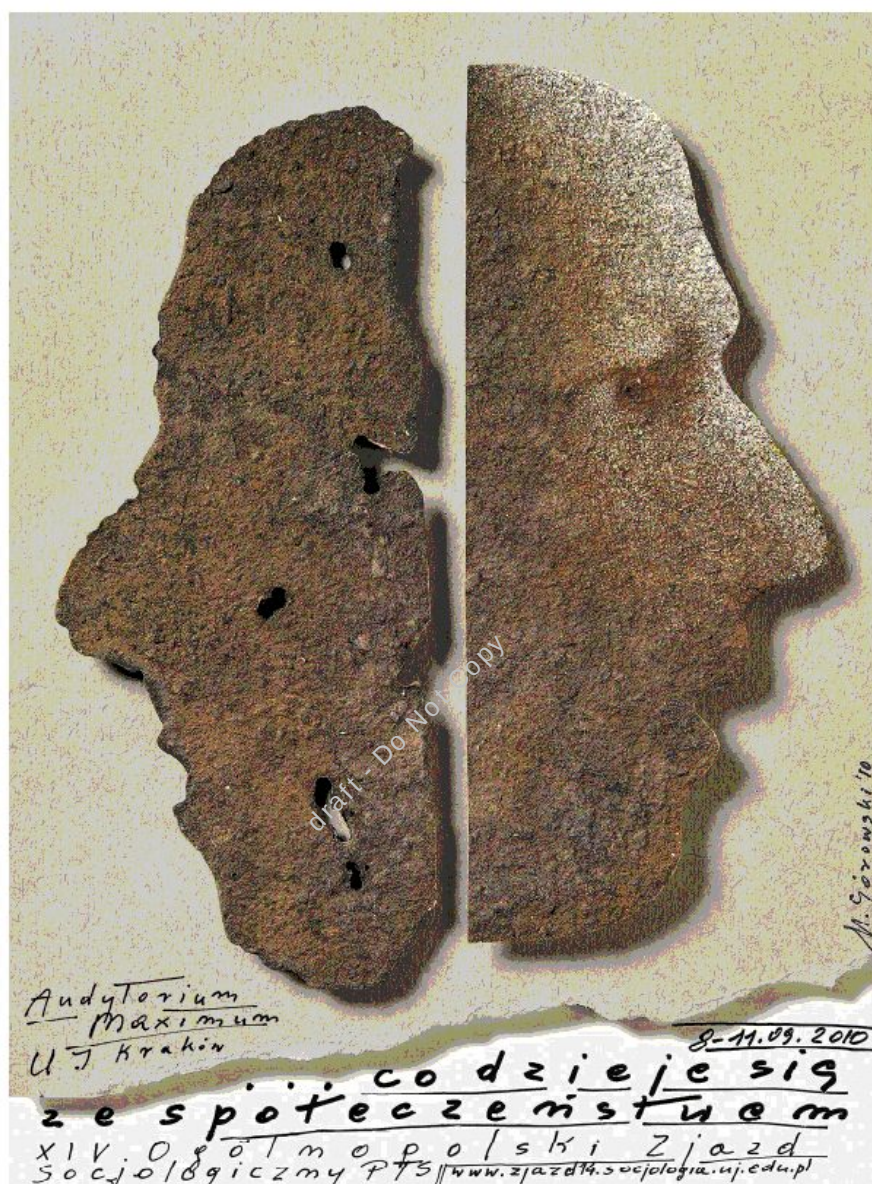


Materiały XIV Zjazdu Socjologicznego w Krakowie



Wszelkie prawa do tekstów posiadają ich autorzy.
Kopiowanie bez podania autora i źródła cytowania jest niezgodne z prawem.

Cytowanie: autor i tytuł, skrypt lub tekst wystąpienia (working paper) przygotowany na potrzeby Ogólnopolskiego Zjazdu Socjologicznego Polskiego Towarzystwa Socjologicznego, Kraków 08-11.09.2010, dostępny na stronie: <http://www.zjazd14.socjologia.uj.edu.pl/> lub <http://www.pts.org.pl/>

MIGRANT W SYTUACJI CHOROBY

”Za granicą, no tu masz większy stres. Cały czas myślisz [...] że nie możesz chorować” (Czapka, 2010)

