

## ZDROWOTNE ASPEKTY EMIGRACJI

*Dodatkowych informacji o zdrowiu emigrantów dostarczają badania prowadzone wśród tych, którzy powrócili do kraju. Pytani o dolegliwości odczuwane przed wyjazdem, w okresie emigracji zarobkowej i po powrocie do kraju, odpowiedzieli, że w trakcie migracji nasiliły się u nich objawy sygnalizujące zmęczenie fizyczne i psychiczne. Po powrocie niemal wszystkie te objawy ustępują, co dodatkowo może potwierdzać ich związek z emigracją.*

Podjmując problem obserwowanego już od lat niezwykle złożonego związku między stanem zdrowia a uczestnictwem w procesie emigracji, należy skoncentrować się na rozumieniu choroby i jej uwarunkowań oraz wskazaniu tych sytuacji, które towarzyszą procesowi emigrowania, stanowiąc ryzyko zdrowotne.

Z oczywistych względów głównie lekarze stawiają pytanie o indywidualne, a także występujące w populacji czynniki ryzyka, które mają wpływ na stan jej zdrowia. Wielokrotnie udokumentowano w tym względzie wpływ sytuacji społeczno-ekonomicznej, jak również oddziaływanie sytuacji osobistej i znaczenie często powiązanego z nimi stresu jako predykatora zaburzeń zdrowia i czynnika jego bezpośredniego zagrożenia. W wielu opracowaniach podkreśla się, że długotrwały stres powoduje „reakcję autonomicznego układu nerwowego i odpowiedź hormonalną, które mogą mieć ogromny wpływ na układ sercowo-naczyniowy, z nagłą śmiercią włącznie”, a poczucie izolacji czy odrzucenia (marginalizacji, dystansu społecznego) „wpływa głównie na system immunologiczny i zwiększa podatność na infekcje”<sup>1</sup>. Tak w skrócie przedstawić można jeden z mechanizmów wyjaśniających oddziaływanie sytuacji społecznej na stan zdrowia człowieka. Powstaje zatem pytanie: jakie sytuacje są uznawane za źródła stresu? Stres – upraszczając – pojawia się wówczas, gdy człowiek obawia się, że jego elementarne potrzeby (takie jak potrzeba pożywienia, miejsca bytowania) nie będą zaspokojone lub gdy „zachodzi niebezpieczeństwo dotyczące nie tylko jego spraw bytowych, ale i jego godności, poczucia wartości, wolności, możliwości zrealizowania swoich zamierzeń, ogólnie [...] przyszłości”<sup>2</sup>. Może to być zarówno osobiste doświadczenie trudnej sytuacji i przeżywanie własnego niepowodzenia, jak też

<sup>1</sup> A. Brodzia i in., *Współczesne rozumienie pojęć choroba i stan zdrowia*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 60(2006) nr 3, s. 251.

<sup>2</sup> Tamże.

świadomość przeżywania podobnych doświadczeń przez osoby bliskie. Doświadczenia, które mogą wywoływać stres, obejmują takie emocje, jak: „ukrywana rozpacz, upokorzenie, odebrana wolność i nadzieja, brak akceptacji, skrywany gniew i nienawiść, zamaskowane przygnębienie”<sup>3</sup> oraz odczucia i przeżycia związane z relacjami z innymi ludźmi, takie jak zdrada, porzucenie, zerwanie więzi.

Emigracja definiowana bywa jako zmiana miejsca w przestrzeni terytorialnej – jako wynik przekroczenia granic jakiejś jednostki administracyjnej, na przykład gminy czy województwa (emigracja wewnętrzna) albo granic państwowych (emigracja zewnętrzna). Pochodną tego jest na ogół zmiana położenia społecznego i pojawienie się różnego rodzaju tak zwanych dystansów, które towarzyszą procesowi emigracji. Tworzenie się dystansów obserwowane było między innymi w Polsce w latach pięćdziesiątych, w okresie masowej migracji ludności wiejskiej do miast. Towarzyszyło temu dwojakie postrzeganie społecznych konsekwencji emigracji wewnętrznej. Przez pozostających na wsi i przez opuszczających ją, sam wyjazd traktowany był jako awans. Zwiększał bowiem dostęp uczestników emigracji – rolników indywidualnych i ich rodzin – do deficytowych dóbr: ubezpieczeń, opieki lekarskiej, regionalnie ograniczonej edukacji, ale przede wszystkim do pracy, której na wsi brakowało. W wielu więc przypadkach zawierał w sobie *implicite* bądź *explicite* zapowiedź bliższego lub bardziej odległego w czasie awansu materialnego i stabilizacji życiowej w miejscu o wyższym standardzie życia. Drugi sposób patrzenia na społeczny proces emigracji koncentrował się na ukazywaniu sytuacji emigrantów wiejskich w społeczności miasta. Napływała ludność wiejska nie napotykała tam przyjaznego przyjęcia. Niezależnie od pozycji zajmowanej na wsi, w warunkach miasta wiejscy emigranci plasowali się nisko w strukturze społecznej. Szczególnie w pierwszym okresie emigracji podejmowali prace nisko cenione (prace dozorców, pomocy domowych, niewymagające kwalifikacji prace w przemyśle i budownictwie), co wynikało głównie z braku jakichkolwiek kwalifikacji czy doświadczenia w pracach poza rolnictwem, z niskiego wykształcenia, a często z analfabetyzmu. Ponadto emigranci ze wsi odróżniali się od mieszkańców miast standardem kulturowym, gwarą, sposobem ubierania się, sposobami spędzania czasu wolnego, specyfiką świętowania, urządzania mieszkań, zwyczajami, które przenosili na teren miasta. W socjologii określano to jako proces ruralizacji miast. Przybysze ze wsi początkowo byli „obcy”. Kierowane były pod ich adresem nieprzyjazne, naznaczające epitety, ośmieszające i dyskredytujące dowcipy. Powiększały one istniejący dystans społeczny oparty na negatywnym stereotypie wiejskich migrantów; rodziło się poczucie zagrożenia i utrwałała wzajemna niechęć.

