PODPIS ZAUFANY
ELŻBIETA
CZAPKA
04.05.2025 15:41:15 [GMT+2]
Dokument podpisany elektronicznie podpisem zaufanym

AUTOREF

Podpis elektroniczny/certyfikat został usunięty podczas anonimizacji dokumentu.

dr Elżbieta Anna Czapka

Zakład Socjologii Sportu i Zdrowia

Instytut Socjologii, Wydział Nauk Społecznych

Uniwersytet Gdański

Tytuł osiągniecia naukowego:

Bariery i ułatwienia w dostępie migrantów do opieki zdrowotnej

Dokument zanonimizowany za pomocą UG DLP Anonimizator, 2026-11-12 09:32:30

1. Imię i nazwisko

Elżbieta Czapka

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe lub artystyczne – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej

1998	Magister pedagogiki: KUL, praca magisterska, pt.: „Uwarunkowania anoreksji i bulimii", KUL, Wydział Nauk Społecznych, (promotor: prof. dr hab. Zofia Kawczyńska-Butrym)
2004	Doktor nauk humanistycznych w zakresie socjologii: rozprawa doktorska, pt. „Stereotyp uchodźcy. Analiza porównawcza na podstawie badań studentów wybranych krajów europejskich" obroniona na Wydziale Nauk Społecznych KUL w czerwcu 2004 r. (promotor: prof. dr hab. Zofia Kawczyńska-Butrym, recenzenci: ks. prof. dr hab. Romuald Dzwonkowski, prof. dr hab. Irena Machaj)

3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych

2020–-	adiunkt, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Socjologii, Uniwersytet Gdański
2021–2023	profesor nadzwyczajny (associate professor), Faculty of Health Sciences, Oslo Metropolitan University
2017–2021	post doc, Oslo Metropolitan University, Oslo, Norway
2015–2017	adiunkt, Wydział Filozofii i Socjologii, UMCS, Lublin
2016	badacz (researcher), Innlandet Hospital, Norway
2015 (04–05)	członek zespołu projektowego, Sociology Institute, University of Bergen
2013–2015	badacz (researcher, senior researcher), Norwegian Center for Migration and Minority Health, Oslo, Norway
2009–2013	adiunkt, Wydział Filozofii i Socjologii, UMCS, Lublin
2007–2010	badacz (postdoc like position), Norwegian Center for Migration and Minority Health , Oslo, Norway
2005–2009	adiunkt, Wydział Nauk Społecznych, UWM, Olsztyn
2005–2011	adiunkt, Olsztyńska Szkoła Wyższa im. Józefa Rusieckiego, Olsztyn
1999–2004	asystent, Wydział Nauk Społecznych, UWM, Olsztyn
1998–1999	asystent, Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Olsztyn

4. Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.)

Tytuł osiągnięcia

Bariery i ułatwienia w dostępie migrantów do opieki zdrowotnej

Wykaz publikacji wchodzących w skład osiągnięcia

Artykuł 1. **Czapka E.**, Sagbakken M. "Where to Find those Doctors?" - A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization of health care services by Polish migrants in Norway, BMC Health Services Research, 2016. DOI:10.1186/s12913-016-1715-9

Artykuł 2. **Czapka E.**, Gerwing J., Sagbakken M. Invisible Rights: Barriers and facilitators to access and use of interpreter services in health care settings by Polish migrants in Norway. Scandinavian Journal of Public Health, 2018. DOI:10.1177/1403494818807551

Artykuł 3. **Czapka E.,** Sagbakken, M. "It is always me against the Norwegian system." barriers and facilitators in accessing and using dementia care by minority ethnic groups in Norway: a qualitative study. BMC Health Serv Res 20, 954, 2020. DOI:10.1186/s12913-020-05801-6

Artykuł 4. **Czapka E.,** Sagbakken M., Challenges related to providing care for parents with dementia across borders: a qualitative study on transnational carers in Oslo, Journal of Aging Studies, 2020, vol. 55, pp.1–10. DOI:10.1016/j.jaging.2020.100893

Artykuł 5. **Czapka E.**, Sagbakken M. "Good Care Means that you Make People Happy" A Qualitative Study on Perceptions Regarding Good Dementia Care among People with Different Ethnic Backgrounds in Norway, Miscelanea Anthropolgica et Sociologica, 2022, 23 (2-3), 142–163.

Artykuł 6. Herrero-Arias R., Ortiz-Barreda G., **Czapka E.,** et al. "The evolvement of trust in response to COVID-19 pandemic among migrants in Norway", International Journal for Equity in Health, 2022, vol. 21, nr 1, s.1–12. DOI:10.1186/s12939-022-01747-9

Artykuł 7. Madar A.A., Benavente P., **Czapka E.,** Herrero-Arias R., Haj-Younes J., Hasha W., Deeb G., Møen K.A., Ortiz-Barreda G., Diaz E., COVID-19: access to information, level of trust and adherence to health advice among migrants in Norway. A cross-sectional study, Archives of Public Health, 2022, 80(1):15. DOI:10.1186/s13690-021-00764-4

Artykuł 8. **Czapka E.,** Herrero-Arias R., Haj-Younes J., et al. "Who is telling the truth?" Migrants' experiences with COVID-19 related information in Norway– a qualitative study, Scandinavian Journal of Public Health, 2023, vol. 51, nr 3, s.454-462. DOI:10.1177/14034948221135237

Artykuł 9. Barghava S., **Czapka E**., Hofvind S., et al. Polish immigrants' access to colorectal cancer screening in Norway, BMC Health Services Research, 2022, vol. 22, s.1-14. DOI:10.1186/s12913-022-08719-3

Artykuł 10. Iqbal, N., Berstad, P., Solbjør, M. Diaz A., **Czapka E.**, Hovfind S., Barghava S. Access to colorectal cancer screening for Pakistani immigrants in Norway – a qualitative study. BMC Health Serv Res 24, 799, 2024. DOI:10.1186/s12913-024-11275-7

Artykuł 11. Benavente, P., Kampalath V.N., Zan M.L., Tran N.T., **Czapka E.A.**, Hosseinalipour S.M., Terán E., Martens Ch., Karmacharya B., Joshi A., Das J.K, Padhani Z.A, Jurlano V.B., Kabamalan M.M, Nyirazinyoye L., Blanchet K., Deployment and Uptake of COVID-19 Vaccines for Refugees and Migrants in Regular and Irregular Situations: a Mixed-Method Multi-Country Study. BMJ Open, 2025, vol. 15, nr 1, s.1-14.

Wprowadzenie

Przedmiotem moich badań skutkujących przedstawionymi osiągnięciami był dostęp migrantów do opieki zdrowotnej w Norwegii i w pięciu krajach o niskich i średnich dochodach (Nepal, Ekwador, Rwanda, Filipiny, Pakistan). Główny problem badawczy dotyczy identyfikacji barier i ułatwień w dostępie migrantów do opieki zdrowotnej w czterech sytuacjach: pojawienie się nowych migrantów zarobkowych, występowanie demencji w rodzinach migrantów, zagrożenie epidemiologiczne oraz wprowadzanie programów badań przesiewowych.

Jednym z ważniejszych wyzwań transformacji cywilizacyjnej, którą przechodzi współczesny świat stało się umasowienie kontaktów międzyludzkich dzięki postępowi w transporcie i

komunikacji. Dlatego też we współczesnych naukach społecznych podkreśla się znaczenie „przepływów" ludzi, idei, obrazów w skali całego globu (Castells), czy też „mobilności" (Urry), które stanowią podstawowy fenomen społeczny naszych czasów oraz znaczące wyzwania dla wszystkich społeczeństw i ich instytucji polityczno-gospodarczych. Zmiany cywilizacyjne umożliwiły umasowienie przepływów ludzi, co spowodowało, że jednym z podstawowych procesów społecznych stały się migracje. Koncepcja, zgodnie z którą okres nowożytny jest „wiekiem migracji", podkreśla nie tylko intensyfikację migracji transgranicznych w tym, co stało się „hipermobilną planetą", lecz także rosnące znaczenie migracji pod względem gospodarczym, społecznym, kulturowym i politycznym (Castles, Miller, 2009).

Dzisiejsza migracja jest motywowana wieloma czynnikami ekonomicznymi, politycznymi i społecznymi. Migranci mogą opuścić swój kraj pochodzenia z powodu konfliktu, powszechnego łamania praw człowieka lub z innych powodów zagrażających życiu lub bezpieczeństwu. Wielu z nich jest zmuszonych do poszukiwania zatrudnienia w innym miejscu z powodu braku godnej pracy. Migracja może być też spowodowana chęcią dołączenia do członków rodziny, którzy już osiedlili się za granicą. Imigracja – wjazd do kraju docelowego – często odzwierciedla historyczne wzorce migracji, powiązania rodzinne i sieci migracyjne. Im bardziej globalizacja rozszerza światowy obieg kapitału, towarów, usług i technologii, tym bardziej migracja odpowiada na rosnące zapotrzebowanie na umiejętności i siłę roboczą w krajach docelowych. Większość krajów jest dziś jednocześnie miejscami pochodzenia, tranzytu i przeznaczenia dla migracji międzynarodowej. Migracje mogą przyczyniać się do rozwoju gospodarczego i dobrobytu społecznego zarówno w krajach docelowych, jak i w krajach pochodzenia, ale wiążą się one jednak również z kosztami i konfliktami, które dotyczą krajów pochodzenia, krajów docelowych oraz migrantów i ich rodzin.

Współczesne społeczeństwa stoją przed złożonym wyzwaniem, jakim jest zapewnienie, by migracja odbywała się w sposób sprawiedliwy, korzystny dla obu stron, a przede wszystkim, aby odbywała się ona z poszanowaniem praw człowieka, które stanowią jedną z najważniejszych zdobyczy cywilizacyjnych społeczeństw nowoczesnych. Istnieją „generacje praw człowieka" [por. Karel Vasak]. Prawa I generacji są podstawowe (fundamentalne), wynikające z natury ludzkiej, niezależne od stanu prawnego obwiązującego w państwie. Ich źródła można odnaleźć w filozofii Oświecenia i ideologii liberalnej. Prawa II generacji to prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne, zapewniające jednostce rozwój fizyczny i duchowy, a także bezpieczeństwo socjalne. Nakładają one na państwo obowiązki ekonomiczne i socjalne wobec obywatela. Źródłem praw II generacji jest m.in. Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Socjalnych i Kulturowych z 1966 r. W pewnym uproszczeniu można stwierdzić, że prawa I

generacji zostały urzeczywistnione wraz z powstaniem liberalnych państw europejskich, natomiast zagwarantowanie praw drugiej generacji jest związane z powstałym w Europie modelem państwa *welfare state*. Jednym z kluczowych praw II generacji jest prawo do ochrony zdrowia. Prawo do zdrowia i inne prawa człowieka związane ze zdrowiem są prawnie wiążącymi zobowiązaniami zapisanymi w międzynarodowych aktach praw człowieka.