1. Wprowadzenie

Wśród zagadnień wchodzących w zakres zdrowia publicznego mieści się analiza stanu zdrowia społeczeństwa i poszczególnych kategorii ludności, oraz czynników mających wpływ na ten stan. Niestety w literaturze i analizach zdrowia społeczeństwa polskiego, jak dotąd pomijana jest kategoria osób o wysokim poziomie mobilności, zarówno migrujących wewnątrz kraju jak i poza kraj. I choć procesy migracyjne (emigracje i imigracje) są obserwowane w różnym nasileniu i odnotowywane w rocznikach statystycznych poszczególnych krajów, to zmienna „migracja” – nie jest jeszcze brana pod uwagę w wielu dostępnych, także w polskich statystykach zdrowia.⁽¹⁾ Tymczasem, jak wskazuje literatura przedmiotu głównie poświęcona migracjom zagranicznym, istnieje wyraźny związek między migracją zewnętrzną a zdrowiem migrantów, a w konsekwencji zdrowiem populacji, w skład której wchodzi (Migration and Health. 2009). Analizy takie obejmują wyłącznie dane statystyczne i opisują stan zdrowia poszczególnych grup imigranckich, ale często też porównują wskaźniki określające stan zdrowia imigrantów z wskaźnikami zdrowia populacji kraju przyjmującego (Harley. 2005), jak również do populacji kraju pochodzenia. Na ogół prowadzone są w poszczególnych krajach (Dunn. 2000; Waldstein. 2008. s. 96), ale też obejmują większe populacje lub ich wyodrębnione części - między innymi zdrowie imigrantów w Unii Europejskiej (Sole-Auro, Crimmins 2008), jak też zdrowie dzieci i młodzieży uczestniczącej w migracjach (Gonneke, Vollebergh 2008). Podejmowane są

również analizy biorące pod uwagę określoną chorobę i zachorowalność w grupie migrantów i nie-migrantów. (np. cukrzyca, zdrowie psychiczne) (Migration and Health. 2009). 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 (USA, Wielka Brytania, Kanada, Australia, Nowa Zelandia i inne), a także płci i wieku (Migration Health. 2006 s. 15). W statystykach tych uwzględnia się oprócz chorób układu krążenia, chorób neurologicznych czy nawet wielochorobowości, (Migration Health. 2006 s. 20), także zachorowania na gruźlicę, HIV/ AIDS oraz choroby przewlekłe, które zdaniem badaczy mogą prowadzić do wykluczenia imigrantów w kraju przyjmującym (Migration Health. 2006 s. 18).

Dotychczasowe badania zdrowia migrantów, jak zauważono (Migration Health. 2006 s. 4), 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 takie czynniki warunkujące stan zdrowia migrantów jak między innymi – poziom wykształcenia, doświadczaną dyskryminację (w pracy, w szkole, w opiece zdrowotnej, równoległe w wielu obszarach życia), jak też wiek, płeć migrantów i grupę etniczną, do której należą (Migration and Health. 2009 s. 21-25).

W referacie podejmuję prezentację zachowań imigrantów w sytuacji choroby. Ale muszę podkreślić, że jest to jedynie wąski wycinek bogatej problematyki zdrowotnych aspektów migracji i zdrowia, jaki odnajdujemy w coraz liczniejszej literaturze obejmującej tym kwestiom (Carballo, Divino, Zeric. 1998;. Czapka 2010. Hughes. 2007; Zamojski 1995 s.30-31). Szersze omówienie przedstawiłam w wydanych ostatnio szerszych opracowaniach (Kawczyńska-Butrym 2008; 2009; 2010).Na szczególną uwagę zasługują jednak dwa cytowane już opracowania ukazujące problem zdrowia

migrantów jako problem globalny (Migration Health. 2006, 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 sukces 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 wyjazdu, pełni sił. (2). 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, jakie 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).

Z drugiej strony, jak wykazują liczne badania, migracja stwarza ryzyko utraty zdrowia.

Najwcześniejsze wyniki badań zdrowia migrantów, do których dotarłam, pochodzą z lat 40. XIX wieku. Badania prowadzone były w Ameryce Północnej, gdzie napływały liczne fale migrantów ekonomicznych. Badania wykazały, że migracja stanowi poważne ryzyko zaburzeń zdrowia psychicznego. (Minas 1990 s. 251). Wyniki wielu kolejnych badań, prowadzonych w różnych krajach i w stosunku do imigrantów

różnego pochodzenia, w tym też do polskich emigrantów w Australii, potwierdzają ten wniosek (Kulmatycki, Łazowski 2005). Również najnowsze badania sygnalizują, że najczęściej występującym problemem powiązanym z migracją są zaburzenia psychiczne, w tym symptomy depresji. Dodatkowo należy podkreślić, że częstotliwość zaburzeń jest zróżnicowana pochodzeniem migrantów i przyczyną migracji (uchodźstwem a szczególnie uchodźstwem dzieci) (Migration and Health. 2009 s. 54).