<sup>3</sup> Tamże, s. 250.

Wiele tych mechanizmów zauważamy również w migracjach zagranicznych (zewnętrznych). Ujawniają się one często w jeszcze ostrzejszej formie. Decyzja o wyjeździe zagranicznym podejmowana jest w związku z chęcią poszerzenia dostępu do tych dóbr, które w środowisku zamieszkania są deficytowe, ograniczone lub zagrożone. W wypadku emigracji zarobkowych będzie to chęć uzyskania większego dostępu do pracy, do wyższych dochodów, czasem też chęć nauki obcego języka i zwiększenia kompetencji zawodowych, a w emigracjach o charakterze politycznym – pragnienie uzyskania wolności, uniezależnienia się od przemocy, ucieczka przed prześladowaniami, zagrożeniem życia i zdrowia. Zawsze jednak towarzyszy temu przekonanie, że w kraju, do którego emigrant się udaje, znajdzie on nie tylko wszystko to, czego tam szuka, ale też ogólnie wyższy niż w kraju ojczystym komfort życia i że osiągnie w przyszłości życiową stabilizację, zapewniając ją sobie i swoim bliskim również wtedy, gdy po zaprzestaniu pracy za granicą powróci do kraju. Wielu emigrantów zarobkowych, jak i politycznych osiąga założone cele. Nie zawsze jednak zdają sobie sprawę z tego, że w cenie, którą za ten wyjazd będą musieli zapłacić, mieści się ryzyko zdrowotne.

## CZYNNIKI RYZYKA ZDROWOTNEGO EMIGRANTÓW

Liczne badania wskazują, że w wielu przypadkach migranci – z wyjątkiem grup wysokiej klasy specjalistów – zajmują w kraju przyjmującym ich niższą pozycję w hierarchii społecznej i zawodowej, niż zajmowali w kraju pochodzenia. Towarzyszy temu różnorakie dystansowanie się w stosunku do miejscowej ludności, które wynika zarówno z często dyskredytujących przybyszy stereotypów etnicznych czy narodowych, jak i z istniejących realnie barier: z bariery językowej bądź z podejmowania pracy w niszach zatrudnienia, a więc w miejscach, w których nie dochodzi do bezpośredniej styczności z osobami o odpowiednim dla posiadanego przez migrantów w kraju pochodzenia statusie, poziomie wykształcenia i kompetencji. Kontakty te są ograniczone na przykład ze względu na specyfikę „lokowania się” migrantów w kraju przyjmującym w dzielnicach o niskiej pozycji w strukturze miasta, lecz również ze względu na to, że z dzielnic tych wyprowadza się ludność miejscowa, gdy zamieszkują w nich imigranci.

Należy jednak przyjąć, że wyznacznikiem niższej pozycji w kraju przyjmującym jest w dużej mierze *p r a c a*, jaką imigranci wykonują, i akceptowane przez nich warunki zatrudnienia. Podejmują oni często pracę poniżej własnych kompetencji, nieodpowiadającą wykształceniu, a czasem również taką, jakiej we własnym kraju nie chcieliby przyjąć ze względu na jej niską rangę społeczną. W obcym kraju przyjmują ją, mając nadzieję, że jest to tyl-

ko zajęcie tymczasowe, że poziom zarobków (w porównaniu do zarobków w kraju pochodzenia, a nie w kraju przyjmującym) zrównoważy tę chwilową „deklasację” oraz że ich bliscy, a szczególnie znajomi w kraju, o owej deklasacji się nie dowiedzą.

