystali z tych usług stacjonarnie (25 kobiet i 10 mężczyzn). Co drugi migrant w próbie przebywa na emigracji ponad 10 lat, a 16% – od 6 do 10 lat – być może więc mamy tu do czynienia z dużą znajomością działania systemu leczenia w kraju emigracji i przyzwyczajeniem

do tamtejszego podejścia do leczenia. Badani emigranci oceniają służbę zdrowia w kraju emigracji zdecydowanie lepiej (82,5% odpowiedzi „bardzo dobrze” i „raczej dobrze”) niż służbę zdrowia w Polsce (40,26% odpowiedzi „bardzo dobrze” i „raczej dobrze” ze zdecydowaną przewagą odpowiedzi „raczej dobrze”).

Postanowiłam również zbadać na konkretnym przykładzie stosowane przez badanych strategie leczenia, tj. zapytałam badanych, czy chorowali na COVID-19, a jeśli tak, to w jaki sposób się leczyli i czy byli hospitalizowani.

Tab. 7. Rozkład opinii badanych z podziałem na płeć na temat tego, czy wirus SARS-CoV-2 stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi (N=149)

Jak Pan/Pani uważa, czy wirus SARS-CoV-2, który wywołuje chorobę COVID-19, stanowi czy też nie stanowi zagrożenia dla zdrowia i życia ludzi?	Kobiety		Mężczyźni	
	liczba	procent	liczba	procent
Wirus SARS-CoV-2 stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi	71	74,74%	37	68,52%
Wirus SARS-CoV-2 nie stanowi zagrożenia dla zdrowia i życia ludzi	24	25,26%	17	31,48%
OGÓŁEM	95	100,00%	54	100,00%

Ponad dwie trzecie respondentek i niemal 70% respondentów stwierdziło, że wirus SARS-CoV-2 stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi. Większość badanych oceniła zatem zagrożenie związane z wirusem Sars-Cov-2 jako realne, choć kobiety traktowały to zagrożenie poważniej, częściej stosując się do obostrzeń obowiązujących w kraju emigracji.

Tab. 8. Stosowanie się do obostrzeń związanych z pandemią COVID-19 w kraju emigracji a płeć badanych (N=95)

Czy stosował/a się Pan/Pani do obostrzeń wprowadzonych przez władze kraju, do którego Pan/Pani wyemigrował, w związku z pojawieniem się pandemii COVID-19?	Kobiety		Mężczyźni	
	liczba	procent	liczba	procent
Zdecydowanie tak	54	56,84%	18	33,33%
Raczej tak	22	23,16%	22	40,74%
Raczej nie	2	2,11%	5	9,26%
Zdecydowanie nie	0	0,00%	2	3,70%
Brak odpowiedzi	17	17,89%	7	12,96%
OGÓŁEM	95	100,00%	54	100,00%

Ogółem 80% kobiet i trochę ponad 74% mężczyzn (suma odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”) przestrzegało obostrzeń wprowadzonych w kraju emigracji. Jednakże zwraca uwagę spora liczba osób, która nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie (24 osoby).

Wśród badanych na COVID-19 chorowało prawie 34% kobiet i ponad 44% mężczyzn. Tu także zwraca jednak uwagę spora liczba braków odpowiedzi. Podobnie jak w poprzednim pytaniu na to pytanie nie odpowiedziały 24 osoby, w tym 17 kobiet.

Tab. 9. Strategie leczenia w sytuacji zachorowania na COVID-19 a płeć (N=63)

Kiedy dowiedział/a się Pan/Pani, że jest Pan/Pani chory na COVID-19, jakiego rodzaju leczenie Pan/Pani podjął/a?	Kobiety		Mężczyźni	
	liczba	procent	liczba	procent
Leczyłem/am się sam/a w domu	24	61,54%	7	28,00%
Od razu zgłosiłem/am się do lekarza	10	25,64%	12	48,00%
Najpierw leczyłem/am się sam/a w domu, potem zgłosiłem/am się do lekarza	3	7,69%	6	24,00%
Inne	2	5,13%	0	0,00%
OGÓŁEM	39	100,00%	25	100,00%