Drugi rodzaj ryzyka dotyczy zdrowia somatycznego i utraty sprawności fizycznej. Tu wachlarz problemów zdrowotnych jest szeroki, o czym wspomniano już wcześniej. Najbardziej drastyczne są zdarzenia powypadkowe, które od dawna towarzyszyły migracjom zarobkowym. Pisali o nich już polscy chłopcy z Ameryki (Thomas, Znaniecki t. II. s. 179-180). Pośrednio także znajdujemy informacje dotyczące polskich robotników rolnych jeszcze przed I wojną światową. Przytaczam tu badania, które wskazują, że w tym okresie poważnym problemem było niewypłacalnie ubezpieczeń powypadkowych dla migrantów lub pośmiertnych dla ich rodzin. (Plewko, 2010 s. 38).

Znacznie częstszym problemem są różnego rodzaju choroby prowadzące do zgonów. Odnotowano to w przypadku chorób typowych dla innego klimatu – czego konsekwencją były choroby nieznane europejskim emigrantom i liczne z ich powodu zgony. Podkreślali to pisarze z przełomu XIX i XX wieku opisujący masowe wyjazdy do Ameryki Południowej zwane „gorączkę brazylijską” (Mocyk, 2005). Maria Konopnicka w Panu Balcerze w Brazylii tak sygnalizowała problem ryzyka zdrowotnego wśród polskich emigrantów *”bo febra jest tu zjadliwa i wściekła, co więcej naszych, niż tysięcy, wymiotła”*. Nawet dla kraju przyjmującego, niepokojący był między innymi stan zdrowia dzieci imigrantów. I tak na przykład Ministerstwo Spraw Zagranicznych Rzeszy Niemieckiej podawało oficjalne dane z roku 1928 mówiące o tym, że przebywało w Niemczech około 26 tys. dzieci polskich imigrantów do lat 14, że szerzyły się wśród nich choroby i przeciętnie umierało 25-30 % dzieci w wieku do 2 lat (Fiedor. 1968).

Obecnie stan zdrowia migrantów częściowo można wyjaśnić istniejącymi barierami w dostępie do usług zdrowotnych, takimi jak nieznanomość języka, brak informacji czy też trudności finansowe, na temat których prowadzi się ostatnio wiele

badan i próbuje się je niwelować (Mladovsky 2007). Ale cytowane badania Elżbiety Czapki pokazują, że znacząca rolę w decyzjach o zgłoszeniu się do lekarza odgrywa dla migrantów aspekt ekonomiczny. W czasie rozmów z imigrantami, zwłaszcza tymi, których rodziny pozostały w kraju, okazało się, że 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 wprowadzić 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.* (E. Czapka. 2010).

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,”* (Wites 2005). bierność w podejmowaniu leczenia, stosowanie, głównie przez kobiety, samoleczenia opartego na tradycjach kulturowych kraju pochodzenia, co może wynikać z dystansu wobec kultury kraju przyjmującego. (Nagi, Haavio-Mannila. 2008 s. 96).

Pobyt i praca za granicą zmienia zachowania migrantów związane z chorobą/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.

Tabela1. Strategie radzenia sobie w przypadku złego samopoczucia (w odsetkach)

Zachowania	W Polsce	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

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 się tylko raz zdarzyło tu być*

chorym, co se naderwałem kręgosłup, ale to się obsmarowałem maściami i do roboty szłem”. Jednak najwyraźniejsza zmiana dotyczy rezygnacji 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 członkowskim, 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.(Czyżewska. 2008 s. 35).

Obserwacje i badania prowadzone między innymi wśród 300 polskich remigrantek wskazują z jednej strony, że w związku z pracą za granicą pogorszył się ich stan zdrowia (11,7%), i że nie wrócą już tam do pracy, bo „*tam nie potrzebują takich [chorych] osób*” (Kawczyńska 2010/1), a z drugiej strony, że kobiety ograniczają kontakt z opieką zdrowotną w czasie emigracji. Potwierdzają to ich deklaracje, z których wynika, że remigrantki rzadziej korzystały z programów medycznych skierowanych do kobiet w trakcie pobytu za granicą (5%) niż po powrocie do kraju (15,8%). (Bryk 2010) .

3. Główne strategie zachowań migrantów zarobkowych w chorobie

Już ta dość uproszczona analiza okołochorobowych zachowań migrantów pozwala określić ogólny schemat ich postępowania w chorobie, który uwzględnia trzy strategie: samoleczenie, ograniczanie kontaktu z służbą zdrowia w kraju pobytu i przerzucanie opieki zdrowotnej na kraj pochodzenia.