W przypadku państw europejskich prawa II generacji, a w tym prawo do ochrony zdrowia, zostało zabezpieczone dzięki rozwiązaniom prawno-instytucjonalnym realizowanym w ramach modelu *welfare state,* w którym samo państwo zobowiązane jest do zapewnienia rozszerzenia praw wszystkich obywateli – od praw obywatelskich, po prawa polityczne, i wreszcie prawa społeczne (wykształcenie, zdrowie, opieka społeczna, mieszkanie, praca). Państwo opiekuńcze stało się ważnym elementem europejskich państw narodowych. Obie wielkie instytucje społeczeństwa nowoczesnego: państwo narodowe i państwo opiekuńcze ulegają przeobrażeniu. Państwo narodowe na tle globalizacji i procesów integracyjnych, a państwo opiekuńcze – dodatkowo na tle społecznej modernizacji i trudności z rozwiązywaniem nowych kwestii socjalnych epoki postindustrialnej obejmujących: starzenie się populacji, zmiany w formowaniu się rodziny i pozycji kobiet, zmiany pracy i bezrobocie, ubóstwo i wykluczenie społeczne (Golinowska, 2005). Do tych kwestii, które stanowią wyzwania dla europejskiego modelu *welfare state* należy dodać także problem zapewnienia migrantom możliwości zabezpieczenia praw człowieka II generacji.

Zmiany jakie nastąpiły w świecie pod wpływem procesów globalizacyjnych oraz procesów integracji europejskiej zmusiły do rekonstrukcji europejskich państw opiekuńczych i ponownego przemyślenia funkcjonowania instytucji *welfare state*. Systemy opieki zdrowotnej stoją przed wyzwaniem opracowania dostępnych, odpowiednich i skutecznych usług dla migrantów i mniejszości etnicznych (Ingleby, 2000; Cattacin et al., 2013; Seeleman et al., 2015). Szpitale i inne instytucje opieki zdrowotnej muszą dostosować swoje struktury i sposoby działania do zmian zachodzących w populacji ogólnej (Cattacin et al., 2013; Seeleman et al., 2015). W większości państw dostęp do opieki zdrowotnej i usług opiekuńczych dla zarejestrowanych imigrantów jest uregulowany prawnie. Zazwyczaj mają oni takie same bądź zbliżone do mieszkańców kraju imigracji uprawnienia, które jednak nie gwarantują automatycznie równego dostępu do opieki zdrowotnej (equality) (Mladovski, 2007), który jest jednym z głównych wyznaczników sprawiedliwych relacji w sektorze zdrowia (*equity*), (Oliver, Mossialos, 2004). Implikuje to konieczność różnego traktowania pacjentów w niektórych sytuacjach, jeżeli tego wymaga sprawiedliwość.

Badacze wskazują na cały wachlarz czynników, które mogą ograniczać dostęp migrantów do opieki zdrowotnej (Gill-Gonzales et al. 2015). Mladovski, na przykład, wymieniła trzy grupy czynników, które wyjaśniają, dlaczego nawet legalni migranci mogą doświadczać nierównego dostępu do opieki zdrowotnej: a) niekiedy bardzo rygorystyczne wymagania dotyczące uzyskania statusu stałego rezydenta; b) różnice w poziomie kompetencji zdrowotnych (*health literacy*), języku i kulturze; c) czynniki administracyjne i biurokratyczne, brak znajomości systemu i brak zaufania do pracowników służby zdrowia (2007). Aby określić, jakie czynniki społeczne i strukturalne mają wpływ na dostęp migrantów do opieki zdrowotnej, potrzebujemy danych na temat tej samej kategorii migrantów z różnych krajów, bowiem czynniki determinujące dostęp do poszczególnych usług zdrowotnych należy zawsze rozpatrywać w odniesieniu do kontekstu krajowego (Norredam, Krasnik, 2022).

Migracje są bardzo dynamicznym zjawiskiem; zmienia się struktura migrantów ze względu na pochodzenie etniczne, wiek i przyczynę migracji. Badania dotyczące zdrowia populacji migrantów wykazują, że zazwyczaj są oni zdrowsi niż ludność rodzima (Jasso et al., 2004; Antecol i Bedard, 2006). Wynika to z tego, że osoby, które podejmują decyzję o emigracji, są zazwyczaj młodsze i zdrowsze od tych, którzy pozostają w kraju pochodzenia. W literaturze określa się to zjawisko 'efektem zdrowego migranta' (Newbold, 2006). Niestety, ciężka praca, utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej i często małe kompetencje zdrowotne sprawiają, że ten pozytywny efekt nie dotyczy całego życia migrantów. Generuje to konieczność ciągłego wielodyscyplinarnego badania dostępu migrantów do opieki zdrowotnej, przy uwzględnieniu podejścia intersekcjonalnego, zakładającego, że na możliwość korzystania z usług medycznych wpływa wiele czynników jednocześnie. Pandemia COVID-19 pokazała, jak ważny jest dostęp wszystkich członków społeczeństwa do opieki i informacji medycznej.

Metodologia badań

Do cyklu włączyłam artykuły prezentujące wyniki czterech realizowanych przeze mnie lub z moim udziałem projektów dotyczących dostępu migrantów do opieki zdrowotnej i usług opiekuńczych w Norwegii, oraz projektu obejmującego pięć krajów o niskim i średnim dochodzie (Nepal, Filipiny, Rwanda, Ekwador, Pakistan)[1]. Wybór Norwegii jako miejsca badań podyktowany był tym, iż od lat sześćdziesiątych tych jest to kraj docelowy dla migrantów z całego świata. Szczególnie ostatnie akcesje do Unii Europejskiej nasiliły imigrację zarobkową

[1] Pierwotnie badaniami miał być objęty także Tadżykistan.

do Norwegii i państwo to musiało opracować strategie strukturalnej integracji migrantów. W 2013 roku wdrożono narodową strategię na rzecz zdrowia imigrantów (Likeverdige Helse- og Omsorgstjenester – God Helse for Alle. Nasjonal Strategi om Innvandreres Helse)[2], dokument dość wyjątkowy, biorąc pod uwagę to, iż niektóre kraje europejskie nie posiadały w tamtym czasie nawet strategii imigracyjnej. Ostatni projekt, sfinansowany przez WHO, zrealizowany został w pięciu krajach o średnich i niskich dochodach (LLMIC), reprezentujących pięć z sześciu regionów WHO i przyjmujących znaczną liczbę uchodźców i/lub migrantów. Wyniki badań prowadzonych w krajach zachodnich pokazują, że pandemia COVID-19 pogłębiła istniejące nierówności w zdrowiu, w szczególny sposób dotykając migrantów i uchodźców, czego dowodzi między innymi ich nadreprezentacja wśród osób hospitalizowanych. WHO postanowiła przyjrzeć się sytuacji migrantów w krajach słabiej rozwiniętych.

Pierwszy projekt "Overcoming Barriers to Equitable Health Care – Meeting the needs of Polish Labor Migrants to improve access to Health Care Services" został zrealizowany w latach 2013–2015[3] (A1 I A2) w Norwegian Center for Minority Health Research. W czasie projektu otrzymałam pomoc merytoryczną od prof. Bernadette Nirmal Kumar[4]. W analizie danych jakościowych uczestniczyła norweska badaczka prof. Mette Sagbakken. Uznałam, iż wspólna praca badaczek reprezentujących obie kultury: polską i norweską nad tematyzacją danych pozwali na stworzenie bardziej spójnego i wiarygodnego opisu wyników. A3, A4 i A5 są rezultatem projektu podoktoranckiego "Aging, dementia and the need for care: a qualitative study of experiences and responses to cognitive impairment among families of different cultural backgrounds living in Norway", realizowanego w latach 2017–2020 w Oslo Metropolitan University. Byłam kierowniczką projektu zaś moją mentorką była prof. Mette Sagbakken. A6, A7 i A8 prezentują wyniki badań prowadzonych przez interdyscyplinarny zespół badaczy pochodzących z różnych grup etnicznych w ramach projektu „Inncovid.Norge" sfinansowanego przex Stiftelsen Dam. Byłam koordynatorką projektu, zaś jego kierowniczką była prof. Esperanza Diaz[5]. W artykułach A9 i A10 omówione zostały rezultaty badań prowadzonych w ramach projektu "Increasing access to cancer screening among immigrants" (ImmigrantScreen) przez interdyscyplinarny zespół pod kierownictwem dr Sameera

[2] W 2017 r. rząd podjął decyzję o niekontynuowaniu Narodowej Strategii na rzecz Zdrowia Imigrantów. Uważano, że nadszedł już czas, aby zdrowie imigrantów uznać za naturalną część ogólnych usług zdrowotnych.
[3] Badania te pogłębiały kwestie poruszone w moim pierwszym projekcie norweskim „The health of Polish labour migrants in Norway". Rezultatem projektu był obszerny raport badawczy, który z powodów formalnych nie mógł być włączony do dorobku, ale do którego będę się odwoływać ponieważ zaprezentowane w nim wyniki badań wytyczyły moje ścieżki badawcze na 17 lat.
[4] https://migrationhealth.org/about/team/prof-bernadette-kumar/
[5] https://www4.uib.no/en/find-employees/Esperanza.Diaz.

Barghavaya [6] . Załączone oświadczenia współautorów precyzyjnie określają wkład poszczególnych badaczy w prace nad każdym artykułem. Cykl zamyka artykuł A11, który przedstawia wyniki badań prowadzonych przez międzynarodowy, interdyscyplinarny zespół badaczy w ramach projektu „Carry out the development of methodological approach to measure barriers and facilitators to COVID-19 vaccination in six countries". Byłam członkiem głównej grupy projektowej, która zaprojektowała i koordynowała badania.

W badaniach „norweskich" wykorzystane zostały przede wszystkim metody jakościowe. We wszystkich projektach dane zbierane były za pomocą częściowo ustrukturyzowanego wywiadu pogłębionego. Wywiady prowadziłam w języku polskim, angielskim bądź norweskim. W czasie rozmów z migrantami z Somalii towarzyszył mi tłumacz. Ze względu na pandemię COVID-19 i związane z nią obostrzenia, w czasie realizacji projektów Inncovid.Norge oraz ImmigrantScreen, wywiady prowadzone były przez telefon. Prowadzenie wywiadów online za pomocą aplikacji (Teams, Zoom) wykluczyłoby osoby nie mające odpowiednich kompetencji cyfrowych. W projekcie Inncovid.Norge zastosowano mieszaną metodologię badań i poza badaniami jakościowymi, przeprowadzono badania przekrojowe (cross-sectional survey) z wykorzystaniem techniki ankiety internetowej. Badania prowadzone w Nepalu, na Filipinach, w Rwandzie, Ekwadorze i w Pakistanie również były realizowane z zastosowaniem metod mieszanych. Uniwersytet Genewski nawiązał współpracę z lokalnymi instytucjami w krajach objętych badaniami, które specjalizowały się w badaniach nad zdrowiem publicznym i posiadały odpowiedni personel (doświadczonych badaczy z zakresu nauk społecznych) oraz kontakty (kluczowych informatorów), niezbędne do realizacji projektu. W pierwszej fazie badań, przeprowadzono analizę danych zastanych, częściowo ustrukturyzowane wywiady pogłębione oraz wywiady fokusowe z udziałem kluczowych informatorów. Druga faza badań polegała na przeprowadzeniu badań przekrojowych wśród uchodźców i migrantów, zarówno tych przebywających w sytuacjach uregulowanych prawnie (migrants in regular situations-MIRS), jak i tych w sytuacjach nieuregulowanych (migrants in irregular situations-MIIS).