Deklasacja, inaczej mówiąc: ekskluzja pracownicza migrantów zarobkowych, łączy się też z wykonywaniem bardzo ciężkiej pracy w warunkach znacznie gorszych niż standardowe i często z naruszeniem norm prawnych regulujących zatrudnienie. W dużym stopniu wiąże się to z nielegalnym zatrudnieniem, które pozostaje poza kontrolą odpowiednich instytucji w kraju przyjmującym. Przykładem jest tu „praca na czarno” czy praca sezonowa. Dotyczy to wielu rodzajów zatrudnienia oraz migrantów pochodzących z różnych państw. Na przykład praca polegająca na opiece nad ludźmi starymi w ich domach – coraz częściej podejmowana przez kobiety emigrujące z państw tak zwanego „biednego Południa”<sup>4</sup> – w wielu przypadkach wymaga całodobowego zaangażowania. Podobnie jest w przypadku pracowników zatrudnionych w szeroko rozumianym rolnictwie. Ekwiwalentem ciężkiej pracy jest często zarobek, który nie jest ani adekwatny do wysiłku, ani zgodny z wysokością płacy w kraju przyjmującym, nie w pełni też satysfakcjonuje migranta. Analizy prowadzone przez Institute for Public Policy Research wykazały na przykład, że Polacy, którzy są pracownikami cenionymi za granicą, w Wielkiej Brytanii stanowią jednak najgorzej opłacaną grupę społeczną. Znaleźli się aż na dwudziestej szóstej pozycji pod względem wysokości zarobków wśród różnych narodowych grup migracyjnych, „tkwiąc przez długi czas na niskopłatnych, prostych posadach, nie zaspokajających ich ambicji”<sup>5</sup>. Do tego obrazu ciężkiej, relatywnie słabo wynagradzanej pracy należy dodać odkrywane w poszczególnych krajach obozy organizowane przez gangi zatrudniające nielegalnych pracowników, jak też handel ludźmi do pracy niewolniczej, głównie w seksbiznesie<sup>6</sup>.

Trudne warunki pracy występują także przy legalnym zatrudnieniu migrantów. Nie są oni przygotowani do jej wykonywania, a miejsca pracy nie spełniają standardów bezpieczeństwa. Badania zdrowotnych konsekwencji procesu migracji zorientowane na analizę warunków pracy migrantów wskazały również na niskie zarobki, strach przed represjami ze strony pracodawcy, bariery kulturowe i bariery wynikające z poziomu znajomości języka oraz

<sup>4</sup> Zob. L. W. I s a k s e n, S. U. D e v i, A. R. H o c h s c h i l d, *Global Care Crisis: A Problem of Capital, Care Chain, or Commons?*, „American Behavioral Scientist” 52(2008) nr 3, s. 405-425.

<sup>5</sup> K. T r ę b s k i, *Repatrianci Tuska. Dlaczego Polacy wracają z Wielkiej Brytanii*, „Wprost” 2007, nr 47, s. 55.

<sup>6</sup> Według szacunków, handlem objętych jest rocznie więcej niż milion osób. Aż 80% stanowią kobiety, a ponad połowa z nich ma mniej niż 18 lat. Zob. *Migration Health. Annual Report 2006*, International Organization for Migration, Geneva, s. 29.

utrudnienia w korzystaniu z pomocy i zabezpieczenia w sytuacji powypadkowej<sup>7</sup>. Wszystkie sytuacje wskazujące na ogólnie złe warunki pracy migrantów zwiększają ich ryzyko zdrowotne.

Wyznacznikiem niższej pozycji społecznej migrantów w kraju przyjmującym są też warunki mieszkaniowe.

Po pierwsze – jak już wspomniano – migranci mieszkają w mało atrakcyjnych dzielnicach miasta. Obserwowana jest gettyzacja imigrantów, powstawanie enklaw o niższych standardach wyposażenia mieszkań niż w większości pozostałych dzielnic. Wynika to z faktu, że mieszkania są tam tańsze niż gdzie indziej, że działają rodzinne i etniczne sieci migracyjne „przyciągające” kolejnych emigrantów w pobliże swojego miejsca zamieszkania oraz że miasto wyznacza lokale komunalne w mało atrakcyjnych dzielnicach<sup>8</sup>.

Po drugie – warunki lokalowe, w jakich mieszkają emigranci, często odbiegają od podstawowych standardów tak pod względem zagęszczenia, jak i z powodu zamieszkiwania z osobami obcymi. Czasem zajmowane pomieszczenia bardziej spełniają funkcję noclegowni niż normalnego mieszkania. Jeśli jest to krótki wyjazd „po pieniądze”, migranci poszukują najtańszego lokum, „tworzą się swoiste wspólnoty mieszkaniowe, w których kilka osób wspólnie wynajmuje jedno mieszkanie lub dom, dzieląc się kosztami”<sup>9</sup>. Jest to raczej poszukiwanie „dachu nad głową”, tymczasowego miejsca przebywania niż mieszkania o normalnym standardzie. Obranie takiej strategii prowadzi do zgody na rozwiązania i warunki, które byłyby trudne do zaakceptowania poza sytuacją emigracyjną. Przyczyną tego są wysokie koszty wynajmu mieszkań, obciążone w wielu krajach dodatkowymi opłatami i kaucją.

Inną formą „deklasacji” w sferze mieszkaniowej jest wspólne zamieszkiwanie z osobą (np. człowiekiem starym), której świadczy się pracę (opieka, pomoc w domu). Pozbawia to emigranta osobistej swobody, uzależnia od kaprysów i wymagań pracodawcy lub członków jego rodziny; naraża na przemoc (czasem seksualną) i ogranicza możliwość dysponowania własnym czasem oraz dokonywania wielu codziennych wyborów. Każde z tych rozwiązań wiąże się z dyskomfortem i zmniejsza szansę na prawidłowy wypoczynek.