Podstawową 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 migrantów, 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 z służbą zdrowia w kraju pobytu jest efektem oddziaływania wielu powiązanych z sobą czynników. Przy czym źródła tych ograniczeń mogą dotyczyć różnych podmiotów – migranta, 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 kosztach 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 proces integracji w nowym kraju jest korzystny dla zdrowia. Dodatkowo na uwagę zasługują czynniki ograniczające kontakt ofiar handlu ludźmi z opieką medyczną z czynnikiem dominującym, jakim jest izolacja ofiary handlu przez sprawcę.

Ze strony pracodawców – urlopowanie, by cudzoziemscy pracownicy mogli leczyć się w kraju pochodzenia i ponowne ich przyjmowanie, po wyleczeniu i powrocie.

Ze strony państwa pobytu – brak placówek przygotowanych do obsługi imigrantów (znajomość języka większej grupy imigrantów – kompensowane jest zatrudnieniem lekarzy z kraju ich pochodzenia, dostępność tłumacza), restrykcje wobec „obcych”, a także brak znajomości i przestrzegania wymogów kulturowych. 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 UE programu „Migrant Friendly Hospitals w etnicznie zróżnicowanej Europie. (Migration and Health. 2009 s. 37.) 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 z służbą zdrowia w kraju pochodzenia obejmuje przyjazdy w celach leczenia, rehabilitacji, profilaktyki. Polskie analizy wskazują, że migranci z nowoprzyjętych krajów UE „na ogół nie korzystają z usług zdrowotnych w kraju przyjmującym. Reperują zdrowie w przerwach między kolejnymi pobytami lub po powrocie z emigracji”. (Golinowska. 2008 s. 21). 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.

Odrębnym, ale godnym uwagi z punktu widzenia zdrowia publicznego 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 wyzwaniami dla lokalnego systemu zdrowia i instytucji opieki nad przewlekle chorymi. Przykładem są dane mówiące o tym, że w roku 2007 w Hiszpanii zarejestrowano 15.630 imigrantów z Norwegii – i że wielu z nich potrzebowało opieki zdrowotnej i usług opiekuńczych (Migration and Health 2009 s. 78).

Zdaję sobie sprawę, że przedstawiam jedynie zarys problematyki. I swoje wystąpienie na zjeździe traktuję jako zasygnalizowanie niezwykle aktualnej ale też złożonej i interesującej problematyki badań socjologicznych.

Przypisy

1. Wśród krajów europejskich, które są obecne w działalności Departamentu Zdrowia Migrantów (Migration Health Departament) w Genewie brak jest Polski, choć uczestniczą nawet takie kraje jak Białoruś, Bułgaria, Serbia i Ukraina. Por. Migration Health. Annual Report 2006. International Organization for Migration. s. 10.
2. Wyniki wywiadów prowadzonych przez autorkę w woj. lubelskim 2010. (w opracowaniu)