W projektach „Overcoming barriers…" oraz „Inncovid.Norge" zastosowano technikę celowego doboru próby, mającą na celu maksymalne zróżnicowanie respondentów. W projekcie „Ageing, dementia…" zastosowano dobór wygodny i dobór ekspercki. W przypadku tego projektu, rekrutacja była niezwykle trudna ze względu na to, iż w niektórych grupach etnicznych demencja jest tematem tabu. Początkowo w badaniach mieli brać udział przedstawiciele kilku wybranych grup etnicznych, ale nie udało się zrekrutować odpowiedniej

[6] https://www.kreftregisteret.no/en/General/About-the-Cancer-Registry-of-Norway/ansatte_kreftregisteret/Sameer-Bhargava/

liczby uczestników i postanowiono rozszerzyć badania na inne grupy etniczne. Zastosowano metodę triangulacji danych, aby pozyskać bardziej kompleksowy obraz doświadczeń migrantów. Badanami objęto nie tylko członków rodzin osób z demencją, ale także przedstawicieli organizacji imigranckich oraz osoby pracujące w sektorze zdrowia i opieki, w przypadku których zastosowano ekspercki dobór próby do badań. W projekcie „ImmigrantScreen" zastosowano dobór wygodny. Rekrutację uczestników przeprowadzono za pośrednictwem kluczowych członków społeczności migrantów w Norwegii, sieci kontaktów osobistych badaczy, reklam w istniejących grupach na Facebooku, z których korzystają migranci w Norwegii, oraz metodą kuli śnieżnej. W przypadku pierwszej fazy projektu „Carry out the development..." zastosowano nieprobabilistyczną strategię doboru próby eksperckiej. Krajowi partnerzy badawczy i współpracujące organizacje lokalne pomogły w ustaleniu listy kluczowych informatorów na podstawie ich sieci społecznej i zawodowej. Przeprowadzono analizę krajowych polityk szczepień w każdym kraju, aby uzupełnić i triangulować wyniki z IDIs i FGDs. Strategia doboru próby badawczej w 2 fazie projektu była dość złożona ze względu na trudność z dotarciem do poszczególnych kategorii migrantów a zwłaszcza do MIIS, którzy nie figurują w oficjalnych rejestrach. Żeby poprawić jakość naszego doboru próby i zminimalizować ryzyko błędu, użyliśmy różnych strategii, dopasowanych do sytuacji migracyjnej i specyficznych problemów w każdym kraju (patrz: artykuł 11).

Zebrane dane jakościowe były analizowane za pomocą metody analizy tematycznej (Braun, Clarke, 2006). Kodowanie odbywało się przy użyciu połączonego podejścia dedukcyjnego i indukcyjnego (abductive coding). W każdym z projektów wszystkie transkrypty zostały zakodowane przez dwóch niezależnych badaczy. Wszelkie rozbieżności były szczegółowo dyskutowane przez zespół badawczy podczas regularnych spotkań. Dane ilościowe w projektach „Inncovid.Norge" i „Carry out the development..." poddane zostały analizie opisowej. W drugim z projektów zastosowano ponadto Indeks Równości Szczepień przeciwko COVID-19 (CVEI).

W czasie prowadzenia badań jakościowych w Norwegii niezwykle ważne były dla mnie pozycjonowanie i refleksyjność. Miałam bowiem świadomość jako badaczka migracyjna będąca sama migrantką, iż moje doświadczenia migracyjne mogą zarówno ułatwiać jak i utrudniać badania. Sytuacja ta wymagała ode mnie świadomego i krytycznego podejścia do mojej roli, tożsamości i wpływu, jaki mogę wywierać na osobę badaną. Często konsultowałam się z innymi uczestnikami projektu lub z mentorką (peer debriefing).

W przypadku dwóch pierwszych projektów przyjęłam perspektywę socjologii humanistycznej, odwołując się do koncepcji współczynnika humanistycznego Floriana Znanieckiego,

zakładającej, że rzeczywistość społeczna powinna być badana przez pryzmat znaczeń, jakie nadają jej sami aktorzy społeczni. W przypadku migracji oznacza to, że badacz powinien przede wszystkim skupić się na subiektywnych doświadczeniach migrantów, ich motywacjach, emocjach, a także na sposobach, w jakie interpretują oni swoją nową rzeczywistość. W projekcie Inncovid.Norge przyjęliśmy perspektywę fenomenologiczną. W przypadku projektu „ImmigrantScreen" ramy teoretyczne przeprowadzonych badań obejmują transnacjonalizm, intersekcjonalność, model dostępu do opieki zdrowotnej autorstwa Levesque'a oraz teorię kompetencji zdrowotnych (*health literacy*). W projekcie „Carry out the development..." użyliśmy Health Systems Framework WHO wraz z Behavioural and Social Drivers (BeSD) of COVID-19 Vaccination Framework. Sześć filarów Ram WHO (przywództwo/zarządzanie, finansowanie, personel, produkty/technologie, informacje/badania i świadczenie usług) zostało uwzględnionych w narzędziach badawczych, co miało na celu uczynienie wyników użytecznymi dla poprawy systemów zdrowia. Ramy BeSD pomagają analizować, jak czynniki indywidualne, społeczne i strukturalne wpływają na chęć i poziom akceptacji szczepień przeciw COVID-19.

W dalszej części omówię wszystkie artykuły składające się na cykl habilitacyjny. Omówienie będzie się składać z czterech części, co odpowiada podjętej przeze mnie problematyce badawczej: 1) dostęp poakcesyjnych migrantów zarobkowych do opieki zdrowotnej, 2) dostęp starszych migrantów z demencją i ich rodzin do usług opiekuńczych, 3) dostęp migrantów do badań przesiewowych w kierunku nowotworów jelita grubego oraz 4) dostęp migrantów do informacji, opieki zdrowotnej i szczepień w sytuacji pandemii.

Dostęp poakcesyjnych migrantów zarobkowych do opieki zdrowotnej

W artykułach ""Where to find those doctors?" A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization of health care services by Polish migrants in Norway" (A1) i „Invisible rights: Barriers and facilitators to access and use of interpreter services in health care settings by Polish migrants in Norway" (A2) koncentruję się na barierach i ułatwieniach doświadczanych przez polskich migrantów poakcesyjnych w dostępie i korzystaniu z opieki zdrowotnej w Norwegii. Zainspirowały mnie moje wcześniejsze badania prowadzone w 2007–2009 roku, które pokazały, iż dostęp ten jest w praktyce bardzo ograniczony pomimo pozornego braku formalnych barier (Czapka, 2010). Dalsza eksploracja tego zjawiska wymagała zastosowania metodologii jakościowej ze względu na konieczność pogłębienia badań. W A1 odwołuję się do koncepcji „systemów opieki zdrowotnej" Arthura Kleinmana (1980). Kleinman wyrożnił trzy sektory: popularny, profesjonalny i ludowy. Sektor popularny

obejmuje zbiór indywidualnych, rodzinnych i społecznych wierzeń oraz praktyk związanych ze zdrowiem i chorobą. Sektor profesjonalny odnosi się do instytucjonalnej części opieki zdrowotnej, takiej jak szpitale czy przychodnie. Natomiast sektor ludowy skupia się na tradycyjnych systemach medycyny, zarówno tych opartych na wierzeniach religijnych, jak i świeckich. Kleinman argumentuje, że zdrowie i choroba są zjawiskami społecznie skonstruowanymi, a ludzie tworzą „modele wyjaśniające", które pomagają im zrozumieć swoje doświadczenia związane z chorobą. Te modele są głęboko zakorzenione w kulturze i wpływają na to, jak ludzie postrzegają przyczyny choroby, jej przebieg i możliwe sposoby leczenia. Analizując wyniki badań odniosłam się także do koncepcji transnarodowych praktyk związanych ze zdrowiem. W A2 odwoływałam się do istniejących w Norwegii uregulowań prawnych, które gwarantują pacjentom dostęp do bezpłatnych usług tłumaczeniowych i nakładają na personel medyczny obowiązek zrozumienia pacjenta.

Moje badania pokazują, iż najczęściej doświadczanymi przez polskich migrantów poakcesyjnych barierami w dostępie do opieki zdrowotnej były niewystarczająca znajomość języka i brak wiedzy o tym, jak poruszać się w norweskim systemie opieki zdrowotnej. Niedostateczne kompetencje językowe skutkowały trudnościami w dostępie do pisemnych informacji w języku norweskim, trudności w nawigowaniu norweskich stron internetowych o problematyce związanej ze zdrowiem i słabą komunikacją z personelem medycznym w przychodniach i szpitalach (A1). Okazało się, że choć większość migrantów wiedziała o przysługującym im prawie do wykwalifikowanego tłumacza, to mieli oni trudności z egzekwowaniem tego prawa (A2). Wskazywano, iż część lekarzy nie była świadoma ciążącego na nich obowiązku zatrudnienia tłumacza w sytuacji, gdy nie byli w stanie porozumieć się z pacjentem w stopniu umożliwiającym postawienie diagnozy. Niektórzy lekarze korzystali z pomocy członków rodziny pacjenta, w tym dzieci, co, poza nagłymi sytuacjami (np. w czasie wizyty w pogotowiu ratunkowym), uznawane jest za nieprofesjonalne i nieetyczne. Badania wskazały także na brak integracji usług tłumaczeń ustnych z procedurami organizacyjnymi w placówkach medycznych, zwłaszcza w szpitalach oraz na zróżnicowaną jakość tłumaczy ustnych (A2).

Istotną barierą w dostępie do opieki zdrowotnej okazał się być brak zaufania do personelu medycznego wynikający z nieznajomości norweskiego systemu opieki zdrowotnej i braku zrozumienia uzasadnienia różnych praktyk medycznych i procedur. Pozostałe bariery były związane z postawami personelu medycznego i kosztami opieki medycznej. Czynniki, które ułatwiały dostęp i korzystanie ze świadczeń zdrowotnych to posiadanie polskiej sieci społecznej oraz pozytywnie postrzeganego lekarza pierwszego kontaktu (*fastlege*), który ma

znacznie szersze uprawnienia niż lekarz POZ w Polsce. Lekarz *fastlege* postrzegany był jako kompetentny i wzbudzał zaufanie, jeśli spełniał oczekiwania pacjentów. W jednym z późniejszych badań zaufanie to zostało określone jako „warunkowe" (Anczyk, Moszczyńska, Krzysztof-Świderska, Prusak, 2020).

Wyniki moich badań pokazują konsekwencje zderzenia się dwóch różnych kultur zdrowotnych. Norweski system opieki zdrowotnej uchodzi za jeden z najlepszych na świecie. Z powodu wskazanych wcześniej barier, okazał się on jednak częściowo niedostępny dla wielu poakcesyjnych imigrantów z Polski.