Prawie 62% kobiet i 28% mężczyzn, którzy zachorowali na COVID-19, leczyli się głównie w domu. Co ciekawe, mniejsza liczba kobiet niż mężczyzn od razu zgłosiła się do lekarza w momencie wystąpienia podejrzenia lub stwierdzenia zachorowania na COVID-19. Może mieć to związek z łagodnym przebiegiem choroby, jak również z tym, iż kobiety w rodzinie są często pierwszymi „diagnostami” – znają więcej jednostek chorobowych, potrafią lepiej niż mężczyźni dopasować objawy do choroby i podjąć decyzję w sprawie leczenia, tj. zażycia leków czy udania się do lekarza. Z drugiej strony mogły tu zadziałać obawy przed izolacją i utratą pracy. Najbardziej wybieraną strategią było najpierw samoleczenie w domu, a potem zgłoszenie się do lekarza (więcej mężczyzn wybrało taką strategię). Osoby, które zaznaczyły odpowiedź „inne”, opisały następujące sytuacje: jedna osoba nie miała zdiagnozowane, że choruje na COVID-19, druga osoba zrobiła test i leczyła się sama. Tylko jedna osoba była hospitalizowana (kobieta). Osoba ta – emigrantka do Niemiec bardzo dobrze oceniła opiekę personelu medycznego na oddziale, na którym była leczona. Na pytanie pogłębione, dlaczego badani w momencie pojawienia się pierwszych objawów COVID-19 nie zgłosili się do lekarza, padły następujące odpowiedzi: miałem/am łagodne objawy (28 osób), miałem/am wszystkie niezbędne leki w domu (15 osób), uważałem/am, że objawy miną bez konieczności podejmowania leczenia (12 osób), z obawy przed nałożeniem obowiązku izolacji (2 osoby), z obawy przed pójściem do lekarza w obcym kraju (2 osoby), z obawy przed utratą pracy (2 osoby), z powodu niewystarczającej znajomości języka, z obawy o koszty wizyty u lekarza i wykupienia leków, z obawy przed skierowaniem mnie do szpitala (po 1 odpowiedzi).

Dyskusja i wnioski

- ▶ Badani migranci w momencie udania się na emigrację w większości oceniali swój stan zdrowia jako dobry lub dobry, a więc w badanej próbie wystąpił efekt zdrowego migranta. Obecnie większość z nich również ocenia swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry, jednak 10% więcej kobiet i ok. 13% więcej mężczyzn zaznaczyło, że ich zdrowie jest raczej dobre a nie bardzo dobre. Jeśli chodzi o zdrowie psychiczne, większość badanych ocenia je bardzo dobrze lub dobrze, przy czym kobiety częściej oceniały swój stan psychiczny jako bardzo dobry niż mężczyźni (odpowiednio 31,58% i 18,52%). Jednak więcej niż jedna trzecia kobiet i ponad 24% mężczyzn niepokoi się o swoje zdrowie psychiczne. Warto przywołać tu cytowane wyżej włoskie badania wśród Włochów i imigrantów do Włoch, które wykazały, że w przypadku dobrze wykształconych imigrantów istnieje wyższe ryzyko wystąpienia objawów depresji. Ryzyko to wzrasta także wraz z długością migracji, ponieważ, jak twierdzą autorzy badania, z biegiem czasu zmniejszają się zasoby zdrowia psychicznego migrantów do radzenia sobie z kolejnymi trudnościami (Sesti i in., 2022).
- ▶ Kobiety wykazują też większą dbałość o swoje zdrowie niż mężczyźni, a także mniej palą i zgłaszają mniejsze spożycie alkoholu niż mężczyźni. Z drugiej strony w badanej grupie wśród 29 respondentów, którzy zaznaczyli, że chorują przewlekłe aż 19 to kobiety. Jak zauważa E. Jaroszewska, aby zweryfikować hipotezę, że podwyższona chorobowość jest konsekwencją migracji, należy porównać wskaźniki dotyczące migrantów z danego kraju do wskaźników społeczeństwa kraju pochodzenia (Jaroszewska, 2013, s. 59). W tym miejscu ograniczę się do zestawienia wyników