Na przeciążenia i trudności związane z pracą zarobkową, na brak warunków do wypoczynku nakładają się problemy z *w y ż y w i e n i e m*. W opracowaniach naukowych podkreśla się, że dłuższy proces akulturacji, której

<sup>7</sup> Zob. J. B e n a c h i in., *Immigration, Employment Relations, and Health: Developing a Research Agenda*, „American Journal of Industrial Medicine”, <http://www3.interscience.wiley.com/journal/111085216/issue/> (w druku).

<sup>8</sup> Zob. D. L o c h, *Immigrant Youth and Urban Riots: A Comparison of France and Germany*, „Journal of Ethnic and Migration Studies” 35(2009) nr 5, s. 791-814.

<sup>9</sup> A. R a d i u k i e w i c z, *Emigracja zarobkowa Polaków do Irlandii. Raport z badań*, Związek Biur Porad Obywatelskich, Warszawa 2006, s. 41.

podlegają stali imigranci w kraju przyjmującym, wywołuje zmianę sposobu ich odżywiania się, co prowadzi do częstego występowania otyłości i wzrostu zachorowań między innymi na cukrzycę (II typu), choroby układu krążenia i niektóre choroby onkologiczne (nowotwory piersi, prostaty)<sup>10</sup>. Natomiast wśród stałych imigrantek, młodych kobiet pochodzenia kaukaskiego należących do klasy średniej i wyższej średniej, stwierdzono występowanie takich zaburzeń żywienia, jak bulimia i anoreksja<sup>11</sup>. W grupie emigrantów zarobkowych, którzy nastawieni są na to, by jak najwięcej pieniędzy zarobić w jak najkrótszym czasie i jak najwięcej wysłać rodzinie, obserwowano pogorszenie odżywiania się tak pod względem jakości, jak i ilości spożywanych pokarmów. Z powodu drastycznego nieraz ograniczania wydatków emigranci kupują najtańsze produkty żywnościowe, robią zakupy w najtańszych sklepach i redukują koszyk zakupów do produktów niezbędnych w ich kulturowym wzorze żywienia, co dodatkowo uzasadniane jest przez nich innymi nawykami smakowymi („nic mi tu nie smakuje”). Ten sposób odżywiania się, zwłaszcza przez dłuższy czas, stwarza znaczne ryzyko zdrowotne. Badania prowadzone wśród nielegalnych emigrantów zarobkowych na Węgrzech potwierdzają te obserwacje: niedożywienie stanowi jeden z czynników mających niekorzystny wpływ na ich stan zdrowia<sup>12</sup>.

Kumulowanie się socjoekonomicznych czynników ryzyka zdrowotnego (wyczerpująca i niesatysfakcjonująca praca znacznie poniżej kwalifikacji, złe warunki mieszkaniowe, złe odżywianie się), pośrednio lub bezpośrednio związanych z usytuowaniem społecznym emigrantów, łączy się z ich marginalizacją w dostępie do opieki zdrowotnej. Należy pamiętać, że jedynie legalna praca za granicą daje uprawnienia do korzystania z opieki medycznej i formalny dostęp do instytucji ochrony zdrowia. Wszyscy nielegalni emigranci są go zatem pozbawieni. Działają też inne, nieformalne czynniki ograniczające korzystanie z opieki zdrowotnej przez tych migrantów, którzy są do niej uprawnieni. Są to głównie: słaba znajomość lub brak znajomości języka kraju przyjmującego, różnice kulturowe<sup>13</sup>, brak czasu przy wielogodzinnej pracy, jak też zainteresowanie pracodawcy tym, by emigrant na czas choroby wracał do kraju. W związku z tym, że także nielegalni imigranci zarobkowi, zwłaszcza z biednych krajów o wysokim wskaźniku

<sup>10</sup> Zob. M. L. Wahlgvist, *Asian Migration to Australia: Food and Health Consequences*, „Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition” 11(2002) supl. 6, s. 652-658.

<sup>11</sup> Zob. C. M. Bulik, *Eating Disorders in Immigrants: Two Case Reports*, „International Journal of Eating Disorders” 39(2006) nr 6, s. 133-141.

<sup>12</sup> Por. B. Simsek, *Health Care and Most Common Physical and Mental Problems of Illegal Migrant Workers and Their Families*, „Family Medicine and Primary Care Review” 8(2006) nr 3, s. 767.

<sup>13</sup> Zob. J. A. Black, *Potrzeby medyczne dzieci mniejszości etnicznych w Wielkiej Brytanii*, „Aktualności Pediatryczne” 1(1992) nr 1, s. 67-93.

chorób zakaźnych (HIV/AIDS i inne choroby przenoszone drogą płciową<sup>14</sup>), stanowią zagrożenie dla ludności miejscowej, wysuwa się postulaty, by również ich objąć opieką zdrowotną. Przede wszystkim postulowane jest zintensyfikowanie wobec wszystkich imigrantów badań profilaktycznych dotyczących gruźlicy<sup>15</sup>.