Dostęp starszych osób z mniejszości etnicznych i ich rodzin do opieki zdrowotnej w **przypadku zachorowania na demencję**

Doświadczenia wielu krajów imigracyjnych pokazują, że wielu imigrantów postanawia spędzić starość w kraju imigracji, co oznacza konieczność zapewnienia im opieki zdrowotnej (Bolzman, Bridji, 2019). Tymczasem badania dowodzą, że starsi przedstawiciele mniejszości etnicznych mogą mieć trudności w uzyskaniu odpowiedniej opieki w przypadku demencji (Seger et al., 2013; Cooper et al., 2010). Mogą oni doświadczać opóźnień w diagnozie, rzadziej otrzymywać leczenie farmakologiczne i rzadziej korzystać z domów opieki. W krajach nordyckich wiedza na temat zaburzeń kognitywnych w rodzinach tych osób jest z wielu przyczyn bardzo ograniczona, co nie pozwala na świadczenie opieki dostosowanej do ich potrzeb.

W artykułach ""It is always me against the Norwegian system." barriers and facilitators in accessing and using dementia care by minority ethnic groups in Norway: a qualitative study" (A3),"Challenges related to providing care for parents with dementia across borders: a qualitative study on transnational carers in Oslo" (A4) oraz "Good Care Means that you Make People Happy" A Qualitative Study on Perceptions Regarding Good Dementia Care among People with Different Ethnic Backgrounds in Norway" (A5) analizuję bariery i czynniki ułatwiające osobom o różnym pochodzeniu etnicznym dostęp do usług opiekuńczych i opieki zdrowotnej w Norwegii w przypadku demencji. Szczegółowa problematyka badawcza obejmowała postrzeganie zaburzeń poznawczych i demencji, w tym rozumienie starzenia się, choroby i opieki; interpretacja objawów; oraz bariery i ułatwienia, które można modyfikować lub wzmacniać, aby umożliwić rodzinom radzenie sobie z opieką w rodzinach i/lub poprzez korzystanie z istniejących instytucjonalnych świadczeń opiekuńczych.

W artykułach wykazuję, że w przypadku mniejszości etnicznych, istnieje złożona interakcja czynników wpływających na dostęp i korzystanie z usług opiekuńczych dla osób z demencją i ich rodzin. Różnic międzykulturowych nie można tutaj wyjaśnić jedynie pochodzeniem etnicznym. Zidentyfikowałam kilka barier i ułatwień w dostępie do usług opiekuńczych nad osobami z demencją i w korzystaniu z nich (A3). Do najważniejszych barier należały brak wiedzy na temat demencji, brak informacji dotyczących istniejących usług opiekuńczych nad osobami z demencją, brak kompetencji językowych, różnice kulturowe, sposób organizacji usług opiekuńczych nad osobami z demencją w Norwegii i status społeczno-ekonomicznym imigrantów. Obecność personelu medycznego w rodzinie i przystosowanie instytucjonalnych form opieki do potrzeb osób o różnym pochodzeniu kulturowym i językowym były czynnikami ułatwiającymi dostęp do opieki (A3). Bardzo ważne okazały się atrybuty „dobrej opieki" w świadomości osób badanych (A5). Moje analizy pokazują, że niektórzy uczestnicy badań pochodzący z mniejszości etnicznych, zarówno opiekunowie rodzinni, jak i zawodowi, byli sceptyczni wobec różnych form opieki instytucjonalnej ze względu na kulturowo zdefiniowane obowiązki opieki rodzinnej[7], różne modele opieki funkcjonujące w ich krajach pochodzenia[8] i negatywne doświadczenia z norweską służbą zdrowia, postrzeganą jako słabo dostosowaną do potrzeb osób z innym pochodzeniem etnicznym (A3, A5). Na podstawie przeprowadzonych badań mogę stwierdzić, że normy społeczne i moralne migrantów związane z opieką rodzinną zmieniają się z czasem. Drugie pokolenie migrantów podlega akulturacji w kraju imigracji i naturalnie akceptuje wiele elementów jego kultury, w tym norm związanych z opieką.

W czasie badań pojawił się wątek świadczenia transnarodowej opieki starszym członkom rodziny z demencją (A4). Zjawisko to nie było wcześniej podejmowane przez badaczy. Jednym z powodów wyboru takiej formy opieki okazała się nieprzychylna ocena norweskiego systemu opieki nad osobami starszymi, który jest nieprzygotowany na pacjentów z mniejszości etnicznych. Ponadto, sprowadzenie starszego członka rodziny do Norwegii wiązało się z wieloma wyzwaniami natury logistycznej i prawnej, oraz formalnościami, których należało dopełnić, i w wielu przypadkach, było niemożliwe. Moje badania wskazują, iż migranci świadczący różne formy transnarodowej opieki, doświadczali pogorszenia swojej sytuacji zdrowotnej, ekonomicznej i zawodowej. Choć zjawisko transnarodowości i praktyk transnarodowych towarzyszy procesom migracji od wielu dekad, brakuje odpowiednich uregulowań międzynarodowych, które ułatwiałyby opiekunom rodzinnym świadczenie opieki.

[7] Ethnomoralities od care (…)

[8] Saraceno, **"Care regimes"** to koncepcja socjologiczna, która odnosi się do różnych sposobów organizacji opieki społecznej w różnych krajach.

Dostęp migrantów do informacji i opieki zdrowotnej w sytuacji pandemii

Gdy w 2020 roku wybuchła pandemia COVID-19, dane z wielu krajów europejskich wskazywały na nadreprezentację migrantów wśród osób zarażonych koronawirusem oraz wśród osób hospitalizowanych z powodu COVID-19. Mając na uwadze zdrowie publiczne, należało zidentyfikować czynniki, które przyczyniały się do występowania częstszych zarażeń wśród imigrantów. W artykule "COVID-19: access to information, level of trust and adherence to health advice among migrants in Norway. A cross-sectional study" (A6) ja razem z zespołem przedstawiamy wyniki badań ilościowych na temat tego, w jaki sposób imigranci uzyskiwali informacje dotyczące pandemii i zalecanych przez władze zdrowia środków zapobiegawczych – czy mieli dostęp do wiarygodnych informacji; jaki był stopień ich zaufania do tych informacji, do instytucji ochrony zdrowia, rządu i norweskich mediów; oraz czy przestrzegali oni zaleceń w związku z pandemią. Zgodnie z wynikami badań, większość migrantów zadeklarowała otrzymanie wystarczających informacji na temat koronawirusa oraz zgłosiła wysoki poziom zaufania do rządu norweskiego i władz odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną (A6). Wyjątkiem byli polscy respondenci, którzy zadeklarowali mniejsze zaufanie niż inne grupy do skuteczności zaleceń dotyczących zdrowia oraz do norweskich władz odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną i do rządu. Wszystkie grupy etniczne charakteryzował wysoki poziom przestrzegania środków zapobiegawczych. W artykule „Who is telling the truth?' Migrants' experiences with COVID-19 related information in Norway: a qualitative study" (A7) przyjrzeliśmy się bliżej kwestiom związanym z dostępem migrantów do informacji dotyczących zdrowia w czasie pandemii COVID-19. Migranci deklarowali korzystanie z licznych i bardzo często sprzecznych źródeł informacji, co zostało określone mianem infodemii [9]. Prowadziło to często do dezorientacji spowodowanej sprzecznymi danymi. Najważniejszymi barierami w dostępie do informacji okazały się brak kompetencji językowych i niewłaściwe strategie rozpowszechniania informacji. Migranci chcieliby otrzymywać informacje dotyczące pandemii w języku ojczystym. Wyniki badań wskazują na konieczność dokładnej analizy czynników wpływających na zdolność migrantów do efektywnego korzystania z informacji zdrowotnych w sytuacjach kryzysowych, gdy hasło przewodnie Agendy 2030 „leave no one behind" jest szczególnie aktualne.

W czasie pandemii szczególne znaczenie miała wspomniana już wcześniej kategoria zaufania społecznego. W artykule „The evolvement of trust in response to the COVID-19 pandemic

[9] "We're not just fighting a pandemic; we're fighting an infodemic," Tedros Adhanom Ghebreyesus, WHO's director-general, 2020.

among migrants in Norway" ja wraz zespołem przyjrzeliśmy się zaufaniu migrantów na czterech poziomach: (i) w sferze osobistej, (ii) w społeczeństwie norweskim, (iii) w zarządzaniu pandemią przez władze norweskie oraz (iv) w sferze transnarodowej (A8). Zaufanie migrantów do władz w czasie pandemii COVID-19 w Norwegii okazało się procesem dynamicznym i złożonym, kształtowanym przez wiele czynników, w tym przez relacje społeczne w kraju przyjęcia. Poczucie integracji i zaufanie do działań rządu w walce z pandemią były silnie powiązane z jakością relacji międzyludzkich, w jakie wchodzili migranci po przybyciu do kraju. To właśnie relacje budowane w Norwegii miały największy wpływ na postrzeganie i ocenę działań rządu. Wyniki naszych badań sugerują, że w celu zwiększenia zaufania migrantów do władz i poprawienia przestrzegania obostrzeń sanitarnych, należy skupić się na tworzeniu warunków sprzyjających budowaniu pozytywnych relacji społecznych i poczuciu przynależności wśród tej grupy. Pandemia dodatkowo uwypukliła istniejące nierówności i zwiększyła wrażliwość migrantów na różnego rodzaju zagrożenia. W tym kontekście budowanie zaufania wymaga zrozumienia, jak migranci postrzegają motywacje i działania innych oraz, jak negocjują swoje oczekiwania wobec społeczeństwa i władz.

W A 11 ja z zespołem przedstawiamy wyniki badań, których celem była identyfikacja barier i ułatwień w dostępie do szczepień przeciw COVID-19 wśród uchodźców oraz migrantów o uregulowanym i nieuregulowanym statusie w pięciu krajach o niskim i średnim niskim dochodzie; oszacowanie, jaki odsetek osób z tych grup został zaszczepiony; oraz określenie, do ilu uchodźców i migrantów dotarły kampanie informacyjne o szczepieniach i jak duże są różnice w poziomie zaszczepienia w porównaniu z resztą społeczeństwa. Zgodnie z wynikami badań, aż 87% respondentów otrzymało przynajmniej jedną dawkę szczepionki przeciw COVID-19, jednak proces szczepienia migrantów i uchodźców charakteryzował się znaczącymi barierami. Badania wskazują na istniejące nierówności w dostępie do szczepień. Globalny wskaźnik CVEI (0.824) sugeruje różnice w pełnym zaszczepieniu między migrantami a ludnością rodzimą w większości badanych krajów, przy czym uchodźcy mieli lepszy dostęp niż dwie pozostałe kategorie migrantów (MIRS i MIIS). Badania jakościowe wykazały opóźnienia i nierówności na wczesnym etapie procesu szczepień we wszystkich krajach.