dwóch wskaźników – picia alkoholu i palenia papierosów wśród badanych migrantów i w populacji ogólnej. Z badań CBOS z 2019 roku przeprowadzonych na próbie reprezentatywnej 965 osób dotyczących spożycia alkoholu przez Polaków wynika, iż ponad połowa Polaków (56%) deklaruje, że pije alkohol okazjonalnie, mniej niż co dziesiąty badany spożywa go często (8%), a co trzeci unika okazji do picia alkoholu lub w ogóle nie bierze go do ust (33%). Rośnie jednak spożycie alkoholu wśród kobiet (Bożewicz, 2019, ss. 1–3). Wśród badanych migrantów nieco ponad 31% pije alkohol kilka razy w miesiącu, a prawie 23% respondentów spożywa alkohol kilka razy w tygodniu. Ponad 23% badanych pije alkohol okazjonalnie, kilka razy w roku. Tylko trzy osoby zaznaczyły, że piją alkohol codziennie. 14% migrantów w ogóle nie pije alkoholu. W badanej grupie kobiety piją alkohol mniej często niż mężczyźni. Z kolei odnośnie do palenia papierosów z badań CBOS z 2019 roku przeprowadzonych na reprezentatywnej próbie 1077 wynika, że papierosy pali 31% mężczyzn (w tym 26% regularnie) i 21% kobiet (w tym 17% regularnie). Natomiast papierosy elektroniczne regularnie pali jedynie 2% respondentów. Palenie okazjonalne deklaruje 1% badanych (Świerczewski, 2019, ss. 1–6). Wśród badanych migrantów tradycyjne papierosy pali regularnie 28% badanych (ponad 21% kobiet i prawie 41% mężczyzn), a 6,7% pali papierosy nieregularnie. Papierosy elektroniczne pali jedynie 16,6% migrantów, w tym 7,3% pali je regularnie. Z zestawienia tych dwóch wskaźników wynika, że w grupie migrantów mamy do czynienia z częstszym spożywaniem alkoholu i paleniem papierosów, zwłaszcza wśród emigrujących mężczyzn. Rzeczywiste porównanie tych wskaźników wymagałoby przeprowadzenia badania na reprezentatywnej próbie Polaków i migrantów z Polski.

- ▶ Ważnym predykatorem stanu zdrowia migrantów są zgłaszane przez nich dolegliwości. W prezentowanym badaniu respondenci zgłaszali najczęściej takie dolegliwości jak: bóle głowy i bóle kręgosłupa. Jednak generalnie więcej dolegliwości dotyczyło zdrowia psychicznego – obniżony nastrój, brak energii do działania, lęk i niepokój, uczucie ciągłego zmęczenia, problemy z zaśnięciem, płaczliwość. W badaniu A. Smoleń z 2012 r. badani zgłaszali następujące dolegliwości: przeziębienie, problemy ze strony układu pokarmowego, różnego rodzaju dolegliwości bólowe (np. bóle głowy, kręgosłupa, mięśni i stawów), które mogły być spowodowane np. ciężką pracą fizyczną. Często sygnalizowanym problemem było przemęczenie/wyczerpanie, których doświadczyło trzy czwarte respondentów. Respondenci jako częste dolegliwości wymieniali również przygnębienie (ok. 60%) i wahania nastroju (prawie 54%) (Smoleń, 2013, ss. 234–235). Natomiast w moich badaniach nie potwierdziło się jak na razie to, iż głównym czynnikiem występowania dolegliwości zdrowotnych jest stres. Wśród przebadanych przeze mnie osób większość zadeklarowała, iż poziom stresu na emigracji zmniejszył się (najwyższe punkty na sześciostopniowej skali stresu zaznaczyło 12% badanych). Największy stres badani odczuwali przed emigracją (37,3% badanych zaznaczyło dwa najwyższe punkty na skali stresu) oraz na początku emigracji (27,3% osób zaznaczyło, że bardzo się stresowało). Mniejsze odczuwanie stresu na emigracji może mieć związek z poprawą stanu materialnego migrantów, którego doświadczyło 45,3% badanych – o tyle wzrósł odsetek odpowiedzi „raczej dobra” i „bardzo dobra” na pytanie o sytuację materialną na emigracji w porównaniu z odpowiedziami na pytanie o stan materialny przed emigracją.

► Większość badanych korzysta ze służby zdrowia kraju emigracji (która jest przez nich oceniana jako dobra lub bardzo dobra dwa razy częściej niż służba zdrowia w Polsce), a tylko ok. jedna trzecia badanych udaje się w podróż medyczną do kraju w celu podreperowania zdrowia. Nieco częściej z usług lekarzy w Polsce korzystają kobiety. Można zatem stwierdzić, że turystyka medyczna (podróże medyczne) występuje w badanej grupie w ograniczonym zakresie. Przyczynami podróży medycznych zwykle są bariery w korzystaniu z opieki zdrowotnej w kraju emigracji spowodowane brakiem znajomości działania systemu i/lub barierą językową. W literaturze przedmiotu wspomina się też o barierze kulturowej – odmiennym podejściu do leczenia w kraju emigracji („kultura paracetamolu” w Wielkiej Brytanii i w Norwegii) (Main, 2018, ss. 143–66). W omawianym badaniu tylko kilka osób zgłosiło takie bariery jak brak znajomości języka czy tego, jak działa system. Otwartość w podejściu do służby zdrowia w kraju emigracji oraz częste z niej korzystanie może mieć związek z tym, iż w badanej grupie mamy do czynienia z długookresowymi migrantami, którzy mieli czas oswoić się z tamtejszą służbą zdrowia oraz kulturą leczenia. Ponadto w wielu krajach, np. w Wielkiej Brytanii i Irlandii udający się do lekarza migranci mogą skorzystać z usług tłumacza. Jednak jak wynika z badań zrealizowanych w 2020 roku w Irlandii, dostępni w tamtejszej służbie zdrowia tłumacze nie zawsze są odpowiednio przeszkoleni, a migranci często nie chcą korzystać z ich usług, woląc nieprofesjonalnie usługi tłumaczeniowe kogoś z rodziny lub przyjaciół, gdyż uważają, że będą dla nich lepszymi rzecznikami ich problemów zdrowotnych w kontakcie z lekarzem z innego kraju (Puthooppambal, Phelan, MacFarlane, 2021). Ważnymi w moim

przekonaniu zmiennymi są również wyższe wykształcenie (58,7% badanych), zamieszkiwanie z rodziną (53,3% badanych) i posiadanie dzieci (54% badanych). Posiadanie dzieci stanowi zwykle okazję do częstszych kontaktów ze służbą zdrowia, co daje możliwość zaznajomienia się z formalnymi i nieformalnymi zasadami działania systemu ochrony zdrowia. Ponadto członek rodziny może służyć za tłumacza w sytuacji, gdy emigrant nie zna dobrze języka. Wyższe wykształcenie zwykle przekłada się natomiast na podejmowanie bardziej skutecznych strategii zaradczych w momencie wystąpienia problemów ze zdrowiem. Biorąc pod uwagę kraje emigracji badanych, możemy mieć również do czynienia ze zjawiskiem, które I. Main określiła jako emigrację do „lepszych światów medycznych” (Main, 2018). 📖

Agnieszka Pawlak-Kałuzińska –

dr n. hum., socjolożka, autorka publikacji (artykułów naukowych, rozdziałów w monografiach, współredaktorka monografii) z zakresu socjologii rodziny, socjologii migracji, socjologii zdrowia, choroby i medycyny oraz komunikacji społecznej. Recenzentka w krajowych czasopiśmie naukowych. Członkini Sekcji Socjologia Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego. Jej główne zainteresowania koncentrują się wokół takich zagadnień jak: zależności między migracją zarobkową, sytuacją rodzinną migranta a zdrowiem, profesjonalna komunikacja z różnymi grupami pacjentów i ich rodzinami.

Afiliacja

Zakład Socjologii
Katedra Nauk Humanistycznych
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
E-mail: agnieszka.pawlak@umed.lodz.pl
ORCID: 0000-0002-3450-5387

Bibliografia

- Ancyk, A., Grzymała-Moszczyńska, H., Krzysztof-Świdorska, A., Prusak, J. (2020). Polscy migranci i norweska służba zdrowia: badanie pilotażowe, *Studia Migracyjne – Przegląd Polonijny*, 46(2 (176)), 127–151. Pobrane z: <https://doi.org/10.4467/25444972smpp.20.017.12333>
- Bożewicz, M. (2019). Konsumpcja alkoholu w Polsce. In *Centrum Badania Opinii Społecznej. Komunikat z badań*. Pobrane z: <http://www.cbos.pl>
- Jaroszewska, E. (2013). *Migracje a zdrowie. Uwarunkowania kondycji zdrowotnej migrantów oraz bariery w korzystaniu z opieki medycznej*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Kawczyńska-Butrym, Z. (2019). *Zdrowie migrantów i drenaż białego personelu*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Main, I. (2018). *Lepsze światy medyczne? Zdrowie, choroba i leczenie polskich migrantek w perspektywie antropologicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Puthooppambal, S. J., Phelan, M., & MacFarlane, A. (2021). Migrant health and language barriers: Uncovering macro level influences on the implementation of trained interpreters in healthcare settings, *Health Policy*, 125(8), 1085–1091. Pobrane z: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.05.018>
- Robek, M. (2020). *Choroby przewlekłe – definicja i klasyfikacja. Lista chorób przewlekłych i ich symbole wg ICD-10*. Pobrane z: <https://stronazdrowia.pl/choroby-przewlekłe-definicja-i-klasyfikacja-lista-chorob-przewlekłych-i-ich-symbole-wg-icd10/ar/c14-14329863>
- Sesti, F., Minardi, V., Baglio, G., Bell, R., Goldblatt, P., Marceca, M., ... Marmot, M. (2022). Social determinants of mental health in Italy: the role of education in the comparison of migrant and Italian residents, *International Journal for Equity in Health*, 21(1), 1–8. Pobrane z: <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01720-6>
- Smoleń, A. (2013). Health problems of Polish post-accession migrants. Implications for health care systems, *Problemy Zarządzania*,

11(41), 227–239. Pobrane z: <https://doi.org/10.7172/1644-9584.41.14>

Świerczewski, K. (2019). Komunikat z badań CBOS: Palenie papierosów, *Centrum Badania Opinii Społecznej. Komunikat z Badań*, (104). Pobrane z: <http://www.cbos.pl>

Life and work abroad in health and in disease

Abstract

An article presented below includes initial results of the study conducted as a part of the project titled *(Un)healthy economic migrants – loneliness, stress and disease during financial migration and coping strategies undertaken by migrants* which was launched in August 2022. One of its aims is to learn about opinions of migrants on their health condition before and during the migration, as well as on their strategies to maintain health and to cope with diseases. Currently the sample consists of 150 persons, more than the half of them being migrants over 10 years. To evaluate their health condition, subjective indicators and declarations about objective health measures were taken into account. Majority of migrants in the study declare to have had good or very good health condition when going abroad, which is called the effect of a healthy migrant. Currently, their health state is systematically decreasing. The researched group reports many health problems, but only every fifth person suffers from a chronic condition. They usually highly estimate health care services in the country they have migrated to and, when it is needed, they use it often than the one in Poland. Above all, they apply strategies to protect their health and self-therapies. Significant variable differentiating obtained results was sex.

Keywords: [economic migration](#), [loneliness](#), [stress](#), [health behaviors](#), [illness behaviors](#).