Kolejny aspekt funkcjonowania emigrantów to ich sfera emocjonalna. Wpływ na zdrowie mają wspomniane już poczucie „deklasacji”, wykluczenia i dyskomfortu społecznego wynikające z doświadczania obcości i braku wsparcia, głównie zaś sfera przeżyć osobistych: poczucie osamotnienia i tęsknoty. Analiza przeżyć emocjonalnych o różnym zabarwieniu (buntu, agresji, wycofania, bezsilności, rezygnacji) jest bardzo często przywoływana w celu wyjaśnienia najczęściej opisywanych zmian stanu zdrowia emigrantów – zmian ich zdrowia psychicznego.

## ZDROWIE EMIGRANTÓW

Problemy związku zdrowia psychicznego z migracją stały się przedmiotem zainteresowania już w okresie pierwszej wielkiej fali migracji do Stanów Zjednoczonych. Przeprowadzone tam w roku 1840 badania wykazały „nieproporcjonalnie wysoki odsetek pacjentów psychiatrycznych wśród imigrantów”<sup>16</sup>. Późniejsze i aktualnie prowadzone badania – w innych krajach, w stosunku do wielu grup imigrantów – potwierdzają tamte wnioski. Wskaźniki hospitalizacji na oddziałach psychiatrycznych, jak też wskaźniki rozpoznania zaburzeń zdrowia psychicznego (np. schizofrenii, paranoi, często też alkoholizmu) wśród migrantów badanych w kraju przyjmującym, są wyższe zarówno od wskaźników występujących w społeczeństwie przyjmującym, jak i od wskaźników w kraju pochodzenia migrantów. I tak na przykład na podstawie analiz prowadzonych w Australii w roku 1986 stwierdzono, że Polacy ponad dwuipółkrotnie częściej niż reszta australijskiego społeczeństwa są hospitalizowani w szpitalach psychiatrycznych z różnym rozpoznaniem, ponad pięciokrotnie częściej z rozpoznaniem schizofrenii i trzykrotnie

<sup>14</sup> Zob. B. Chodyniecka i in., *Związek między migracją ludności i szerzeniem się rzeżączki na Białostocczyźnie w latach 1990-1993*, „Przegląd Dermatologiczny” 83(1996) nr 1, s. 93-98.

<sup>15</sup> Zob. J. Kazimierzak i in., *Zachorowalność na gruźlicę w Polsce i w innych krajach UE oraz w Rosji, na Białorusi i Ukrainie – implikacje dla działań profilaktycznych*, „Medycyna Pracy” 58(2007) nr 4, s. 353-360.

<sup>16</sup> I. H. Mina s, *Mental Health in a Culturally Diverse Society*, w: *The Health of Immigrant Australia. A social perspective*, red. J. Reid, P. Trompf, Harcourt Brace Jovanovich, Sydney 1990, s. 251, cyt. za: L. Kulmatycki, J. Łazowski, *Program promocji więzi społecznych wśród Polaków w Australii w odniesieniu do problemów psychicznych*, „Psychiatria Polska” 39(2005) nr 5, s. 998.

częściej z rozpoznaniem alkoholizmu<sup>17</sup>. Obserwowany także w innych krajach wysoki wskaźnik zaburzeń psychicznych występujący w polskich diasporach (np. w Anglii), szczególnie wśród emigrantów w starszych grupach wiekowych, wyjaśniany jest zarówno stresami dotyczącymi emigrantów żyjących wiele lat poza krajem, izolacją od bliskich, zwłaszcza w przypadku śmierci partnera i przyjaciół, jak również relatywnie słabszą więzią (spójnością) etniczną niż obserwowana w innych grupach emigrantów (np. Ukraińców)<sup>18</sup>.

Problemy zdrowia psychicznego, choć występują często w grupach emigranckich, nie wyczerpują naturalnie zakresu ich zdrowotnych problemów. Badania prowadzone nad zdrowiem migrantów obejmują również inne aspekty. Podobnie jak w przypadku analiz zdrowia psychicznego, oparte są one na porównaniach między zachorowalnością obserwowaną wśród poszczególnych grup imigrantów a zachorowalnością populacji kraju przyjmującego. Analizy takie na zlecenie Komisji Europejskiej przeprowadziło w 1997 roku Międzynarodowe Centrum Migracji i Zdrowia (International Centre for Migration and Health). Stwierdzono wówczas, że między rokiem 1986 a 1996 w krajach (starej) Unii Europejskiej wśród imigrantów, pochodzących przecież z krajów o niższym standardzie materialnym, wzrosła zwłaszcza zachorowalność na gruźlicę (głównie wśród Hindusów w Anglii i Walii), rozpowszechniły się HIV i AIDS (przede wszystkim wśród imigrantów z Afryki zamieszkałych w Szwecji), wzrosła umieralność z powodu chorób kardiologicznych (na przykład z powodu nadciśnienia tętniczego wśród Polaków w Wielkiej Brytanii), wzrosła również w populacji migrantów liczba samobójstw (zwłaszcza wśród dzieci i wśród młodych kobiet w wieku od piętnastu do dwudziestu czterech lat). Poza tym odnotowano więcej wypadków, chorób neurologicznych i zaburzeń zdrowia psychicznego w grupach imigrantów niż w populacji miejscowej<sup>19</sup>. Gorszy stan zdrowia imigrantów niż nie-imigrantów stwierdzono także, porównując wyniki badań prowadzonych w jedenastu krajach europejskich, wśród osób w wieku pięćdziesięciu lat i starszych<sup>20</sup>.