Kampanie rządowe spotkały się z mieszaną oceną respondentów. Ogólnie 64,2% badanych uważało, że kampanie rządowe były skuteczne. Do głównych barier w dostępie do szczepień należały: brak zaufania do władz, długi czas oczekiwania i odległość do centrów szczepień, dyskryminacja i ksenofobia, brak dokumentów tożsamości oraz obawy przed działaniami niepożądanymi. Głównymi czynnikami ułatwiającymi były: dobre rozmieszczenie centrów

szczepień, źródła i dostępność informacji, specjalne kampanie dla uchodźców i migrantów, bezpłatne szczepienia oraz motywacja do ochrony zdrowia innych.
Wraz z całym zespołem projektowym uważam, iż w celu zapewnienia inkluzywnych wdrożeń szczepień w przyszłości, kluczowe jest uproszczenie procedur rejestracji na szczepienia, prowadzenie ukierunkowanych kampanii informacyjnych, powołanie mobilnych zespołów szczepień dla trudno dostępnych i wrażliwych grup oraz budowanie zaufania do władz kraju przyjmującego.

Dostęp migrantów do badań przesiewowych w kierunku nowotworów jelita grubego

Programy badań przesiewowych w kierunku nowotworów mają na celu zapewnienie równego dostępu do badań dla wszystkich członków społeczeństwa. Stąd podmioty świadczące usługi medyczne starają się o wysoki poziom uczestnictwa we wszystkich grupach społecznych. Jednakże głównym celem jest umożliwienie każdej osobie, w tym imigrantom, podejmowania świadomych decyzji (*informed consent*) dotyczących badań. Bardzo niewiele wiemy na temat czynników ważnych dla udziału imigrantów w przesiewowym badaniu raka jelita grubego w Europie. W artykułach „Polish immigrants' access to colorectal cancer screening in Norway" (A9) oraz „Access to colorectal cancer screening for Pakistani immigrants in Norway – a qualitative study" (A10) ja wraz z zespołem analizujemy czynniki, które mogły mieć znaczenie w przypadku dostępu polskich i pakistańskich imigrantów do udziału w programie badań przesiewowych CRC (colorectal cancer) w Norwegii. Badania przeprowadziliśmy sześć do jedenastu miesięcy przed rozpoczęciem programu badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego, co miało umożliwić jego ewentualną adaptację do potrzeb imigrantów.
Odwołując się do teorii transnarodowej (Vertovec, 2012), intersekcjonalnej (Collins, Bilge, 2019) i do modelu dostępu do opieki zdrowotnej Levesque'a (Levesque et al., 2013) zidentyfikowaliśmy trzy główne kategorie czynników wpływających na uczestnictwo polskich imigrantów w badaniach przesiewowych w kierunku raka jelita grubego (CRC): zrozumienie choroby i dostęp do opieki zdrowotnej; kompetencje językowe i dostępność informacji oraz zaufanie do systemu opieki zdrowotnej (A9). Na te czynniki nakładały się również czynniki kontekstowe, takie jak częstotliwość podróży między Polską a Norwegią oraz intensywność komunikacji między polskimi społecznościami w obu krajach. Nasze badania pokazały, że brak informacji w języku polskim, strach przed „rakiem" oraz ograniczona dostępność polskich lekarzy mogą stanowić bariery w dostępie do badań przesiewowych, co potwierdza wyniki prowadzonych przeze mnie wcześniej badań wśród polskich kobiet w Oslo (Knobloch, Czapka,

2014). W większości badani zgadzali się z koniecznością uczestniczenia w badaniach przesiewowych w kierunku raka jelita grubego, ale nie wszyscy wiedzieli, iż badanie kału na obecność krwi jest badaniem przesiewowym. Wielu z nich wykonało profilaktyczną lub diagnostyczną kolonoskopię w Polsce ze względu na większe zaufanie do polskich lekarzy, niedostateczną znajomość języka norweskiego i brak informacji na temat możliwości wykonania tego badania w Norwegii (A9). Transnarodowe praktyki zdrowotne migrantów niosą jednak ze sobą pewne zagrożenia. Do najważniejszych należą: brak ciągłości opieki spowodowany opóźnieniami w diagnozowaniu chorób oraz brakiem komunikacji między lekarzami z różnych krajów, różnice w standardach opieki medycznej oraz kwestie prawne (np. uznawalność dokumentacji medycznej).

W A 10 ja z zespołem projektowym analizujemy czynniki, które wpływają na uczestnictwo pakistańskich imigrantów w badaniach przesiewowych w kierunku raka jelita grubego. Przyjęliśmy za podstawę teoretyczną koncepcję kompetencji zdrowotnych i wyodrębniliśmy cztery kluczowe obszary mające znaczenie dla udziału imigrantów pakistańskich w programie przesiewowego badania raka jelita grubego. Są to: wiedza zdrowotna, system opieki zdrowotnej, samo badanie przesiewowe oraz kontekst społeczny (A10). Okazało się, że istnieje wiele różnic między polskimi a pakistańskimi imigrantami w Norwegii, w tym praktyka podróżowania do kraju pochodzenia na kolonoskopię. Niemniej jednak w obu grupach zaobserwowano kluczowe znaczenie lekarza pierwszego kontaktu jako źródła informacji zarówno o raku jelita grubego, jak i o programie przesiewowym, oraz częste korzystanie z nieoficjalnych źródeł informacji. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że migranci pochodzenia pakistańskiego w Norwegii nie przywiązują dużej wagi do zachowań profilaktycznych. Obserwowano wyraźne deficyty w zakresie wiedzy dotyczącej badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego, obejmujące zarówno zrozumienie celu tych badań, jak i ich znaczenia dla zdrowia. Ponadto, badanie ujawniło, że decyzje dotyczące uczestnictwa w badaniach przesiewowych często podejmowane są przez dorosłe dzieci w imieniu rodziców, co sugeruje brak autonomii decyzyjnej wśród starszego pokolenia. Zależność od opinii innych osób w kwestiach zdrowotnych może prowadzić do podejmowania nieświadomych decyzji, zarówno o uczestnictwie, jak i rezygnacji z badań. Aby umożliwić pacjentom podejmowanie świadomych wyborów, niezbędne jest zapewnienie im rzetelnej informacji na temat raka jelita grubego oraz badań przesiewowych. To z kolei nakłada na instytucje ochrony zdrowia obowiązek prowadzenia skutecznych działań edukacyjnych skierowanych do tej grupy populacyjnej.

Podsumowanie – znaczenie zaprezentowanego osiągnięcia

Dostęp migrantów do opieki zdrowotnej jest złożonym problemem społecznym, który wymaga interdyscyplinarnego podejścia, i którego nieuwzględnienie może mieć negatywne konsekwencje dla całego społeczeństwa, np. w przypadku zagrożenia epidemiologicznego, jakim jest pandemia.

- Przeprowadzone przeze mnie lub z moim udziałem badania wniosły znaczący wkład w rozwój wiedzy na temat czynników mających wpływ na dostęp migrantów do opieki zdrowotnej w różnych kontekstach społecznych i geograficznych.
- Wyniki badań przedstawionych w artykułach składających się na zaprezentowane przeze mnie osiągnięcie pozwalają wskazać na problemy instytucjonalne i kulturowe, a tym samym szukać optymalnych rozwiązań regulujących systemowo dostęp migrantów do opieki zdrowotnej. Wskazują na istnienie dwojakiego rodzaju barier, tych po stronie pacjenta (np. niskie kompetencje zdrowotne) i po stronie systemu opieki zdrowotnej (np. brak informacji dostępnej w języku imigrantów).
- Przeprowadzone analizy jakościowe i ilościowe pokazały, jak ważną, niezależnie od kontekstu, kategorią analityczną w przypadku kontaktu migrantów z systemem opieki zdrowotnej w kraju imigracji, jest zaufanie. W literaturze z zakresu zdrowia publicznego pojawia się wprawdzie problem braku zaufania migrantów do instytucji ochrony zdrowia, ale nie jest on szerzej analizowany. Badania, którymi kierowałam i w których uczestniczyłam, pozwoliły na dokonanie analizy socjologicznej wpływu poziomu zaufania społecznego na dostęp do opieki zdrowotnej i na przestrzeganie obostrzeń w czasie pandemii.
- Badania pokazały, że migranci doświadczają barier w dostępie do opieki zdrowotnej nawet w sytuacji braku formalnych przeszkód, i to w kraju z jednym z najlepszych systemów opieki zdrowotnej na świecie, który posiada krajową strategię dotyczącą zdrowia migrantów. Nawet najlepiej sformułowane prawo nie wystarczy, aby w praktyce zapewnić wszystkim równy dostęp do opieki zdrowotnej. Przede wszystkim, prawo powinno bezpośrednio wpływać na wewnętrzne zasady regulujące sposób funkcjonowania instytucji opieki zdrowotnej.
- Aby zapewnić odpowiednią opiekę nad pacjentami migrantami, konieczne jest opracowanie inkluzywnych polityk zarówno na poziomie krajowym, jak i lokalnym, promujących podejścia skoncentrowane na pacjencie, które nie przeceniają roli kultury i pochodzenia etnicznego.

- Prowadzone przez mnie badania cieszyły się i cieszą nadal dużym zainteresowaniem ze strony innych badaczy zajmujących się podobną problematyką, na co wskazuje wysoka liczba cytowań niektórych moich publikacji oraz liczne zaproszenia na webinary/konferencje/wykłady.
- Doświadczenia badawcze i wiedza z zakresu problematyki dostępu migrantów do opieki zdrowotnej sprawiły, że jestem zapraszana do rad doradczych (*advisory boards*) projektów dotyczących zdrowia migrantów, gremiów eksperckich, oraz proszona o recenzje artykułów naukowych wysyłanych do najistotniejszych czasopism z zakresu nauk społecznych i zdrowia publicznego, które zajmują się problematyką migracyjną.
- Wszystkie realizowane przez mnie projekty, których wynikiem jest cykl artykułów składający się na prezentowane przeze mnie osiągnięcie, realizowane były w instytucjach publicznych, odpowiadały na aktualne zapotrzebowanie na wiedzę z zakresu szeroko pojętego zdrowia migrantów, i miały zarówno cele naukowe, jak i aplikacyjne. Z tego powodu, część wyników badań została wykorzystana do opracowania rekomendacji i praktycznych rozwiązań dla pracowników sektora opieki zdrowotnej (patrz: działania popularyzujące naukę).

Wyniki badań mają istotny wpływ na decydentów politycznych, świadczeniodawców opieki zdrowotnej, pracowników socjalnych i innych interesariuszy dążących do poprawy dobrostanu i integracji migrantów w społeczeństwach przyjmujących.

- Należy także podkreślić znaczenie zastosowanej metodologii badań, która uwzględniała zróżnicowanie etniczne respondentów, ich różny status prawny i zdrowotny oraz aktualną sytuację epidemiologiczną, wymuszającą adaptację działań na poszczególnych etapach procesu badawczego do obostrzeń obowiązujących w czasie pandemii. W każdy z projektów zaangażowani byli przedstawiciele środowisk migranckich, którzy byli ekspertami i mediatorami kulturowymi.