Literatura

1. Bryk D. (2010), Reemigrantka i jej rodzina. W: Adaptacja reemigrantek na regionalnym rynku pracy – badania, analizy. Red. K. Markowski. Lublin KUL. (w druku)
2. Carballo M., Divino J.J., Zeric D., Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine and International Health*. 1998. Vol. 3. n. 12. s. 936- 944.
3. Czapka E. (2010), Health of Polish labour immigrants in Norway – a research report- Oslo w druku.
4. Czyżewska E. (2008), Koordynacja systemów ubezpieczenia społecznego – skutki dla polskiego systemu opieki zdrowotnej. *Polityka Społeczna* nr 11/12.
5. Dunn J.R, Dyck I. (2000), Social determinants of health in Canada's immigrant population: results National Population Health Survey. *Social Sciences Medicine*. Dec. 51 (11): 1573-93;
6. Fiedor K (1968), Polscy robotnicy rolni na Śląsku pod panowaniem niemieckim na tle wychodźstwa do Rzeszy 1918-1932. Wyd. Ossolineum. Wrocław – Warszawa – Kraków s. 125-130. Cyt. za: J. Plewko (2010). *Sprostac migracji. Pomoc migrantom ekonomicznym z ziem polskich – formy i znaczenie (połowa XIX w – początek XXI w.)*. Wydawnictwo KUL. Lublin 2010.
7. Golimowska S. (2008), Społeczny wymiar emigracji w krajach wysyłających. *Kultura i Społeczeństwo*, 2,
8. Gonneke W.J.M., Vollebergh W. A.M. (2008), Mental health in migrant children. *The Journal Child Psychology and Psychiatry*., 49: 3 p. 276-294.
9. Harley T, Govles A., Dickinson L.M., Perez M de I. (2005), Stress, coping and health: a comparison on Mexican immigrants, Mexican – American, and non-Hispanic whites.. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 7 (3) July. s. 213-220.
10. Hughes K. (2007), Migrating identities: the relational constitution of drug use and addition. *Sociology of Health and Illness*. Vol. 29. n. 5. 688.
11. Kawczyńska-Butrym. (2008). Zyski i straty uczestników migracji – wyniki badań własnych . W: *Migracja wyzwanie XXI wieku*. Red, M. S. Zięba. Wydawnictwo Fundacji Rozwoju KUL. Lublin. s. 152-162.
12. Kawczyńska-Butrym Z. (2009) Zdrowotne aspekty emigracji . *Ethos* nr 87- 88. s. 263-274.
13. Kawczyńska-Butrym Z. (2010) Migracje - wyzwaniem dla socjologii zdrowia i medycyny. W: *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej* Profesor Magdaleny Sokołowskiej. Red. W. Piątkowski. IFiS PAN, w druku
14. Kawczyńska-Butrym Z. (2010/ 1) Społeczne aspekty migracji i powrotów oraz czynniki wspierające readaptację kobiet na lokalnym rynku pracy. W: *Adaptacja reemigrantek na regionalnym rynku pracy – badania, analizy*. Red. K. Markowski. Lublin KUL. (w druku)
15. *Migration and Health. Challenges and trends*. Helsedirektoratet. Oslo. 2009.
16. *Migration Health. Annual Report 2006*. International Organization for Migration
17. Minas I. H. (1990). Mental health in a culturally diverse society. In: J. Reid, P. Tromph red. *The health of immigrant Australia, a social perspectives*. Sydney. cyt.

- za: L. Kulmatycki, J. Łazowski. Program promocji więzi społecznych wśród Polaków w Australii w odniesieniu do problemów psychicznych, *Psychiatria Polska* 2005; 39 (5) 997-1010.
18. Mladovsky P (2007), Migrant health in the EU. "Eurohealth", vol. 13, n. 1, s. 9-11. Cyt. za: E. Czapka, Health of Polish labour immigrants in Norway – a research report- Oslo 2010. w druku.
 19. Mocyk A. (2005), Piekło czy raj? Obraz Brazylii w piśmiennictwie polskim w latach 1864-1939. Kraków.
 20. Nagi S.Z., Haavio-Mannila E (1980), Migration, Health Status and Utilization of Health Services. *Sociology of Health and Illness.. vol.2. n.2. 174-193.*
 21. Plewko J.(2010), Sprostac migracji. Pomoc migrantom ekonomicznym z ziem polskich – formy i znaczenie (połowa XIX w – początek XXI w.). Wydawnictwo KUL. Lublin.
 22. Sole-Auro A., Crimmins E. M (2008), Health of Immigrants in European Countries. *The International Migration Review. Vol. 42. n. 4. 861-876.*
 23. Thomas W.I., Znaniecki F. (1976) Chłop polski w Europie i w Ameryce t. II. s. 179-180) LSW. Warszawa.
 24. Waldstein A. (2008), Diaspora and Health? Traditional Medicine and Culture in a Mexican Migrant Community. *International Migration. Vol. 46 (5)*
 25. Wites T. (2005), Kobiety w migracjach Żydowskiego Obwodu Autonomicznego. W: Kobiety i młodzież w migracjach. Migracje i społeczeństwo 10. Red. J. E. Zamojski. Wydawnictwo Neriton, Warszawa
 26. Zamojski J. E. (1995), Migracje masowe – czynnik przemian społeczeństw współczesnych. W: Migracje i społeczeństwo. Zbiór studiów. Red. Jan E. Zamojski. Instytut Historii PAN. Warszawa.

Abstrakt

W krajach przyjmujących migrantów już od dawna zwracano uwagę na zachorowalność cudzoziemców. Z jednej strony podkreślano „*helthy migrant effect*”, z drugiej - wyższe wskaźniki zaburzeń zdrowia psychicznego w populacji imigrantów niż w populacji kraju pobytu i niż w populacji kraju pochodzenia. W referacie przedstawię główne problemy zdrowotne charakterystyczne dla procesu migracji. Zwrócę jednak przede wszystkim uwagę na strategie zachowań migrantów w sytuacji choroby.