Do podobnych wniosków, mówiących o gorszym stanie zdrowia wśród migrantów niż w populacji kraju przyjmującego, skłaniają badania prowadzone wśród imigrantów w Kanadzie. Zwrócono w nich uwagę, że niekorzystny wpływ na ogólny stan zdrowia uczestników migracji ma ich status społeczny

<sup>17</sup> Por. K u l m a t y c k i, Ł a z o w s k i, dz. cyt., s. 998.

<sup>18</sup> Por. B. de Barbaro, K. T. Szulęcka, K. W. de Pauw, *Psychotyczna realizacja „mitu powrotu do ojczyzny”*: studium przypadku urojeniowego błędnego rozpoznawania osób, „Psychiatria Polska” 33(1999) nr 5, s. 740.

<sup>19</sup> Zob. M. Carballo, J. J. Divino, D. Zeric, *Migration and Health in the European Union*, „Tropical Medicine and International Health” 3(1998) nr 12, s. 936-944.

<sup>20</sup> Zob. A. Sole-Auro, E. M. Crimmins, *Health of Immigrants in European Countries*, „International Migration Review” 42(2008) nr 4, s. 861-876.



w kraju przyjmującym<sup>21</sup> oraz że częściej występują zaburzenia zdrowia fizycznego niż psychicznego<sup>22</sup>. Migrantom towarzyszą więc zarówno zmiany samopoczucia aż po stany depresyjne, jak też tak zwane skargi somatyczne określane w literaturze medycznej jako somatyzacja sytuacji psychospołecznej człowieka. Somatyzacja oznacza między innymi nawracające – w wyniku wystąpienia trudnych sytuacji – bóle brzucha i bóle głowy, bóle kończyn, bezsenność, zmęczenie, dolegliwości ze strony układu żołądkowo-jelitowego lub moczowo-płciowego.

Coraz częściej w literaturze poświęconej zdrowiu migrantów używane są pojęcia „choroba emigracyjna” lub „syndrom emigranta”, definiowane jako „zespół chorobowy, charakteryzujący się występowaniem stanów depresyjnych, mogących prowadzić nawet do samobójstwa, częstymi atakami płaczu, zwłaszcza na wspomnienie domu rodzinnego i dzieci, lękiem o przyszłość”<sup>23</sup>. Efektem niekorzystnego przebiegu procesu integracji w kraju przyjmującym są złożone procesy psychosomatyczne i różnorodne zaburzenia psychiczne. Objawiają się one chroniczną apatią, silną tęsknotą za ojczyzną, poczuciem bycia wypalonym i przewlekłe zmęczonym. Występują też takie objawy, jak bezsilność, poczucie izolacji i wyobcowania<sup>24</sup>. Na znaczenie tego procesu w życiu migrantów zwraca uwagę Jan E. Zamojski, interpretując postawy i zachowania imigrantów z Azji, Afryki, Ameryki Południowej i Karaibów jako rezultat dezintegracji społecznej i „dramat marginalizacji kulturowej i społecznej, w tym materialnej”<sup>25</sup>.

Niektórzy badacze uważają, że depresja lub przygnębienie pojawiają się głównie w początkowej fazie pobytu na emigracji w związku z koniecznością przystosowania się migranta do nowych warunków. Inni natomiast są zdania, że problemy emocjonalne dotyczą migrantów w ogóle, niezależnie od okresu ich pobytu na obczyźnie.

<sup>21</sup> Zob. J. R. D u n n, I. D y c k, *Social Determinants of Health in Canada's Immigrant Population: Results from the National Population Health Survey*, „Social Sciences and Medicine” 51(2000) nr 11, s. 1573-1593.

<sup>22</sup> Por. S. Z. N a g i, E. H a a v i o – M a n n i l a, *Migration, Health Status and Utilization of Health Services*, „Sociology of Health and Illness” 2(1980) nr 2, s. 175.

<sup>23</sup> W. M i s i a k, *Nowe formy zaradności młodzieży. Emigracja i przemieszczenia społeczne*, Toruń 1998, cyt. za: E. Kuźma, *Kobiety – nielegalne imigrantki z Polski w Brukseli pod koniec XX w. Zjawisko i problemy*, w: *Kobiety i młodzież w migracjach*, red. J. E. Zamojski, Neriton, Warszawa 2005, s. 271.

<sup>24</sup> Por. M. G u z i u k, *Polacy – emigranci w Niemczech u schyłku XX i na początku XXI wieku. Bariery psychospołeczne a integracja*, w: *Migracja, uchodźstwo, wielokulturowość. Zderzenie kultur we współczesnym świecie*, red. D. Lalak, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2007, s. 219.

<sup>25</sup> J. E. Z a m o j s k i, *Migracje masowe – czynnik przemian społeczeństw współczesnych*, w: *Migracje i społeczeństwo. Zbiór studiów*, red. J. E. Zamojski, Instytut Historii PAN, Warszawa 1995, s. 80.

W literaturze zwraca się również uwagę na wysoki poziom niekorzystnych dla zdrowia praktyk codziennego życia za granicą, takich jak: złe nawyki żywieniowe, które prowadzą do „dolegliwości układu pokarmowego”<sup>26</sup>, bierność w podejmowaniu leczenia<sup>27</sup>, stosowanie, głównie przez kobiety, samoleczenia opartego na tradycjach kulturowych kraju pochodzenia (co może wynikać z dystansu wobec kultury kraju przyjmującego)<sup>28</sup>. Nie bez znaczenia są też obserwowane wśród imigrantów wysokie wskaźniki zażywania narkotyków, uzależnienia od nikotyny i alkoholu identyfikowane przez badaczy jako strategie „wynagradzania sobie” trudów migracji<sup>29</sup>.

Dodatkowych informacji o zdrowiu emigrantów dostarczają badania prowadzone wśród tych, którzy powrócili do kraju. Pytani o dolegliwości odczuwane przed wyjazdem, w okresie emigracji zarobkowej i po powrocie do kraju, odpowiedzieli, że w trakcie migracji nasiliły się u nich objawy sygnalizujące zmęczenie fizyczne i psychiczne, a szczególnie rozdrażnienie, zdenerwowanie i bezsensowność, jak też dolegliwości bólowe o charakterze przeciążeniowym: bóle kości, mięśni i pleców<sup>30</sup>. Ponieważ nie analizowano związku tych objawów z charakterem ich pracy, można tylko przypuszczać, że są one konsekwencją wykonywanej przez migrantów ciężkiej pracy fizycznej (często poniżej ich zawodowych kwalifikacji), ale też konsekwencją stresu, stanów i napięć emocjonalnych związanych z sytuacją społeczną w okresie emigracji<sup>31</sup>. Po powrocie niemal wszystkie te objawy ustępują, co dodatkowo może potwierdzać ich związek z emigracją. Generalnie jednak stan zdrowia powracających do kraju emigrantów, a szczególnie nielegalnie zatrudnionych za granicą kobiet, jest zły. Obserwowane jest u nich współwystępowanie wielu chorób, wymagających często specjalistycznego leczenia<sup>32</sup>. W tych regionach, w których notuje się relatywnie wysoki poziom wyjazdów zarobkowych, odnotowano też liczniejsze niż na innych terenach występowanie z wnioskami o rentę („nadszarpnięte zdrowie po powrocie z emigracji [...] stanowi poważny koszt

<sup>26</sup> T. W i t e s, *Kobiety w migracjach Żydowskiego Obwodu Autonomicznego*, w: *Kobiety i młodzież w migracjach*, s. 237.

<sup>27</sup> Por. N a g i, H a a v i o - M a n n i l a, dz. cyt., s. 174-193.

<sup>28</sup> Por. A. W a l d s t e i n, *Diaspora and Health? Traditional Medicine and Culture in a Mexican Migrant Community*, „International Migration” 46(2008) nr 5, s. 96.

<sup>29</sup> Por. K. H u g h e s, *Migrating Identities: the Relational Constitution of Drug Use and Addiction*, „Sociology of Health and Illness” 29(2007) nr 5, s. 688.

<sup>30</sup> Por. Z. K a w c z y ń s k a - B u t r y m, *Zyski i straty uczestników migracji – wyniki badań własnych*, w: *Migracja – wyzwania XXI wieku*, red. M. S. Zięba, Wydawnictwo Fundacji Rozwoju KUL, Lublin 2008, s. 158.

<sup>31</sup> Zob. T. F a r l e y i i n., *Stress, Coping and Health: A Comparison of Mexican Immigrants, Mexican-Americans, and Non-Hispanic Whites*, „Journal of Immigrant Health” 7(2005) nr 3, s. 213-220.

<sup>32</sup> Por. S i m e k, dz. cyt., s. 767.

społeczny ponoszony przez podatników krajów wysyłających”<sup>33</sup>). Należy jednak zdawać sobie sprawę, że deklarowanie przez migrantów gorszego stanu zdrowia może mieć charakter instrumentalny – wynikać z chęci uzyskania renty chorobowej, w ramach której bez większych trudności niektórzy z nich podejmują pracę zarobkową.

Na odrębną uwagę, ze względu na specyfikę sytuacji, jak również specyfikę zmian w stanie zdrowia, zasługują nietypowi emigranci – ofiary handlu ludźmi, wśród których przeważają młode kobiety.