Podsumowując, wypracowany został pewien model postępowania badawczego, który może być replikowany w innych krajach imigracyjnych, z inną struktura etniczną migrantów.

5. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej.

Już w czasie studiów magisterskich najbliższa była mi tematyka z zakresu socjologii zdrowia i choroby w perspektywie międzynarodowej, czego rezultatem była praca magisterska dotycząca uwarunkowań zaburzeń odżywiania w opiniach uczniów w Polsce i w Wielkiej Brytanii[10]. Swoje zainteresowania kontynuowałam po rozpoczęciu pracy na stanowisku asystenta w Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim. Uczestnicząc w kilku dużych projektach kierowanych przez prof. Zofię Kawczyńską-Butrym, badałam problemy i strategie radzenia sobie rodzin w sytuacji opieki nad osobami z niepełnosprawnościami, chorymi i starszymi. Jednocześnie, własne doświadczenia migracyjne oraz pojawienie się w wielu krajach europejskich uchodźców wojennych z krajów byłej Jugosławii skierowały moją uwagę na kwestie związane z funkcjonowaniem społecznym migrantów w krajach przyjmujących.

Praca w Norwegian Cener for Minority Health Research w Oslo

W 2005 r., na konferencji European Sociological Association w Toruniu przedstawiłam wyniki badań na temat stereotypu uchodźcy w wybranych krajach europejskich. Badania te stanowiły podstawę do przygotowania dysertacji doktorskiej. Uchodźcom przypisywano między innymi takie cechy jak „biedni" i "chorzy", co sprawiło, że jeszcze w czasie konferencji zostałam zaproszona do reprezentowania Polski w Akcji COST ISO 603 "Home" (Health and Social Care of Migrants and Ethnic Minorities in Europe). Kierownikiem akcji był profesor David Ingleby. W czasie pierwszego spotkania Komitetu Zarządzającego w Brukseli otrzymałam propozycję zrealizowania projektu podoktoranckiego w NAKMI (Norwegian Center for Minority Health Research), w szpitalu uniwersyteckim Ullevål w Oslo. Norweski Dyrektorat Zdrowia sfinansował mój projekt dotyczący zdrowia polskich migrantów i ich dostępu do opieki zdrowotnej w Norwegii. Wyniki badań zostały przedstawione w raporcie „The health of Polish labour immigrants in Norway" (2010). Analiza wyników pokazała mi, iż powinnam pogłębić i uszczegółowić tematykę badań. Miałam też świadomość dużego dynamizmu zmian struktury społeczno-demograficznej polskich migrantów w Norwegii i konieczności uwzględnienia tego w badaniach. Musiałam jednak poczekać z ich realizacją do 2013 roku.

W 2008 i 2009 roku brałam udział w wielu seminariach i konferencjach, także w charakterze eksperta. Umożliwiło mi to podanie wyników moich badań dyskusji w międzynarodowym

[10] W tej części autoreferatu przedstawiam jedynie najważniejsze aktywności składające się na moją działalność naukową w latach 2004-2024.

gronie. Jednocześnie zostałam wiceliderką polskiej organizacji w Oslo (Den polske klubben i Norge) i zaangażowałam się w życie Polonii, aby zrozumieć, z jakimi problemami borykają się polscy migranci. Prowadziłam także kursy informacyjne dla Polaków, którzy z racji nieznajomości języka mieli utrudniony dostęp do takich instytucji jak: urząd podatkowy, policja i NAV (instytucja zbliżona do ZUS-u). Praca w Norwegii uświadomiła mi, jak ogromne znaczenie ma współpraca między instytucjami badawczymi, organizacjami pozarządowymi i władzami krajowymi oraz regionalnymi. Badania, które zrealizowałam zainspirowały władze i wspomniane instytucje do dyskusji nad dostępem migrantów zarobkowych do usług zdrowotnych.

Zatrudnienie w UMCS w Lublinie

W 2009 roku wróciłam na kilka lat do Polski i podjęłam pracę w Instytucie Socjologii w UMCS w Lublinie. Miałam regularny kontakt z członkami i członkiniami wspomnianej już Akcji COST „HOME", z których większość, łącznie ze mną, dołączyła w 2012 roku do Akcji „ADAPT" (Adapting European Health Systems to Diversity).

W 2012 roku zostałam członkinią International Sociological Association oraz International Political Science Association, co pozwoliło mi poznać badaczy migracji z całego świata. W Instytucie Socjologii UMCS brałam udział w przygotowaniu wniosku badawczego „Polish female migrants and their families – a study of care deficit" (POLFAMIGRA), który został złożony w ramach Polish - Norwegian Research Programme (Norway Grants) i otrzymał finansowanie. Kierownikiem projektu była prof. Zofia Kawczyńska-Butrym. Partnerem po stronie norweskiej był Uniwersytet w Bergen, reprezentowany w projekcie przez prof. Ann Lise Widding Isaksen, z którą współpracowałam zarówno przed jak i po ukończeniu projektu (patrz: lista publikacji).

NAKMI i UMCS

W 2013 roku wróciłam do Oslo, aby zrealizować kolejny projekt dotyczący zdrowia polskich migrantów w Norwegii (Overcoming Barriers to Equitable Health Care – Meeting the needs of Polish Labor Migrants to improve access to Health Care Services). Jednocześnie w latach 2013–2015 prowadziłam w Norwegii badania w ramach projektu POLFAMIGRA wśród Polek zaangażowanych w transnarodową opiekę nad starszymi członkami rodziny w Polsce. Kontynuując pracę w Norwegii, podjęłam ponownie zatrudnienie w Instytucie Socjologii UMCS. Dzielenie życia i aktywności zawodowej pomiędzy kraj wysyłający i przyjmujący migrantów pozwoliło mi na holistyczne zrozumienie zjawiska migracji, zarówno w wymiarze indywidualnych doświadczeń migrantów, jak i systemowych zależności między krajami.

W 2014 roku badacze z IOM realizujący program „Equi-Health" oraz akcja COST „ADAPT" rozpoczęli współpracę z zespołem pracującym przy projekcie MIPEX (Migrant Integration Policy Index) w celu wypracowania wskaźników polityki zdrowotnej wobec migrantów w Europie. Była to niezwykle inspirująca praca i ogromne wyzwanie metodologiczne. Zespół ekspertów z kilkudziesięciu krajów miał za zadanie opracować wskaźniki, które byłyby adekwatne do opisu polityki zdrowotnej w zróżnicowanych krajach europejskich i pozaeuropejskich. W dwóch edycjach MIPEX-u byłam odpowiedzialna za zbieranie danych dotyczących polityki zdrowotnej wobec migrantów w Polsce.

https://www.mipex.eu/health

W 2015 roku nasza akcja COST „ADAPT" podjęła współpracę z International Organization of Migration w ramach projektu „Fostering Health Provision for Migrants, the Roma and other Vulnerable Groups" (EquiHealth) realizowanego przez IOM i finansowanego przez European Commission's Directorate for Health and Food Safety (DG SANTE) i IOM. Zostałam głównym ekspertem krajowym IOM i wraz z dwiema innymi ekspertkami przygotowałam raport dotyczący dostępu poszczególnych kategorii migrantów do opieki zdrowotnej w Polsce. Raport można znaleźć pod poniższym linkiem:

https://migrationhealthresearch.iom.int/sites/g/files/tmzbdl256/files/publications/POLAND_MIPEX_Health.pdf

Projekt podoktorancki w Oslo Metropolitan University

W 2017 roku otrzymałam środki z fundacji Extrastiftelsen na realizację projektu podoktoranckiego „Aging, dementia and the need for care: a qualitative study of experiences and responses to cognitive impairment among families of different cultural backgrounds living in Norway". Projekt realizowałam w Oslo Metropolitan University[11]. W trakcie trwania projektu dołączyłam do European Network on Intercultural Elderly Care oraz Nordic Dementia Network. Pozwoliło mi to uzyskać wsparcie merytoryczne od bardziej doświadczonych badaczy z innych krajów europejskich. Po zakończeniu projektu kontynuowałam pracę w OsloMet, najpierw na stanowisku wykładowcy, a od 2021 do 2024 roku na stanowisku profesora nadzwyczajnego (associate profesor)[12]. Uczestniczyłam w tym czasie w projekcie Inncovid (w ramach dodatkowego zatrudnienia na Uniwersytecie w Bergen) i Immigrant Screen (patrz: załączona lista projektów). Oba projekty realizowane były w czasie pandemii,

[11] Przez kilka miesięcy pracowałam w Oslo and Akershus University College, który w styczniu 2018 roku został przekształcony w Oslo Metropolitan University.

[12] Gdy podjęłam pracę w Uniwersytecie Gdańskim, pracowałam w OsloMet na 20% etatu.

co było wyzwaniem od strony metodologicznej i wymagało od zespołów projektowych zaadaptowania metod i technik badawczych do nowych warunków.

Zatrudnienie w Uniwersytecie Gdańskim

W 2020 roku zostałam zatrudniona na stanowisku adiunkta w Instytucie Socjologii UG. Czas pandemii sprawił, że choć większość dotychczasowych aktywności miała charakter wirtualny, nie oznaczało to stagnacji w mojej działalności naukowej. W 2021 zintensyfikowałam swoją działalność w ramach ESA. Zostałam wybrana na wicekoordynatorkę **ESA RN33 Women's and Gender Studies.** Byłam odpowiedzialna za przygotowanie newslettera 3–4 razy w roku. W ramach RN33 byłam dwukrotnie członkinią komitetu naukowego konferencji organizowanych przez RN. Obecnie jesteśmy w trakcie prac nad książką "Feminism, Gender Studies and Generations in Europe and Beyond", która zostanie wydana przez Bristol University Press.

W latach 2021–2024 byłam przewodniczącą zarządu **European Network on Intercultural Elderly Care**. W trakcie swojej kadencji zorganizowałam jedno z corocznych spotkań networku na Uniwersytecie Gdańskim.

W 2021 roku zostałam zaproszona do zespołu nowo utworzonej jednostki na **UG – Centrum Zrównoważonego Rozwoju (CZRUG),** ponieważ zagadnienia związane z migracją obecne są w Agendzie 2030. CZRUG, a zwłaszcza nowo utworzony program badawczy Obserwatorium Migracji, daje mi możliwość dalszego rozwoju mojej problematyki badawczej. Jestem także członkinią **International Border Studies Center**, które powstało na UG w 2021 roku. W trakcie mojej pracy na UG uczestniczyłam w kilku projektach badawczych (patrz: lista projektów), w tym byłam kierowniczką jednego z nich (projekt interwencyjny sfinansowany przez NAWA).

https://czrug.ug.edu.pl/projekty/zwiekszenie-dostepu-migrantow-do-informacji-o-szczepionkach-w-trojmiescie/

Istotnym elementem mojej działalności naukowej na UG jest zaangażowanie w aktywności związane z funkcjonowaniem sojuszu uniwersytetów **SEA-EU**, którego Uniwersytet Gdański jest członkiem. W ramach SEA-EU zostałam powołana do zespołów realizujących dwa zadania: **SEA-EU Goes greener oraz Obserwatory of Human Rights and Migration**. Obecnie jestem zaangażowana już tylko w prace drugiego zespołu. Uczestnictwo w spotkaniach i konferencjach w ramach SEA-EU Obserwatory of Human Rights and Migration daje mi dostęp do nowych perspektyw związanych z badaniami nad migracjami i umożliwia wymianę wiedzy i doświadczeń z innymi badaczami.

W 2022 roku zostałam zaproszona do uczestnictwa w projekcie realizowanym przez the Geneva Centre of Humanitarian Studies (UNIGE) „**Carry out the development of methodological approach to measure barriers and facilitators to COVID-19 vaccination in six countries”**. Projekt został powierzony UNIGE do realizacji przez WHO. Był to najbardziej wymagający z dotychczas realizowanych przeze mnie projektów, nie tylko z powodu wyzwań związanych z bardzo skomplikowaną metodologią badań, ale także z powodu różnic kulturowych, które często utrudniały nam prace z zespołami powołanymi na potrzeby projektu w krajach objętych badaniami (Nepal, Filipiny, Rwanda, Ekwador, Pakistan i Tadżykistan). Byłam odpowiedzialna za wsparcie merytoryczne zespołów w Nepalu i na Filipinach.

W 2022 roku zostałam zaproszona przez **Lancet Migration European Regional Hub** do Genewy na strategiczne spotkanie 16 ekspertów reprezentujących różne regiony Europy. Celem spotkania było ustalenie kluczowych priorytetów współpracy badawczej w regionie europejskim. Omówiliśmy także wyzwania, jakie stoją przed badaczami zajmującymi się problematyką zdrowia migrantów. W moim przypadku, głównym priorytetem było objęcie badaniami uchodźców wojennych z Ukrainy i zidentyfikowanie ich najpilniejszych potrzeb zdrowotnych, barier w dostępie do opieki zdrowotnej w Polsce; oraz opracowanie programów wsparcia zarówno dla uchodźców jak i dla pracowników opieki zdrowotnej (patrz: lista projektów). W mojej obecnej działalności badawczej wykorzystuję wiedzę i kompetencje zdobyte podczas pracy w ośrodkach naukowo-badawczych w Norwegii.

6. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę.

Osiągnięcia dydaktyczne

W działalność dydaktyczną jestem zaangażowana od 1998 r., gdy rozpoczęłam pracę w charakterze asystenta w Wyższej Szkole Pedagogicznej w Olsztynie. Po uzyskaniu stopnia doktora w 2004 r. prowadziłam zajęcia zarówno na kierunku socjologia (studia I i II stopnia) jak i na innych kierunkach, których programy nauczania obejmowały socjologię i jej subdyscypliny. W Polsce pracowałam zarówno w uczelniach państwowych (Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Uniwersytet Gdański), jak i w uczelniach prywatnych (Olsztyńska Szkoła Wyższa i Towarzystwo Wiedzy Powszechnej w Olsztynie). W Oslo Metropolitan University w Norwegii pracowałam na Wydziale Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia. Ze względu na moją wiedzę i umiejętności praktyczne z zakresu metodologii badań pracowałam głównie z magistrantami, którzy prowadzili badania na potrzeby prac magisterskich.

W pracy ze studentami norweskimi posługiwałam się językiem norweskim i angielskim. Obecnie prowadzę zajęcia w języku polskim i angielskim. W okresie od 2004 do 2024 r. prowadziłam następujące wykłady/ćwiczenia/seminaria/konwersatoria (z podziałem na uczelnie):

- **Oslo Metropolitan University**

Seminarium magisterskie dla studentów wykorzystujących w swoich badaniach metody ilościowe

- **Uniwersytet Gdański**

Badania rynku i opinii społecznej (wykład, 30h, II stopień socjologii)
Globalizacja (wykład, 10h, I stopień socjologii)
Komunikacja międzykulturowa (wykład, 30h, I stopień socjologii i pracy socjalnej)
Migration and health (wykład, 30h, I stopień socjologii, wykład monograficzny dla doktorantów)
Naginanie, przekraczanie i życie wbrew normom. Pogranicza systemów normatywnych we współczesnym świecie społecznym (wykład, 30h, I stopień pracy socjalnej)
Problematyka dewiacji w naukach społecznych (wykład ogólnowydziałowy, 30h, II stopień)
Problemy społeczne (konwersatorium, 10h, I stopień socjologii)
Seminarium licencjackie
Socjologia zdrowia i choroby (wykład, 30h, I stopień socjologii)
Warsztaty z debaty publicznej (warsztaty, 15h, II stopień socjologii)
Współczesne społeczeństwo polskie (konwersatorium, 30h, I stopień socjologii)

- **Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej**

Migracje. Problemy zdrowotne i socjalne migrantów (wykład, 30h, I stopień socjologii)
Procesy migracyjne w Europie (konwersatorium, 30h, I stopień europeistyki)
Procesy migracyjne we współczesnym świecie (wykład, 15h, II stopień socjologii)
Psychosocjologiczne uwarunkowania rozwoju turystyki i rekreacji (wykład, 15h, I stopień turystyki i rekreacji)
Seminarium dyplomowe
Sociology of minorities (lecture, 30h, Erasmus students)
Socjologia dewiacji (wykład, 30h, I stopień socjologii)
Socjologia mobilności i migracji (wykład, 30h, I stopień socjologii)
Socjologia ogólna (wykład, 30h, I stopień socjologii, germanistyki, rusycystyki, filologii polskiej)

Wprowadzenie do socjologii (konwersatorium, 30h, I stopień pedagogiki)

- **Olsztyńska Szkoła Wyższa**

Edukacja zdrowotna (wykład, 10h, studia podyplomowe)
Globalne problemy współczesnego świata (wykład, 10h, I stopień politologii)
Podstawy masowego komunikowania się (wykład, 15h, I stopień politologii)
Podstawy socjotechniki (ćwiczenia, 10h, I stopień politologii)
Problemy współczesnej socjologii (wykład, 15h, II stopień pedagogiki)
Socjologia niepełnosprawności i rehabilitacji (wykład, 15h, II stopień fizjoterapii)

Wstęp do socjologii (wykład, ćwiczenia, 15h, I stopień pedagogiki, zdrowia publicznego, fizjoterapii, wychowania fizycznego)

- **Uniwersytet Warmińsko-Mazurski**

Seminarium dyplomowe
Socjologia mniejszości (wykład, 30h, I stopień socjologii)
Socjologia ogólna (wykład, 15h, I stopień pedagogiki)
Socjologia prawa (wykład, 30h, I stopień socjologii)
Statystyka (ćwiczenia, 30h, I stopień socjologii)

W 2016–2017 byłam opiekunką naukową stypendystki Fulbrighta w Norwegian Center for Minority Health Research w Oslo. Zwieńczeniem współpracy był wspólny artykuł prezentujący wyniki badań przeprowadzonych przez stypendystkę. W 2020 roku wygłosiłam wykład „Information for migrants during health crisis – what we have learnt of this pandemic" w czasie Bergen International Summer School na Uniwerystecie w Bergen. W 2023 roku miałam okazję uczyć w ramach "Interdisciplinary PhD course" w Pandemic Centre. Prowadziłam wykłady w ramach programu Erasmus+ STA w Kadyksie, Krakowie i Splicie.
Od 2022 roku jestem członkinią Centrum Zrównoważonego Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego, w którym prowadziłam zajęcia dla stażystów z analizy tematycznej danych. W latach 2022–2024 byłam tutorką studentki socjologii i chciałabym kontynuować w przyszłości taką formę pracy ze studentami. Obecnie jestem członkinią komisji doktorskiej na Uniwersytecie Islandzkim, która ma czuwać nad rozwojem naukowym doktorantki mgr Gabrieli Gałeckiej. Komisja bezpośrednio odpowiada za ocenę postępów doktorantki na drodze do uzyskania stopnia doktora. W czasie pracy w Oslo Metropolitan University dwa razy brałam udział w śródokresowej ocenie doktorantów.

Osiągnięcia organizacyjne

W czasie zatrudnienia w Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim byłam jedną z opiekunek merytorycznych studenckiego koła naukowego. Zarówno w czasie pracy w Uniwersytecie im. Marii Curie-Skłodowskiej, jak i w Uniwersytecie Gdańskim byłam przedstawicielką pracowników niesamodzielnych w Radzie Wydziału. W 2011 roku zostałam członkinią Zespołu ds. Raportu Samooceny w Instytucie Socjologii UMCS. W 2016 zostałam powołana do Międzywydziałowego Zespołu Programowego ds. kierunku Tourism Management I stopnia w UMCS. W 2023 roku bylam wydziałową koordynatorką BIP-u „Action Research Summer Camp", którego UG jest partnerem. W czerwcu 2024 roku wyjechałam ze studentami do Innsbrucka, gdzie odbyła się stacjonarna część BIP-u. Od początku mojego zatrudnienia na UG jestem mocno zaangażowana w budowę European University of the Seas SEA-EU, za co otrzymałam wyróżnienie specjalne i podziękowanie Rektora UG.

Działalność popularyzująca naukę

Ze względu na wielość podejmowanych przeze mnie działań mających na celu popularyzację nauki, przedstawię te, które są moim zdaniem najważniejsze. Prowadzone przeze mnie badania migracyjne zazwyczaj spotykały się z dużym zainteresowaniem zarówno mediów, jak i samych migrantów. Media odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu opinii publicznej na temat migrantów i uchodźców, a ich relacje mogą wpływać na postrzeganie tych grup przez społeczeństwo. Z tego powodu chętnie udzielam wywiadów dziennikarzom zainteresowanym wynikami moich badań. W Norwegii prowadziłam badania wśród polskich migrantów poakcesyjnych, często będących ofiarami dumpingu socjalnego i mających utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej. Budziło to duże zainteresowanie mediów. Dziennikarze norweskiej gazety codziennej Klassekampen przeprowadzili ze mną dwie rozmowy:

- Wywiad zatytułowany *Står ikke sammen,* przeprowadzony przez Marianne Røse Kielland – 4 sierpnia 2008.
- Wywiad zatytułowany *Flere arbeidere*, przeprowadzony przez Elen Fossheim Betanzo – 18 lipca 2008.

Polski dziennikarz Bartosz Karpowski z portalu moja norwegia.pl przeprowadził ze mną kilka rozmów na temat polskich migrantów w Norwegii w ramach cyklu „Moja Norwegia o Polakach mieszkających i pracujących w Norwegii".

- Jak zmieniała się polska emigracja na przestrzeni 13 lat, 28 lutego 2020, https://www.youtube.com/watch?v=YELf_aIr0pM&t=61s (dostęp: 14.11.2024).