Ich sytuację charakteryzuje przemoc fizyczna, seksualna i emocjonalna, izolacja społeczna, towarzyszące temu złe warunki życia i pracy, zmuszanie do zażywania narkotyków i picia alkoholu, do stosowania środków antykoncepcyjnych. Wszystko to powoduje poważne i różnorakie konsekwencje zdrowotne. W raporcie o zdrowiu migrantów z 2006 roku wymieniono przede wszystkim zagrożenia w zakresie zdrowia seksualnego i prokreacyjnego, takie jak HIV, niebezpieczna i wymuszona aborcja, ciąży nieletnich; ale także problemy wynikające z braku higieny (zaburzenia pokarmowo-jelitowe, infekcje pasożytnicze, świerzb), ryzyko infekcji (gruźlica, żółtaczka) i zwiększone ryzyko wypadków związanych z gwałtem (urazy głowy, złamania, okaleczenia). Opisano też reakcje osób, które stały się ofiarami handlu ludźmi; wyszczególniono reakcje psychologiczne (rozpacz, poczucie krzywdy, ataki lub hamowanie agresji, złość, wycofanie, chroniczne zmęczenie, ogólną utratę zainteresowań, utratę pamięci, amnezję), reakcje psychosomatyczne (problemy ze strony układu pokarmowego, bóle głowy, zaburzenia rytmu serca, bóle nawracające), reakcje behawioralne (stosowanie substancji psychoaktywnych, przedawkowanie leków, nałogi, alkoholizm, zachowania o wysokim ryzyku dla zdrowia, przemoc) oraz reakcje społeczne (izolację, odrzucenie przez rodzinę, niezdolność do nawiązania lub utrzymania znaczących relacji społecznych)<sup>34</sup>.

Inne źródła natomiast wymieniają jedynie zaburzenia zdrowia psychicznego, w tym zaburzenia afektywne i zaburzenia osobowości, jak również schizofrenię i depresje maniakalne<sup>35</sup>. Dramatyzm sytuacji tej kategorii migrantów pogłębia brak pomocy medycznej. Handlarze ludźmi nie są skłonni do zapewniania opieki lekarskiej swoim ofiarom. Nie ułatwiają im kontaktu z instytucjami lub przedstawicielami opieki zdrowotnej, gdyż obawiają się konsekwencji prawnych i chronią siebie przed dekonspiracją. W związku z tym wymienione problemy zdrowotne ich ofiar, niepoddanych terapii, mogą pro-

<sup>33</sup> Tamże.

<sup>34</sup> Por. *Migration Health. Annual Report 2006*, s. 29.

<sup>35</sup> Por. A. Barth, *Perspectives in the Mental Healthcare of Survivors of Human Trafficking, w: Building Regional Partnerships to Fight Trafficking in Persons in the Context of EU-Enlargement. Conference Report*, International Organization for Migration, Warsaw 2005, s. 37.

wadzić do stanów przewlekłych, powikłań i zgonów. Nie bez znaczenia jest też synergiczne oddziaływanie poszczególnych czynników, co oznacza, że wzmacniają one wzajemnie swój niekorzystny wpływ na ogólny stan zdrowia ofiar handlu ludźmi.

\*

Przedstawione analizy nie wyczerpują tematu problemów zdrowotnych i czynników ryzyka towarzyszących emigracji (między innymi pominięto kwestię zdrowia uchodźców). Starano się jedynie ukazać główne sytuacje i czynniki składające się na ryzyko zdrowotne, objawy i zmiany w stanie zdrowia emigrantów, charakterystyczne dla różnych rodzajów migracji. Należy ponadto podkreślić, że niekorzystne czynniki kumulują się w dłuższym czasie i niejednokrotnie dopiero po latach ujawniają się jako trudne do terapii problemy zdrowotne.

Przegląd dotychczasowych badań pozwala dodatkowo wnioskować, że wpływ na stan zdrowia migrantów może mieć też sytuacja historyczna towarzysząca samej emigracji (na przykład sytuacja Polaków, którzy nie mogli wrócić do PRL-u), w tym niemożność powrotu do kraju wszystkich, którzy opuścili go nielegalnie: „Dla wielu ojczyzna pozostała symbolem utraty czegoś ważnego. [...] istota straty polegała na niemożności swobodnego komunikowania się ze «starą» ojczyzną. Dla wielu fizyczne granice Polski były zamknięte”<sup>36</sup>. Z jednej strony odczuwany dystans w stosunku do ojczyzny, którego nie byli w stanie pokonać, prowadził do poczucia odrzucenia, krzywdy i rozgoryczenia, z drugiej dystans w stosunku do kraju pobytu, często też „ksenofobia i rasizm populacji tubylczej, bariera językowa, trudności ze znalezieniem pracy”<sup>37</sup> stwarzały szczególnie trudną sytuację społeczną i emocjonalną emigrantów.

Jak więc widać, zdrowotne problemy emigrantów kumulują się w indywidualnej sytuacji i biografii poszczególnych osób i ich bliskich, jak również w ich aktualnym doświadczeniu społecznej porażki<sup>38</sup> i dystansach wywołanych emigracją, niezależnie od tego, z jakiego kraju pochodzą i w jakim pracują. Problemy te coraz wyraźniej stanowią wyzwanie dla polityki zdrowotnej (w aspekcie jej wzmocnienia bądź w ogóle stworzenia) dotyczącej tej przemieszczającej się części populacji, zarówno w krajach, do których migranci przybywają, jak też w krajach, do których powracają.

<sup>36</sup> Kulmatycki, Łazowski, dz. cyt., s. 998n.

<sup>37</sup> de Barbaro, Szulęcka, de Pauw, dz. cyt., s. 739.

<sup>38</sup> Zob. B. Anbesse i in., *Migration and Mental Health: A Study of Low-Income Ethiopian Women Working in Middle Eastern Countries*, „International Journal of Social Psychiatry” 55(2009) nr 6, s. 548-556.