- Polska migracja na przestrzeni 13 lat, 27 marca 2020, https://www.youtube.com/watch?v=pTSfLAmrqo0&t=7s (dostęp: 14.11.2024).
- Co jest największą ignorancją w Norwegii?, 10 lutego 2021, https://www.youtube.com/watch?v=eZL-MMpSwP8&t=12s (dostęp: 14.11.2024).
- Czemu Polacy narzekają na Polaków w Norwegii?, 4 kwietnia 2020, https://www.youtube.com/watch?v=ZRvRJfRGPCk&t=90s (dostęp: 14.11.2024).
- Różnice w mentalności Polaków i Norwegów, 20 kwietnia 2020, https://www.youtube.com/watch?v=zVWYs5I0xCg (dostęp: 14.11.2024)
- Jak radzili sobie Polacy podczas pandemii w Norwegii, 26 maja 2021, https://www.youtube.com/watch?v=VPkUm-AXcUU&t=141s (dostęp: 14.11.2024)

W 2017 roku otrzymałam wyróżnienie w kategorii „nauka" w konkursie Wybitny Polak w Norwegii, co potwierdza, że moje badania były znane polskiej społeczności.

https://wybitnypolak.pl/pl/aktualnosci/-wybitny-polak-w-norwegii-poznajcie-laureatow (dostęp: 14.11.2024)

W 2008–2009 roku służyłam swoją wiedzą ekspercką z zakresu dostępu migrantów do opieki zdrowotnej przy tworzeniu przez IMDi (The Directorate of Integration and Diversity) broszury dla obcokrajowców „Ny i Norge" (Nowicjusz w Norwegii). Ze względu na prowadzone badania i dobrą znajomość społeczności polskich imigrantów w Norwegii byłam członkinią Rady Imigrantów w organizacji Norsk Friluftsliv. Jednym z celów organizacji było zachęcenie migrantów do różnych form aktywności na świeżym powietrzu.

Za bardzo ważny element swojej pracy naukowej uznaję dialog i współpracę z osobami tworzącymi polityki społeczne oraz z praktykami. W listopadzie 2012 roku uczestniczyłam w Makati City na Filipinach w Research Exchange Workshop and Public Briefing na temat wprowadzenia tematyki zdrowia migrantów do polityki społecznej. Na wydarzenie zaproszona zostałam w charakterze eksperta ds. zdrowia migrantów zarobkowych przez organizatora – ASEF (Asia-Europe Foundation) Public Health Network. W 2019–2020 roku wraz z innymi badaczami z krajów skandynawskich będących członkami Network for Dementia and Ethnic Minorities, napisałam podręcznik dla pracowników instytucji opieki zdrowotnej, dotyczący opieki nad osobami z mniejszości etnicznych chorujących na demencję. Podręcznik nie jest publikacją naukową, zawiera informacje i rekomendacje dla praktyków.

https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2020/04/Demensomsorg-for-innvandrere-En-håndbok.pdf (dostęp: 14.11.2024)

Jednym z rezultatów kierowanego przeze mnie w 2023–2024 r. projektu interwencyjnego „Zwiększenie dostępu migrantów do informacji o szczepionkach w Trójmieście" było przygotowanie rekomendacji dla pracowników instytucji opieki zdrowotnej. W projekt zaangażowani byli trójmiejscy lekarze i przedstawiciele mniejszości ukraińskiej.

https://czrug.ug.edu.pl/projekty/zwiekszenie-dostepu-migrantow-do-informacji-o-szczepionkach-w-trojmiescie/ (dostęp: 14.11.2024)

2 września 2022 r. uczestniczyłam w zorganizowanym przez Regionalny Ośrodek Debaty Międzynarodowej w Gdańsku spotkaniu online pt. „Migracje a zmiana klimatu – co do 2050 roku?". W czasie spotkania mogłam się podzielić swoją wiedzą na temat migracji klimatycznych.

W 2023 przygotowałam krótką lekcję dla uczniów na temat przyczyn migracji. „Lekcje UG" to gotowe materiały w formie lekcji, przygotowane przez pracowników Uniwersytetu Gdańskiego, które można wykorzystać w szkole oraz podczas nauczania zdalnego.

https://www.youtube.com/watch?v=Ez6U4qfUKG0 (dostęp: 14.11.2024)

Od 2022 roku jestem zaangażowana w prace Polskiego Towarzystwa Programów Zdrowotnych[13] oraz w działalność European Public Health Aliance, gdzie mogę wykorzystać swoją wiedzę i kompetencje w projektach mających na celu zmianę świadomości społecznej poprzez popularyzację wiedzy naukowej. W projekcie „Clean Cooking" dotyczącym szkodliwości gotowania na kuchenkach gazowych zdecydowałam się wystąpić w krótkim filmie w dwóch rolach – jako pacjentka i naukowczyni.

https://www.youtube.com/watch?v=qJCrvEhEyBM (dostęp: 14.11.2024)

25 stycznia 2025 zostałam zaproszona przez Radio Gdańsk do udziału w audycji „Czy migranci zmienią demografię Europy? Eksperci o polityce migracyjnej UE".

https://radiogdansk.pl/wiadomosci/2025/01/21/czy-migranci-zmienia-demografie-europy-eksperci-o-polityce-migracyjnej-ue/ (dostęp: 23.01.2025)

7. Inne informacje dotyczące kariery zawodowej

W 1999–2000 r. pracowałam w szkole podstawowej i w gimnazjum nr 7 w Olsztynie w charakterze nauczyciela języka angielskiego.

[13] Jestem przewodniczącą Sekcji Transformacji Cywilizacyjnej.

Chętnie podejmowałam się prowadzenia wywiadów jakościowych na zlecenie agencji badawczych lub w ramach projektów realizowanych przez innych badaczy. Przykładowo, w 2010 r. prowadziłam wywiady w województwie lubelskim dla prof. Niny Ostrowskiej w ramach badań społeczno-kulturowych uwarunkowań postaw i zachowań kobiet dotyczących zdrowia ginekologicznego, realizowanych wśród kobiet utrzymujących się trwale z zasiłków Ośrodków Pomocy Społecznej. W 2011 r. pracowałam jako ankieter dla Pracowni Badań Społecznych (PBS), prowadząc wywiady indywidualne i grupowe na terenie województwa lubelskiego.

Za ważny element mojej pracy uznaję współpracę z lokalnymi władzami. W czasie mojego zatrudnienia na UMCS w Lublinie byłam współautorką dwóch ekspertyz dla Samorządu Województwa Lubelskiego:

E. Czapka, J. Bielecka-Prus, Edukacja w systemie wartości mieszkańców Lubelszczyzny - ekspertyza naukowa, Samorząd Województwa Lubelskiego, Lublin 2011

E. Czapka, J. Bielecka-Prus, Studenci uczelni wyższych w regionie lubelskim – ekspertyza naukowa, Samorząd Województwa Lubelskiego, Lublin 2011

W 20024 r. byłam współautorką raportu „Postawy gdańszczan wobec cudzoziemców", prezentującego wyniki badań zleconych przez Urząd Miasta Gdańsk.

Literatura

Anczyk A., Grzymala-Moszczyńska H., Krzysztof-Swiderska A., Prusak J. Polscy migranci i norweska służba zdrowia: badanie pilotażowe, Studia Migracyjne - Przegląd Polonijny. R. 46, nr 2, 2020, s. 127-151

Antecol H., & Bedard K. Unhealthy assimilation: why do immigrants converge to American health status levels?. Demography, 43(2), 2006, 337-360.

Bolzman, C. A., & Bridji, S. Older immigrants living in Switzerland and ambivalence related to return around the retirement period. International Journal of Comparative Sociology, *60*(1-2), 14-36, 2019. doi.org/10.1177/0020715218824634

Braun V., Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 3(2), 2006, 77–101.

Castells S., Miller M.J. The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World. (4th edition). Basingstoke: Palgrave MacMillan, 2009.

Cattacin, S., Chiarenza, A., & Domenig, D. Equity Standards for Health Care Organisations: a Theoretical Framework. Diversity and Equality in Health and Care, 10(4), 2013, 249–258. Retrieved from https://archive-ouverte.unige.ch/unige:40297

Cooper C., Tandy A.R., Balamurali T.B., Livingston G. A systematic review and meta-analysis of ethnic differences in use of dementia treatment, care, and research. Am J Geriatr Psychiatry. 2010;18(3):193–203.

Czapka E. The health of Polish labour immigrants in Norway, NAKMI report 3, 2010, NAKMI.

Ettman C.K., Zaman M.H., Galea S. (2022). Understanding Migration and Health: Social-Ecological and Lifecourse Perspectives, in: Migration and Health, S. Galea, C.K. Ettman & M.H. Zaman, The University of Chicago Press, 2022.

Gil-Gonzalez D., Carrasco-Portino M., Vives-Cases C., et al. Is health a right for all? An umbrella review of the barriers to health care access faced by migrants. Ethnicity Health. 2015;20(5):523–41.

Golinowska S., Przyszłość państwa opiekuńczego i system zabezpieczenia społecznego. „Polityka Społeczna" 11-12, 2005.

Jasso G., Massey D. S., Rosenzweig M.R. & Smith J.P. Immigrant health: selectivity and acculturation (No. 04/23). IFS Working Papers, Institute for Fiscal Studies (IFS), 2004.

Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press; 1980.

Knobloch M.B., Czapka E. Først og fremst, må de informere oss om dem selv» - polske og somaliske innvandrere om Kreftforeningen, Sykepleien, 2014; 14: 54-56.

Levesque J-F., Harris M.F., Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health. 2013;12(1):18.

Mladovsky Ph. Migrant health in the EU. "Eurohealth", vol. 13, no1, 2007, s. 9-11.

Newbold B. Chronic conditions and the healthy immigrant effect: evidence from Canadian immigrants. J Ethn Migr Stud. 2006;32:765–784. doi:10.1080/13691830600704149

Norredam M., Krasnik A. (2022). Migration and Access to Health Care: Barriers and Solutions, in: Migration and Health, S. Galea, C.K. Ettman & M.H. Zaman, The University of Chicago Press, 2022.

Oliver A., Mossialos E., Equity of access to health care: outlining the foundations for action, "Journal of Epidemiology and Community health", 2004, no 58. p. 655-658.

Seeleman, C., Essink-Bot, M.-L., Stronks, K., & Ingleby, D. How should health service organizations respond to diversity? A content analysis of six approaches. BMC Health Services Research, 2015, 15(510). doi.org/10.1186/s12913-015-1159-7

Segers K., Benoit F., Colson C., Kovac V., Nury D., Vanderaspoilden V. Pioneers in migration, pioneering in dementia: first generation immigrants in a European metropolitan memory clinic. Acta NeurolBelg. 2013;113:435, doi.org/10.1007/s13760-013-0245-z.

Severoni S., Alderslade R., Immordino P. Health and the Process of Migration, in: Migration and Health, S. Galea, C.K. Ettman & M.H. Zaman, The University of Chicago Press, 2022.

The Lancet Infectious Diseases. The COVID-19 infodemic. Lancet Infect Dis 2020; 20: 875.

The Norwegian Ministry of Health and Care Services. (2013). Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013- 2017. Oslo.

Urry J. Socjologia mobilności, Warszawa: PWN, 2009.

Vasak K., A 30-year struggle the sustained efforts to give force of law to the Universal Declaration of Human Rights, „UNESCO Courier" 1977.

Zgromadzenie Ogólne ONZ, Rezolucja 217A (III), Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, A/RES/217(III) (10 grudnia 1948 r.), https://www. un. org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights.