

Беларускія медыцынскія спецыялісты ў эміграцыі:

ідэнтычнасць, інтэграцыя і прафесійная адаптацыя ў Польшчы, Літве і Германіі

Ганна Васілевіч
Максім Каралёў



РЭЗЮМЭ ПРАЕКТА

Гэтая справаздача аналізуе працэсы адаптацыі беларускіх медыцынскіх спецыялістаў, якія пакінулі Беларусь пасля падзей 2020-га года і сёння працягваюць прафесійны і сацыяльны шлях у выгнанні. Даследаванне выкарыстоўвае змешаную метадалогію (mixed methods), спалучаючы анкетаванне (48 рэспандэнтаў) і паўструктураваныя інтэрв'ю (7 рэспандэнтаў). Такі падыход дазваляе зразумець як макратэндэнцыі, так і ўнутраныя механізмы, што стаяць за адаптацыяй у новых умовах.

Кантэкст

Пасля 2020-га года беларускія медыкі сутыкнуліся з высокім узроўнем адміністрацыйнага і палітычнага ціску, што стала ключавым фактарам іх прымусовай эміграцыі. На першым этапе гэта ўсё ўскладнялася эпідэміяй COVID-19. У дадзеным раздзеле гэтая інфармацыя разглядаецца як структурны кантэкст для аналізу адаптацыі.

Паводле міжнародных арганізацый, у дачыненні медыцынскіх работнікаў ужываліся меры палітычнага ціску, у тым ліку звальненні, ператрусы, пагрозы і прымусовыя псіхіятрычныя экспертызы.

У выніку значная колькасць беларускіх медыкаў была вымушана пакінуць краіну. Іхні выезд не з'яўляецца класічнай працоўнай міграцыяй – ён абумоўлены неабходнасцю захавання бяспекі, прафесійнай этыкі і чалавечай годнасці. Гэты прымусовы характар эміграцыі фармуе асаблівыя ўмовы для аналізу адаптацыі.

Метадалогія

Даследаванне заснаванае на змешанай метадалогіі (mixed methods). Анкетаванне было праведзенае ў кастрычніку 2025-га года, па выніках якога былі сабраныя адказы ад 48 беларускіх медыкаў-эмігрантаў. Яны пражываюць у Польшчы, Літве і Германіі, аднак геаграфічнае размеркаванне ўспрымаецца як уласцівасць выбаркі, а не як аналітычная аснова – даследаванне канцэнтруецца на агульных механізмах адаптацыі, а не на міжкраінавым параўнанні (для якога выбарка мусіць быць у разы большай).

Другім этапам было правядзенне інтэрв'ю. Былі сабраныя 7 паўструктураваных інтэрв'ю (4 мужчыны, 3 жанчыны), праведзеных у лістападзе 2025-га года на расейскай мове. З мэтай максімальнай ананімнасці ў інтэрв'ю мы свядома не фіксавалі краіну пражывання ў выглядзе асобнай зменнай. Нават калі краіна згадвалася альбо яе можна было ідэнтыфікаваць у адказах, гэтая інфармацыя не выкарыстоўвалася для міжкраінавых параўнанняў.

Тэматычныя блокі ўключалі: рашэнне аб ад'ездзе, ступень падрыхтаванасці, прафесійную адаптацыю, сямейныя і сацыяльныя змены, унутраныя трансфармацыі. Транскрыпцыі апрацоўваліся праз тэматычнае кадаванне. Трыягуляцыя забяспечыла ўзгадненне высноваў абодвух этапаў.

Асноўныя вынікі

1. Палітычна вымушаны характар эміграцыі

Большасць медыкаў пакінула Беларусь у сувязі з пагрозамі, пераследам або немагчымасцю працаваць у адпаведнасці з прафесійнай этыкай. Для многіх пераезд быў не выбарам, а неабходнасцю. Гэта вызначыла высокую эмацыйную напружанасць і ўразлівасць на ранніх этапах адаптацыі. У апытаннях дамінуе думка, што вяртанне ў Беларусь у найбліжэйшай перспектыве немагчымае.

2. Структурная непрадказальнасць і «спантаннасць» выезду

Вялікая частка рэспандэнтаў характарызуе свой ад'езд як хуткі або непадрыхтаваны. Інтэрв'ю паказваюць, што спантаннасць была вынікам паскоранага пагаршэння ўмоў у Беларусі і недахопу дакладнай інфармацыі аб магчымасцях юрыдычнай і прафесійнай інтэграцыі за мяжой. Такім чынам, гэта не псіхалагічная імпульсіўнасць, а структурная немагчымасць планаваць.

3. Настрыфікацыя – цэнтральны інстытуцыйны бар’ер

Паводле анкетнага апытання, найбольшым выклікам для медыкаў стала настрыфікацыя дыпламаў. Гэта пацвярджаюць і інтэрв’ю, дзе апісваюцца складанасці з атрыманнем дакументаў з Беларусі, адсутнасцю празрыстасці працэдур, працяглымі тэрмінамі і высокімі эмацыйнымі ды фінансавымі выдаткамі. На перыяд настрыфікацыі шмат хто з рэспандэнтаў фактычна губляе прафесійны статус, што стварае пачуццё дыскваліфікацыі. Аднак пасля атрымання права на працу аднаўляецца ўпэўненасць і прафесійная суб’ектнасць.

4. Важная роля беларускіх супольнасцяў і неформальных сетак

Інстытуцыйная падтрымка ў краінах пражывання існуе, але яе недастаткова для эфектыўнай навігацыі па складаных працэдурах. Інтэрв’ю паказваюць, што беларускія дыяспарныя чаты, групы ўзаемадапамогі і прафесійныя супольнасці становяцца ключавой крыніцай інфармацыі, кансультацый і псіхалагічнай падтрымкі. У многіх выпадках яны замяняюць фармальныя механізмы падтрымкі.

5. Прафесійная ідэнтычнасць і яе трансфармацыя

Пераезд спачатку прыводзіць да часовага «разбурэння» прафесійнай ролі: медыкі перажываюць страту статусу, упэўненасці і сацыяльнай выразнасці. Але пасля паспяховага ўваходжання ў новую сістэму аховы здароўя адбываецца аднаўленне прафесійнай ідэнтычнасці. Пры гэтым беларуская культурная і прафесійная прыналежнасць захоўваецца праз сувязі і этычныя стандарты.

6. Бачанне будучыні і гібрыдныя стратэгіі

Большасць рэспандэнтаў не плануе вяртацца ў Беларусь пры існуючым рэжыме, але пакідае такую магчымасць у выпадку палітычных зменаў. У прафесійным плане дамінуе арыентацыя на замацаванне ў краіне пражывання пры ўмоўнай адкрытасці да вяртання.

Заклучэнне

Адаптацыя беларускіх медыкаў у выгнанні – гэта складаны трэк, у якім пераплятаюцца палітычныя прычыны выезду, інстытуцыйныя бар’еры, эмацыйныя выклікі і падтрымка супольнасцяў. Нягледзячы на абмежаванні выбаркі, даследаванне дазваляе вылучыць устойлівыя механізмы адаптацыі, важныя для разумення патрэб гэтай прафесійнай групы.

Справаздача падкрэслівае неабходнасць:

- павышэння празрыстасці настрыфікацыі;
- падтрымкі з боку дыяспарных ініцыятыў;
- распрацоўкі спецыяльных праграм адаптацыі для медыкаў у выгнанні;
- прызнання псіхалагічнай нагрузкі, звязанай з прымусовым пераездам.

Даследаванне ўносіць значны ўклад у разуменне вопыту беларускіх медыкаў у выгнанні і можа стаць асновай для далейшых акадэмічных і палітычных ініцыятыў.

УВОДЗІНЫ І КАНТЭКСТ

Пасля падзей 2020-га года медыцынскія работнікі ў Беларусі сталіся адной з найбольш уразлівых прафесійных груп. Медыкі, якія выконвалі свае абавязкі ў адпаведнасці з прафесійнай этыкай, фіксавалі траўмы пацярпелых, адмаўляліся падпісваць сфальсіфікаваныя дакументы, выказвалі прафесійную нязгоду або грамадзянскую пазіцыю, – сутыкнуліся з рознымі формамі ціску. Паводле аналізу і заяваў міжнародных арганізацый, у тым ліку Amnesty International¹ і Упраўлення Вярхоўнага камісара Арганізацыі Аб'яднаных Нацый па правах чалавека (ОНЧР)², у дачыненні медыцынскага персаналу выкарыстоўваліся дысцыплінарныя захады, пагрозы, звальненні, ператрусы і нават прымусовыя псіхіятрычныя экспертызы, якія мелі выразна палітычны характар.

Міжнародныя даклады таксама фіксуюць палітычна матываваны пераслед медыкаў за выказванне пазіцыі, удзел у пратэстах і адмову выконваць патрабаванні, што супярэчаць прафесійнай этыцы.

Дадатковыя звесткі пра пагаршэнне ўмоў працы і рост прафесійных рызык адлюстраваны ў камунікацыях беларускіх прафесійных ініцыятываў, якія ўжо пасля 2020-га года засяродзіліся на выяўленні парушэнняў правоў медыкаў і агульнай палітызацыі сістэмы аховы здароўя. Гэтыя матэрыялы не даюць сістэматычнага апісання ўсіх выпадкаў пераследу, але ўскосна пацвярджаюць агульную тэндэнцыю ўзмацнення ціску на медыцынскую супольнасць, што супадае з высновамі міжнародных праваабарончых структур.

Міжнародныя і беларускія медыі таксама фіксуюць уразлівасць медыцынскіх работнікаў яшчэ да палітычнага крызісу, што дазваляе лепш зразумець шырэйшы сістэмны фон³. Беларуская медыцынская сістэма ўжо мела элементы ўнутранай няўстойлівасці і неабароненасці работнікаў, што стала дадатковай перадумовай для пазнейшай эскалацыі ціску.

У сукупнасці гэтыя крыніцы пацвярджаюць, што беларускія медыцынскія работнікі пасля 2020-га года апынуліся ў сітуацыі, дзе выкананне прафесійных стандартаў і маральных абавязкаў стала звязана з істотнымі рызыкамі трапіць пад рэпрэсіі з боку дзяржавы. Для многіх з іх эміграцыя пераўтварылася ў неабходнасць, скіраваную на захаванне прафесійнай этыкі, гуманітарных прынцыпаў і асабістай бяспекі. Гэта не звычайная працоўная міграцыя – гэта адказ на палітычны і інстытуцыйны ціск, які суправаджаўся псіхалагічнай траўмай і стратай прафесійнай стабільнасці⁴.

Польшча, Літва і Германія сталі найбольш частымі напрамкамі пераезду беларускіх медыкаў, што адлюстравала не столькі прывабнасць гэтых краін, колькі наяўнасць практычных каналаў эвакуацыі і магчымасць у далейшым аднавіць прафесійную дзейнасць. Аднак працэс інтэграцыі быў складаным. Сярод асноўных бар'ераў рэспандэнты адзначалі адсутнасць празрыстай інфармацыі пра настрыфікацыю, складанасці з юрыдычным афармленнем, культурныя адрозненні, моўныя бар'еры і эмацыйную нестабільнасць, звязаную з пераследам і вымушаным выездам.

У гэтым кантэксце дадзенае даследаванне накіраванае на ўсебаковы аналіз таго, як беларускія медыцынскія работнікі адаптуюцца ў новых умовах жыцця і працы, як трансфармуюцца іхныя сацыяльныя і прафесійныя ролі, наколькі эфектыўнымі аказваюцца інстытуцыйныя і дыяспарныя механізмы падтрымкі і якім чынам медыкі перажываюць працэс аднаўлення прафесійнай ідэнтычнасці ў выгнанні.

1. Amnesty International, Belarus, crackdown on medics: «Do you want one of your children to disappear?», January 2021, (03.12.2025).

2. ОНЧР. «Belarus: Experts Alarmed at Reports of Coercive Psychiatric Treatment as Punishment for Political Dissent.» Press release, 24 April 2025. (24.10.2025).

3. Пар. BBC News, Нападения на врачей: белорусские медики о происходящем в стран, (13.08.2020); RFI, «Это медицина катастроф» – медики Беларуси вышли на акции против насилия силовиков, (15.08.2020); Reformation, Более 1300 медиков подписали открытое письмо против насилия, (23.10.2020); Настоящее время, Репрессии и онлайн-консультации: как белорусские врачи объединились, чтобы помогать пациентам и друг другу, (15.11.2021).

4. Пар. Delfi, «Еще в Минске мы понимали, что уезжаем навсегда». Легко ли врачу из Беларуси получить право на работу в Литве и Украине?, (30.11.2022); Наша Ніва, «Поликлиника ждала нового травматолога, а тот исчез». Сколько медиков уехало из Беларуси?, (12.11.2023); VITRINA, «Эмиграция стала единственным шансом сохранить себя как врача». История белоруса, который сменил белорусскую больницу на польскую клинику, (11.10.2025).

МЕТАДАЛОГІЯ ДАСЛЕДАВАННЯ

Выбар метадалогіі даследавання быў дэтэрмінаваны яго мэтай, а таксама ўплывам двух значных фактараў:

1. Адсутнасць дакладных статыстычных звестак як пра колькасць лекараў-эмігрантаў, якія выехалі з Беларусі, так і аб колькасці грамадзян Рэспублікі Беларусь, якія працуюць у медыцынскай сферы ў іншых краінах.

З беларускага боку такая статыстыка калі нейкім чынам і вядзецца, то не з'яўляецца публічнай. Еўрапейскія статыстычныя рапартаў публікуюцца зазвычай з затрымкай і ўтрымліваюць вельмі агульную інфармацыю. Напрыклад, у выданнях Галоўнага статыстычнага ўпраўлення Польшчы сярод замежнікаў выдзяляюцца толькі грамадзяне Украіны: у 2023-ім годзе ў медыцыне і сацыяльнай апецы працавала 19,1 тыс. грамадзян Украіны і 6,1 тыс. астатніх, дзе, можна меркаваць, не малую долю займаюць беларускія грамадзяне⁵. У іншых публікацыях можна знайсці звесткі пра колькасць выдадзеных грамадзянам Беларусі дазваляў на працу (паводле сфераў), што, аднак, не дазваляе верыфікаваць, колькі іх насамрэч працуе ў польскай сістэме аховы здароўя, бо праца на падставе «дазволу» – гэта толькі адзін са спосабаў легальнага працаўладкавання паводле спецыяльнасці ў Польшчы⁶. Падобная сітуацыя і ў іншых краінах ЕС. З гэтай прычыны трэба канстатаваць, што ў нашым даследаванні генеральная сукупнасць з'яўляецца невядомай і нефармалізаванай.

2. Сукупнасць траўматычнага вопыту эміграцыі, якім асоба не заўсёды хоча дзяліцца з даследнікам, і спецыфікі функцыянавання прафесійнай групы медыцынскіх работнікаў, якая характарызуецца пэўнай закрытасцю ад грамадства.

Дадатковай зыходнай тэзай было агульнапрынятае ўяўленне, што большасць беларускіх лекараў пераязджае ў тыя ж самыя краіны, што і беларусы ў цэлым, г.зн. у Польшчу, Літву і Германію⁷. Таму менавіта там мы меркавалі шукаць рэспандэнтаў.

У сувязі з вышэйзгаданым мы выкарыстоўвалі метады натуральнай выбаркі і «snowball sampling», якія дазваляюць збіраць звесткі ад цяжкадаступных або разрозненых груп насельніцтва. Такі падыход дазваляе ахапіць прадстаўнікоў мэтавай групы, аднак не гарантуе фармальнай рэпрэзентатывнасці вынікаў для ўсёй папуляцыі медыкаў, якія эмігравалі з Беларусі.

Галоўным метадам збору дадзеных было апытанне, якое праводзілася ў 2 этапы.

На першым этапе (з 16-га кастрычніка да 31-га кастрычніка) было праведзенае анкетаваанне. Інструментам з'яўлялася ананімная анлайн-анкета, распрацаваная на платформе GoogleForms. Доступ да анкеты ажыццяўляўся праз спасылку. Анкета ўключала:

а) закрытыя пытанні (адзіночны і множны выбар, шкалы Лайкерта⁸);

б) адкрытыя пытанні для яснага аналізу.

Пытанні былі структураваныя паводле чатырох тэматычных блокаў: эміграцыя і сувязь з радзімай; прафесійная адаптацыя; сацыяльная інтэграцыя; ідэнтычнасць.

Запаўненне анкеты займала ў сярэднім блізу 20 хвілін.

5. GUS. *Cudzoziemcy wykonujący pracę w Polsce w 2023 r.*, (11.06.2024).

6. Пап. *Raport Migracje Białorusinów do Polski i Unii Europejskiej. Krajobraz po sierpniu 2020 r.*, O. Chmiel, P. Kaźmierkiewicz, K. Sauka, A. Kulesa (red.), Warszawa 2021, s. 40.

7. Пап. Eurostat, URL *Statistics | Eurostat* (31.10.2025).

8. У даследаванні мы выкарыстоўвалі 5- і 10-бальную шкалу. Падчас інтэрпрэтацыі апошняй шкалы балы ад 1 да 3 залічваліся да нізкага ўзроўню згоды, балы ад 8 да 10 – да высокага.

Планавалася не менш за 40 рэспандэнтаў, рэкрутынг якіх адбываўся праз:

- а) прафесійныя дыяспарныя супольнасці і асацыяцыі беларускіх медыкаў;
- б) асабістыя кантакты і механізм «снежнага камяка» («snow ball»), калі ўдзельнікі перадавалі інфармацыю пра апытанне сваім калегам.

Да ўдзелу ў апытанні выбіраліся толькі асобы, якія адпрацавалі на пазіцыі лекара ў Рэспубліцы Беларусь не менш за 1 год да эміграцыі. Ідэнтыфікацыя рэспандэнтаў адбывалася паводле арыгінальнага акаўнта, прывязанага да адраса электроннай пошты. У выпадку супадзення акаўнтаў (адпраўкі некалькіх адказаў з аднаго акаўнта) да аналізу пакідаўся апошні дасланы варыянт.

На другім этапе былі праведзеныя паўструктураваныя інтэрв'ю. У межах праекта былі заплававаныя сем інтэрв'ю, якія ў выніку і былі здзейсненыя (4 мужчыны і 3 жанчыны). Гэта дазваляе глыбей зразумець асабістыя, эмацыйныя і прафесійныя аспекты адаптацыі беларускіх медыкаў у выгнанні.

Інтэрв'ю праводзіліся ў перыяд з 1-га да 9-га лістапада 2025-га года на расейскай мове – мове, найбольш камфортнай для ўсіх удзельнікаў, што адпавядае этычнаму прынцыпу «мінімізацыі бар'ераў» для ўразлівых груп.

З мэтай максімальнай ананімнасці ў інтэрв'ю мы свядома не фіксавалі краіну актуальнага пражывання ў выглядзе асобнай зменнай. Нават калі яна згадвалася ў аповедах, гэтая інфармацыя не выкарыстоўвалася для міжкраінавых параўнанняў. Гэтае рашэнне абумоўленае высокім узроўнем рызыкі для беларускіх медыкаў у выгнанні і магчымасцю апазнавання асобаў праз камбінацыю прафесійных, гендарных і кантэкстуальных прыкмет.

Рэкрутацыя ўдзельнікаў інтэрв'ю адбывалася аналагічна апытанню – праз механізм «snowball sampling» і праз прафесійныя кантакты беларускіх медыкаў у выгнанні. Частка інтэрв'ю была праведзеная праз сродкі анлайн-камунікацыі, частка – падчас персанальнай сустрэчы адзін на адзін. Захаванне прынцыпу ананімнасці дазваляе дапускаць, што частка ўдзельнікаў інтэрв'ю адказвала таксама на пытанні анкеты.

Структура інтэрв'ю адпавядала сямі тэматычным блокам, вызначаным загадзя:

- рашэнне аб ад'ездзе;
- спантаннасць або падрыхтаванасць пераезду;
- змены ў прафесійнай ролі;
- сямейныя і бытавыя трансфармацыі;
- матывы выбару краіны (без фіксацыі канкрэтнай краіны);
- прафесійная адаптацыя;
- унутраныя асабістыя змены.

Усе інтэрв'ю былі транскрыбаваныя з выкарыстаннем бяспечных лічбавых інструментаў, а дадзеныя захоўваліся ў зашыфраваным асяроддзі (Proton Drive), што цалкам адпавядае этычным патрабаванням падчас працы з уразлівымі групамі.

Аналітычныя падыходы і апрацоўка даных

Кантэкст даследавання вызначыў неабходнасць выкарыстання змешанай метадалогіі (mixed methods), якая спалучае колькасны і якасны аналіз анкетавання і паўструктураваных інтэрв'ю з аналізам даступных афіцыйных матэрыялаў (рапартаў і статыстык) і публікацый у СМІ. Такі падыход дазваляе не толькі зафіксаваць агульныя тэндэнцыі, але і прааналізаваць механізмы, якія стаяць за імі. Адначасова змешаная метадалогія з'яўляецца найбольш адэкватнай для даследавання эміграцыйных груп, у якіх адкрытае абмеркаванне траўматычнага досведу можа быць абмежаваным.

Колькасны і якасны аналіз быў праведзены на аснове анкетавання і ўключаў апісальную статыстыку, а таксама агляд размеркавання адказаў паводле ключавых метрык: падрыхтаванасць да пераезду, інстытуцыйныя бар'еры, прафесійныя і сямейныя трансфармацыі, наяўнасць падтрымкі і агульны ўзровень задаволенасці працэсам інтэграцыі.

Аналіз дадзеных, сабраных падчас правядзення паўструктураваных інтэрв'ю, дазволіў удакладніць пэўныя моманты. Выкарыстоўваўся метады тэматычнага кадавання: тэксты чыталіся паўторна, вылучаліся ключавыя катэгорыі (моўныя, інстытуцыйныя і эмацыйныя бар'еры; формы падтрымкі; змены прафесійнай ідэнтычнасці; ролевая дынаміка). Коды былі распрацаваныя на аснове супольных назіранняў двух даследнікаў і ўдакладняліся адпаведна паглыбленню аналізу. Такая працэдура дазволіла сістэматызаваць асноўныя напрамкі інтэрпрэтацыі і выявіць паўтаральныя структуры сэнсаў.

Трыянгуляцыя

У даследаванні выкарыстоўваўся прынцып метадалагічнай трыянгуляцыі, што дазволіла супаставіць вынікі анкетнага апытання з паўструктураванымі інтэрв'ю.

Такі падыход забяспечыў магчымасць спалучыць «шырокі агляд» (агульныя тэндэнцыі, выяўленыя ў апытанні) і «глыбокія механізмы» (падрабязныя тлумачэнні, якія з'яўляюцца ў інтэрв'ю).

Трыянгуляцыя была асабліва карысная ў тых выпадках, калі апытанне фіксавала агульную праблему (напрыклад настрыфікацыя, складанасці з моўнай адаптацыяй, залежнасць ад нефармальнага сетак), а інтэрв'ю дазвалялі рэканструяваць канкрэтныя сітуацыі, матывацыі і стратэгіі, што стаяць за гэтымі вынікамі.

Такім чынам, трыянгуляцыя ўзмацніла дакладнасць высноваў і дапамагла адрозніць індывідуальныя выпадкі ад устойлівых заканамернасцяў.

Этычныя аспекты

Удзельнікі анкетавання на самым пачатку былі паінфармаваныя аб мэтах даследавання, умовах выкарыстання атрыманых адказаў, а таксама магчымасці адмовіцца ад адказаў на пытанні, якія рэспандэнтам маглі падацца адчувальнымі. Усе ўдзельнікі інтэрв'ю далі інфармаваную вусную згоду на ўдзел у даследаванні. Не збіраліся даныя, якія дазваляюць ідэнтыфікаваць асобу. Для абароны ананімнасці ўдзельнікам была дадзена магчымасць не ўказваць краіны пражывання, і нават калі гэтая інфармацыя гучала ў адказах, яна не выкарыстоўвалася для параўнанняў паміж краінамі.

Сабраныя дадзеныя захоўваліся ў абароненым асяроддзі, а працэс даследавання адпавядаў этычным патрабаванням, агульнапрызнаным у праектах, што працуюць з уразлівымі групамі і ў кантэксце рызыкі палітычнага пераследу.

Пытанні інтэрв'ю фармуляваліся гендарна нейтральна, а ўдзельнікі мелі поўную магчымасць адмовіцца ад адказу на любыя тэмы, якія маглі выклікаць эмацыйны дыскамфорт або закрануць адчувальныя аспекты асабістага досведу.

Абмежаванні даследавання

У сувязі з тым, што рэальная колькасць беларускіх лекараў-эмігрантаў невядомая, а выбарка была нефармалізаванай, вынікі даследавання адлюстроўваюць тэндэнцыі і характэрныя асаблівасці апытанай групы, але не могуць быць экстрапаляваныя на ўсю патэнцыйную папуляцыю з высокай статыстычнай дакладнасцю. Тым не менш атрыманыя даныя даюць каштоўнае ўяўленне пра агульныя праблемы, матывы і запыты гэтай групы.

Дадатковым абмежаваннем з'яўляецца тое, што інтэрв'ю не змяшчаюць геаграфічнай прывязкі рэспандэнтаў з мэтай абароны іхняй ананімнасці. Гэта абмяжоўвае магчымасць міжкраінавых параўнанняў, але не ўплывае на аналітычную якасць даследавання, якое канцэнтруецца на агульных механізмах адаптацыі беларускіх медыкаў у выгнанні.

АГУЛЬНАЯ ХАРАКТАРЫСТЫКА ВЫБАРКІ

Даследаванне аб'ядноўвае дзве групы ўдзельнікаў:

1. анкетнага апытання;
2. паўструктураваных інтэрв'ю.

Абедзве групы рэпрэзентуюць адзін і той жа сацыяльна-прафесійны сегмент – беларускіх медыцынскіх работнікаў, якія пакінулі Беларусь пераважна пасля 2020-га года ў сувязі з пагрозай для бяспекі, пагаршэннем умоў працы або адсутнасцю магчымасцяў прафесійнага развіцця. Для параўнання былі адабраныя таксама некалькі рэспандэнтаў, якія эмігравалі да 2020-га года пераважна з эканамічных матываў і праходзілі настрыйкацыю ў стандартных умовах (без аблегчаных магчымасцяў, якія былі ўведзеныя з-за пандэміі COVID-19).

Анкетная выбарка. Анкетнае апытанне было скіраванае на беларускіх медыцынскіх работнікаў, якія пасля 2020-га года працягваюць пражываць або знаходзяцца ў працэсе прафесійнай інтэграцыі ў Польшчы, Германіі і Літве. Геаграфічная арыентацыя выбаркі была закладзеная ў дызайн апытання, бо гэтыя краіны з'яўляюцца найбуйнейшымі цэнтрамі прыёму беларускіх медыкаў у рэгіёне.

У апытанні ўдзельнічалі 48 чалавек розных медыцынскіх спецыяльнасцяў і ўзроўняў прафесійнай падрыхтоўкі. Удзельнікі знаходзіліся на розных этапах адаптацыі: ад пачатковага працэсу настрыйкацыі да ўжо часткова або поўнасна інтэграванай працы ў медыцынскіх установах.

Выбарка інтэрв'ю паводле сваіх характарыстык адпавядала анкетнай. З улікам пытанняў бяспекі, рызыкі ідэнтыфікацыі і малога памеру выбаркі ўдзельнікам было прапанавана не называць краіны свайго пражывання, і гэтая інфармацыя не выкарыстоўвалася ў аналітычнай частцы, нават калі яна згадвалася ў размове.

Такім чынам, абедзве часткі выбаркі дазваляюць атрымаць як колькаснае бачанне агульных тэндэнцый адаптацыі, так і глыбокае разуменне індывідуальных механізмаў, што забяспечвае паўнаватраснае выкарыстанне змешанай метадалогіі даследавання.

У выніках апрацоўкі анкет у аналізе выкарыстаныя адказы 48 рэспандэнтаў.

Паводле полу: 52,1% мужчын і 47,9% жанчын.

Паводле ўзросту: да 30 гадоў – 16,7%; ад 31 да 46 гадоў – 60,4%; 46 гадоў і старэйшыя – 22,9%.

Паводле звестак Белстата, на пачатак 2025-га года ў Беларусі сярод лекараў-практыкаў 72,8% складалі жанчыны, а 27,2% – мужчыны. Сярэдні ўзрост лекара-практыка склаў 42,5 года⁹. У параўнанні з гэтым у нашай выбарцы доля мужчын заўважна вышэйшая, а сярэдні ўзрост крыху ніжэйшы за сярэднестатыстычны ў Беларусі.

Чвэрць апытаных жывуць самастойна; 64,6% – з сужэнцам; 10,4% – з партнёрам.

Больш за палову маюць дзяцей, прычым у 41,7% яны пражываюць разам. У 45,8% дзяцей няма.

Паводле краінаў знаходжання: 75% рэспандэнтаў з Польшчы, 12,5% – з Германіі, 8,3% – з Літвы, 4,2% – з іншай краіны ЕС (але першапачатковую легалізацыю праходзілі ў Германіі).

Паводле агульных назіранняў, нягледзячы на ананімны характар апытання, адмова ад удзелу склала не менш за 30%. Прычым яшчэ блізу 15% адмовіліся ад завяршэння анкетавання пасля яго пачатку. Гэтыя звесткі базуюцца выключна на выніках інтэрперсанальных кантактаў. Адправіць анкету можна было толькі пасля адказаў на ўсе абавязковыя пытанні. Таксама адзначым, што з 48 рэспандэнтаў толькі 16 асобаў выкарыстоўвала акаўнты электроннай пошты, якія ў назве змяшчаюць элементы персанальнай інфармацыі.

9. БелТА, Белстат подсчитал, сколько врачей в Беларуси, (11.06.2025).

ВЫНІКІ АПЫТАННЯ

Эміграцыя і сувязь з радзімай

Першапачаткова мы пацікавіліся пэўнымі аспектамі, звязанымі з эміграцыяй. Большасць нашых рэспандэнтаў (60,4%) выехалі з краіны 1–3 гады таму, г.зн. пасля пачатку поўнамаштабнай вайны супраць Украіны. З персанальнай камунікацыі можна зрабіць выснову, што значная частка лекараў спадзявалася на хуткія змены ў краіне ці прынамсі спыненне рэпрэсій. У меншай ступені былі прысутныя спадзяванні на штосьці накшталт «недатыкальнасці» ва ўмовах эпідэміі, якая працягвалася. Амаль траціна (29,2%) выехала ў выніку падзеяў 2020-га; 6,3% пакінулі краіну раней за 2020 год і яшчэ 4,2% прыехалі цягам апошняга года. Пры гэтым усе, хто з'ехаў нядаўна, выбралі сваёй мэтавай краінай Польшчу. Гэта можна растлумачыць як моўна-культурнай блізкасцю, так і наяўнасцю тут даволі вялікай групы калег-суайчыннікаў, якія маглі пры патрэбе дапамагчы з адаптацыяй.

Ніжэй мы паказалі размеркаванне адказаў на пытанне «Што было асноўнай прычынай эміграцыі?»

Табліца 1. Прычыны эміграцыі

Палітычны пераслед	39,6%
Непакой за асабістую бяспеку (бяспеку сям'і)	31,2%
Жаданне прафесійнага развіцця і павышэння даходаў	16,7%
Запрашэнне на працу з боку прымальніка	4,2%
Іншае	6,3%
Не захацелі адказваць	2,1%

Як мы бачым, больш за 2/3 рэспандэнтаў адзначылі палітычныя чыннікі як асноўныя. Гэта сведчыць на карысць штучнага характару міграцыі, а не выкліканага натуральнымі працэсамі на сусветным рынку працы.

Больш за палову апытаных (54,2%) прызналіся, што рашэнне аб пераездзе было прынятае стыхійна, без грунтоўнай папярэдняй падрыхтоўкі. Астатнія планавалі пераезд загадзя. Пры гэтым бачна, што гэты варыянт адзначылі таксама асобы, якія выехалі з палітычных прычынаў.

Пераважная большасць рэспандэнтаў (72,9%) дэкларавала, што ўвогуле не наведвае Беларусі пасля эміграцыі. Гэта цалкам адпавядае той групе, якая казала пра палітычныя прычыны пераезду.

Пра пэўныя сувязі з папярэднім месцам пражывання можа сведчыць цікавасць да падзеяў, якія там адбываюцца. Мы запыталіся ў нашых рэспандэнтаў, ці сочаць яны за медыцынскімі навінамі ў Беларусі на любым узроўні (ад дзяржаўнага да плётка на старой працы). Рэгулярна гэта робяць 29,2% апытаных; 41,7% – перыядычна. Увогуле не цікавяцца, што там адбываецца, – 8,3% рэспандэнтаў. Астатнія нешта для сябе адзначаюць толькі тады, калі там адбываецца штосьці знакавае, што абавязкова ўваходзіць у стужку навін.

З пункту гледжання перспектывы развіцця беларускай сістэмы аховы здароўя важным падаецца бачанне лекарамі-эмігрантамі сваёй будучыні. У анкеце гэтае пытанне мы змясцілі ў самым канцы, каб дапамагчы рэспандэнту асэнсавана да яго падысці. У выніку 48% апытаных плануюць будаваць сваю кар'еру па-за межамі Беларусі і не разглядаюць магчымасці вяртання. Яшчэ 33,3% выказаліся, што гатовыя разгледзець варыянт вяртання толькі ў выпадку атрымання вельмі добрай прапановы. Пра гатоўнасць вярнуцца, як толькі

зменіцца сітуацыя, заявілі 10,4% апытаных, але існуе імавернасць, што з паглыбленнем інтэграцыі гэтая лічба павялічвацца не будзе. 8,3% пакуль не вызначыліся з уласнай стратэгіяй. У гэтым ракурсе перспектыва для Беларусі выглядае даволі сумна. Некаторыя прычыны гэтага будуць раскрытыя ніжэй.

Агулам можна зрабіць выснову, што беларускія лекары трапілі ў эміграцыю пераважна з палітычных прычын і менавіта з-за іх маюць высокую ступень ізаляцыі ад радзімы, што можа быць пабуджальным фактам да інтэграцыі ў новае асяроддзе.

Прафесійная адаптацыя

Праца лекара не толькі з'яўляецца ў многіх краінах «дэфіцытнай» (пол. *zawód deficytowy*), але і патрабуе вельмі высокіх кампетэнцый¹⁰. Менавіта таму, напрыклад, у Польшчы існуюць магчымасці распацаць працу ў медыцынскай сферы яшчэ да фармальнай настрыфікацыі дыплама. 75% нашых рэспандэнтаў на момант апытання працавалі, прычым большасць (66,7% ад агульнай выбаркі) знаходзілася на пазіцыі лекара, а астатнія – на пазіцыі сярэдняга ці малодшага медыцынскага персаналу. Пры гэтым 47,9% апытаных працуюць толькі ў дзяржаўнай установе аховы здароўя, 20,8% – толькі ў прыватнай, а 4,2% вядуць прыватную практыку. Усяго адна асоба задэкларавала, што не працуе і не збіраецца працаваць паводле спецыяльнасці. На стадыі навучання ці перакваліфікацыі знаходзіліся 14,6% рэспандэнтаў, 8,3% – у пошуку працы паводле спецыяльнасці. Можна зрабіць выснову, што цяжжасць і працягласць медыцынскай адукацыі, а таксама запатрабаванасць лекараў на сусветным рынку працы выключаюць адток беларускіх лекараў-эмігрантаў з прафесіі.

Прапорцыя тых, хто працуе цяпер на пасадзе лекара, цалкам супала з удзелам асобаў, дыплом якіх ужо прызнаны ў краіне пражывання (66,7%). Яшчэ 27,1% знаходзяцца на розных стадыях гэтага працэсу. Апытанне не зафіксавала выпадкаў, каб каму-небудзь было адмоўлена ў прызнанні дыплама.

Працэс настрыфікацыі ў краінах ЕС даволі бюракратызаваны. У дадатак з прычыны эпідэміі COVID-19 цягам пэўнага часу дзейнічалі аблегчаныя ўмовы (краіны рабілі гэта з мэтай не дапусціць калапсу ў нацыянальных сістэмах аховы здароўя). Таму нашыя рэспандэнты, у залежнасці ад часу эміграцыі, траплялі на розныя трэкі і мелі крыху адрозныя шляхі да прафесійнай адаптацыі.

Мы папрасілі нашых рэспандэнтаў ацаніць¹¹ ступень цяжжасці і зразумеласці сістэм настрыфікацыі ў сваіх краінах пражывання. Сярэдняя ацэнка склала крыху менш за 7, што сведчыць пра даволі складаныя і забытаныя механізмы. 54,2% апытаных ацанілі яе менавіта так, і толькі 8,4% не мелі заўважных цяжжасцяў у яе праходжанні.

Галоўнай цяжжасцю і тормазам у працэсе настрыфікацыі была названая немагчымасць сабраць і падаць усе патрэбныя дакументы (68,8%). Ускладняльнымі фактарамі тут з'яўляюцца, з аднаго боку, адмова беларускіх медыцынскіх універсітэтаў перадаваць запытаную інфармацыю (ці прынамсі максімальнае зацягванне гэтага працэсу), а таксама немагчымасць непасрэдна самім паехаць у Беларусь для развязання справы, што сталася відавочным з папярэдніх пытанняў.

Сімвалічнае «другое месца» сярод перашкодаў заняў кваліфікацыйны экзамен, які 50% апытаных ахарактарызавалі як занадта складаны. Тых, хто ўжо непасрэдна яго праходзіў, ацанілі цяжжасць іспыту на 8,0 з 10. На такую ацэнку ўплывае не толькі шырокасць закранутых тэмаў і моўныя цяжжасці, але таксама асаблівасці арганізацыі нацыянальных сістэм аховы здароўя (студэнты беларускіх медыцынскіх ВНУ дасканальна вывучаюць толькі беларускую сістэму). Роўна траціна рэспандэнтаў адзначыла неразуменне паслядоўнасці працэдур настрыфікацыі. І гэта падаецца адзінай пазіцыяй, на якую можна ўплываць, напрыклад, праз пашырэнне інфармацыйных гайдаў і стварэнне адмысловых рэсурсаў. Прыкладам апошніх з'яўляюцца размешчаныя на старонцы Фонду медыцынскай салідарнасці Беларусі гайд па Польшчы, Літве, Швецыі, Чэхіі і Вялікабрытаніі¹².

10. Пап. К. Dębowska, U. Kłosiewicz-Górecka, A. Szymańska, A. Wejt-Knyżewska, K. Zybortowicz, Wykwalifikowani cudzoziemcy w Polsce – scenariusze zatrudniania w perspektywie 2035 r., Policy Paper, nr 1, Polski Instytut Ekonomiczny, Warszawa 2024, s. 17–18.

11. Тут і далей пры ацэначных пытаннях выкарыстоўвалася 10-бальная шкала.

12. ByMedSol, [Гайд па легалізацыі](#) (01.12.2025).

Акрамя таго, 22,9% рэспандэнтаў звярнулі ўвагу на непрыязнае стаўленне чыноўнікаў і па 10,4% – на частую змену заканадаўства і супрацьдзеянне з боку калег-грамадзян краіны знаходжання.

Як мы дапускалі вышэй, даследаванне пацвердзіла, што пераважная большасць (81,3%) апытаных падчас настрыфікацыі звярталася па парадку ці іншую дапамогу да калег-беларусаў, якія прайшлі ці праходзяць гэты самы шлях. Такім чынам, медыцынская салідарнасць сапраўды працуе. Крыху больш за траціну (35,4%) звярталіся да калег з іншым (небеларускім) грамадзянствам. 20,8% скарысталіся паслугамі юрыстаў або кансультантаў беларускіх дыяспарных арганізацый. Зусім невялікая частка (па 8,3%) наведвала дзяржаўныя кансультацыі і прыватных юрыстаў ці кансультантаў.

Трэба адзначыць, што беларускія лекар-эмігранты пачуваюцца даволі ўпэўненыя адносна сваіх прафесійных ведаў і навыкаў. На пытанне «Ці дастаткова Вашых медыцынскіх ведаў для працы паводле спецыяльнасці ў краіне знаходжання?» 62,6% адказалі станоўча, астатнія ацанілі іх як здавальняльныя на сярэднім узроўні і ніхто не дапусціў, што яму ведаў не хапае. Гэтак жа не аказалася такіх, хто б часта адчуваў унутры сябе, што не дае рады з выкананнем прафесійных абавязкаў.

Крыніцай упэўненасці можа быць падабенства медыцынскіх практык. Але апытанне паказала, што такое падабенства бачаць толькі 20,8% рэспандэнтаў, а 6,3% лічаць іх зусім рознымі. Як высветлілася на этапе ўдакладнення, для Беларусі характэрнае пэўнае разыходжанне паміж медыцынскімі пратаколамі (якія ў краінах ЕС амаль такія ж самыя) і непасрэднай практыкай з улікам магчымасцяў і абсталявання ўстаноў аховы здароўя. У іміграцыі гэты разрыў не выглядае такім відавочным, што і тлумачыць атрыманыя адказы.

Праца лекара – гэта амаль заўсёды вербальны кантакт з пацыентам. Для выканання прафесійных абавязкаў на высокім узроўні патрэбнае валоданне не толькі тэрміналогіяй на мове краіны пражывання, але і навыкамі бытавой камунікацыі. Тут самаацэнка нашых рэспандэнтаў была больш стрыманая. Цалкам упэўненыя ў сабе 45,8% апытаных. Аднак 6,3% лічаць свае моўныя веды недастатковымі. Шчыльны аналіз дапамог высветліць, што гэты працэнт супадае з колькасцю тых, хто пераехаў цягам апошняга года, і тых, хто не плануе працаваць паводле спецыяльнасці (а таму і не вывучае мову краіны пражывання ў прафесійнай галіне). Увогуле моўны бар'ер на працы стала ці даволі часта адчуваюць 37,5% рэспандэнтаў, а ў паўсядзённым жыцці – 27,1%, што ў цэлым сведчыць пра даволі паспяховую адаптацыю і інтэграцыю.

Вялікага захаплення арганізацыя сістэмы аховы здароўя ў краіне іміграцыі ў беларускіх лекараў не выклікала. Сведчыць гэта і аб узроўні яе арганізацыі ў Беларусі, і аб тым, што медыцына паўсюль сутыкаецца з аперацыйнымі цяжкасцямі. 70,8% апытаных ацанілі яе на новым для сябе месцы як здавальняльную, 25% – як высокую.

Кадравы голад у Беларусі не стымулюе ўлады Беларусі да значнага падвышэння заробкаў медыцынскіх работнікаў. Тым, хто хоча больш зарабляць, трэба браць больш дзяжурстваў, працаваць больш чым на стаўку і сумяшчаць працу ў некалькіх месцах. Усё гэта цягне за сабой стомленасць і ўплывае на якасць паслуг¹³. З тым, што ў краіне знаходжання інтэнсіўнасць працы лекара ніжэйшая, чым у Беларусі, пагадзіліся 45,8% рэспандэнтаў. Па 27,1% лічаць яе прыкладна такой жа ці вышэйшай.

Больш за палову апытаных (55,5%) адказалі, што яны цалкам задаволеныя сваёй працай у краіне знаходжання. Пра супрацьлеглыя адчуванні выказаліся 8,4% рэспандэнтаў.

Развіваючы гэтую тэму, мы запыталіся пра ўзаемазалежнасць інтэнсіўнасці працы і даходаў. Больш за 2/3 рэспандэнтаў упэўненыя адказалі, што іх даходы ў параўнанні з Беларуссю выраслі. Прычым у 33,3% гэта адбылося пры зніжэнні інтэнсіўнасці працы, г.зн., працуючы на стаўку, тут яны зарабляюць больш, чым падчас сумяшчэння працы на радзіме. Толькі 12,5% апытаных адзначылі, што іх даходы знізіліся. Можна меркаваць, што ў гэтую групу трапляюць тыя, хто пакуль яшчэ не працуе лекарам, а таксама тыя, хто займаў у Беларусі адміністрацыйныя пасады або працаваў вузкім спецыялістам, а тут пакуль вымушаны займацца агульнай практыкай. Гэта пацвярджаюць адказы на пытанне пра займаную пасаду – у 48% рэспандэнтаў яна сталася больш нізкай.

Тым не менш 68,8% апытаных адзначылі, што іх агульны дабрабыт у іміграцыі вырас (у 54,2% – значна), а ў 27,1% ён знізіўся (у 10,4% – значна).

13. Пар. Solidarnast. Эксплуатацыя труда медиков в Беларуси: Отчёт по результатам социологического исследования. Июнь 2023, (07.09.2023).

У падсумаванні блока можна сцвердзіць:

- беларускія лекары-эмігранты маюць даволі высокі ўзровень базавай падрыхтоўкі, што дазваляе ім паспяхова пераадолюваць перашкоды на шляху настрыфікацыі і рэалізоўваць сябе ў прафесіі на новым месцы;
- пра большыя цяжкасці кажуць асобы, якія яшчэ не завяршылі працэс легалізацыі дыплама і таму пакуль не працуюць лекарамі;
- даходы большасці нашых рэспандэнтаў выраслі, прычым яны адзначалі крыху меншую інтэнсіўнасць працы тут у параўнанні з Беларуссю, што акрэслівае пэўную праблему ў кантэксце патэнцыйнай перспектывы іхняга вяртання на радзіму.

Сацыяльная інтэграцыя

Эміграцыю апісвае не толькі працэс знаходжання сябе на сусветным рынку працы, але і камфортнае існаванне ў супольнасці. Паспяховая сацыяльная інтэграцыя прадугледжвае, што індывід дзейна ўключаецца ў сацыяльнае акружэнне, падзяляючы яго нормы, каштоўнасці і мадэлі паводзінаў. Пры пераездзе ў іншую краіну можна вылучыць дзве стратэгіі інтэграцыі: імкненне максімальна зліцца з мясцовым грамадствам (асіміляцыя) і спроба захаваць адметныя нацыянальна-культурныя рысы (дыяспаралізацыя).

Садзейнічаць інтэграцыі могуць актыўнасці і падтрымка, якія прапануюць грамадскія арганізацыі. Мы запыталіся ў нашых рэспандэнтаў, ці ўдзельнічаюць яны хоць нейкім чынам у іхняй дзейнасці. Адказы змешчаныя ў табліцы ніжэй:

Табліца 2. Удзел беларускіх медыцынскіх спецыялістаў у арганізацыях

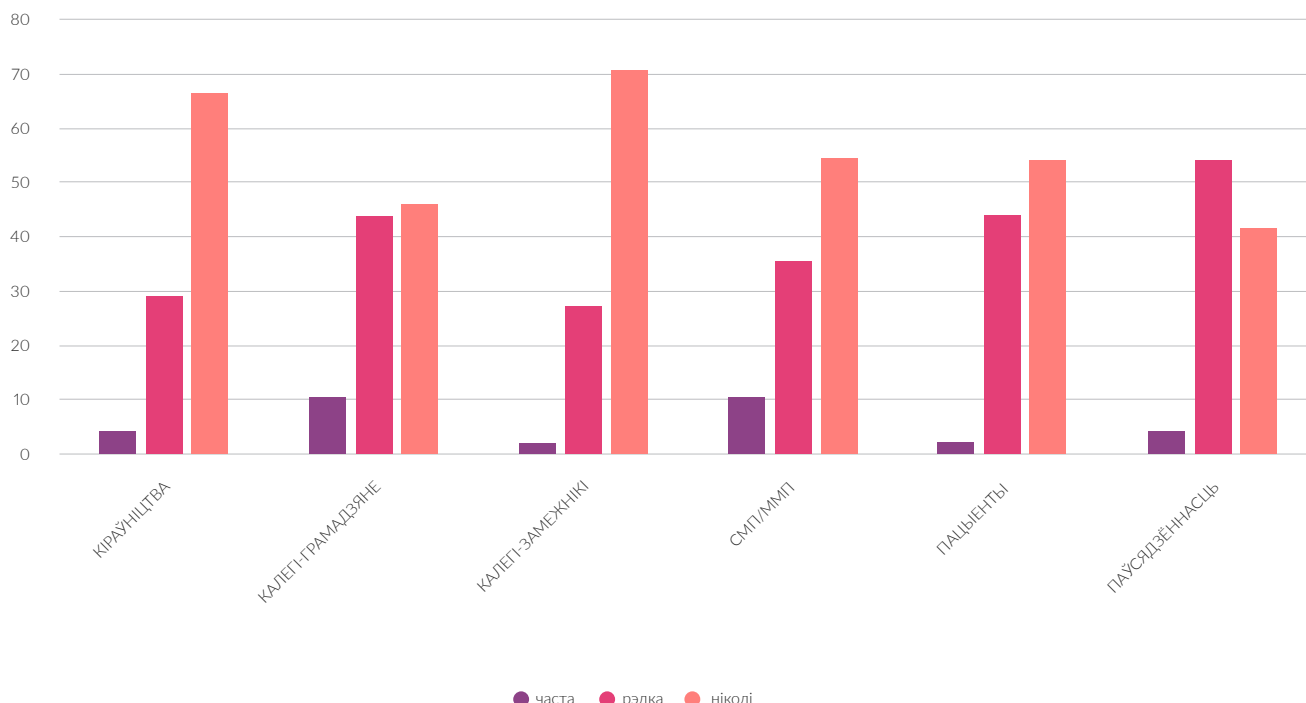
Прафсаюзы	43,8%
Беларускія дыяспарныя арганізацыі	43,8%
Аб'яднанні беларускіх лекараў за мяжой	31,3%
Аб'яднанні «расейскамоўных» лекараў	12,5%
Украінскія дыяспарныя арганізацыі	6,3%
Расейскія дыяспарныя арганізацыі	–
Ні ў чым з вышэй названага	29,2%

Як бачым, большасць задэкларавала сувязь як з прафесійнымі, так і з дыяспарнымі арганізацыямі. Нам было цікава, у чым яна праяўляецца. Пераважная большасць (80%) адзначыла, што падпісаная на сацыяльныя сеткі адпаведных арганізацый. 42,9% задэкларавалі, што яны афіцыйна з'яўляюцца сябрамі арганізацый. Рэгулярна бяруць удзел у арганізаваных актыўнасцях і мерапрыемствах толькі 22,9% апытаных, яшчэ 40% робяць гэта рэдка, але пастаянна сочаць за абвесткамі ў сацсетках. Таксама 22,9% пацвердзілі, што аказваюць анлайн-кансультацыі ў межах функцыянавання адпаведных арганізацый. Такім чынам, хаця віртуальны складнік вымалёўваецца даволі выразна, рэальны ўдзел таксама заўважны, у тым ліку датычна ініцыятыў дапамогі ўнутры дыяспары.

На адкрытае пытанне аб карыснасці ўдзелу ў прафесійных і дыяспарных арганізацыях былі атрыманыя толькі блізу 12 адказаў, сярод якіх можна вылучыць дзве яўныя групы: (1) дапамога падчас легалізацыі і абмен вопытам, а таксама (2) арганізацыя вольнага часу.

Уключэнню ў супольнасць могуць перашкаджаць праявы дыскрымінацыі і маргіналізацыі. Мы запыталіся, ці нашыя рэспандэнты сустракаліся з імі ў сваім прафесіянальным ці штодзённым жыцці. Адказы пададзеныя на дыяграме ніжэй:

Дыяграма 1: Сутыкненні з дыскрымінацыяй у прафесійным і паўсядзённым жыцці



Заўважна, што праявы ксенафобіі ці пачуцця вышэйшасці нашыя апытаныя спатыкалі, хутчэй, рэдка. Што цікава, найбольш часта гэта праяўлялася на прафесійнай глебе (з калегамі-грамадзянамі краіны знаходжання і сярэднім ці малодшым медыцынскім персаналам). Першае можна патлумачыць, акрамя праяваў асабістых рысаў характару, пэўнай незадаволенасцю больш лёгкай, на іхні погляд, шляхам прызнання кваліфікацыі, а таксама згодай працаваць і браць дзяжурствы за больш нізкую аплату, чым пагадзіліся б на тое яны самі. Стасункі з сярэднім і малодшым медыцынскім персаналам патрабуюць глыбейшага даследавання. Пазітыўным момантам выглядаюць узаемаадносіны з пацыентамі. Са сцвярдзеннем, што яны пераважна насцярожана ставяцца да лекара-заможніка, пагадзіліся толькі 22,9% рэспандэнтаў, 1/3 не вызначылася з адказам.

У сярэднім нашыя рэспандэнты ацанілі ступень сваёй інтэграванасці ў жыццё ў краіне знаходжання на 6,06 з 10, прычым выразнай розніцы паводле краінаў не заўважана. Аб высокім узроўні паведамлілі 23% апытаных (ацэнкі ад 8 да 10), аб нізкім – 16,7%. Пры гэтым пытанне, ці сістэма ў краіне знаходжання спрыяе поўнай інтэграцыі ў мясцовую супольнасць, выклікала цяжкасці. Амаль 40% не змаглі вызначыцца; 35,4%, хутчэй, пагадзіліся (цалкам згодных не было зафіксавана); 22,9%, хутчэй, не пагадзіліся, а 2,1% не пагадзіліся цалкам.

У пэўнай ступені гэта, а таксама досвед спаткання з дыскрымінацыяй адбіліся на адказах наконт таго, ці імігранты заўсёды будуць у краінах свайго пражывання людзьмі другога гатунку. Розную ступень згоды з гэтым выказаннем выявілі 37,5%, нязгоды – 52,1%. Пры гэтым у коле рэспандэнтаў з Літвы і Германіі адказы раздзяліліся пароўну 50/50, а большы аптымізм выказалі імігранты ў Польшчу.

Ніякіх сумненняў не было з пытаннем, ці лекар тут больш шанаваны чалавек, чым у Беларусі. Пагадзіліся з гэтым 93,7% (прычым 70,8% цалкам), а астатнія не вызначыліся з адказам. І гэта вельмі моцны прысуд беларускай сістэме аховы здароўя.

Падобным чынам размеркаваліся меркаванні наконт таго, ці лекар тут больш сацыяльна абаронены, чым у Беларусі: 87,6% адказалі станоўча, нязгодных ізноў не аказалася.

Ідэнтычнасць

Беларуская рэвалюцыя і вайна Расеі супраць Украіны абвастрылі пытанні ідэнтычнасці. Пакуль эксперты і публічныя асобы дыскутуюць, ці гэта трэнд, ці толькі часовая з'ява, мы звярнуліся да праблемы ў кантэксце бачання перспектывы эміграцыі: асіміляцыі ці захавання самабытнасці.

60,4% апытаных выразілі ахвоту цалкам зліцца з мясцовай супольнасцю. Пры гэтым 50% разумелі пад гэтым менавіта асіміляцыю. Тыя ж 60,4% дэкларавалі жаданне развіваць у сабе нацыянальныя беларускія рысы (у т.л. цікавасць да роднай мовы, гісторыі і культуры). Мы схільныя ў гэтым бачыць спадчыну беларускай рэвалюцыі 2020-га года. Ці гэтае імкненне перарасце ў нешта канкрэтнае, ці застанецца на ўзроўні дэкларацыі – пакажуць наступныя апытанні. Улічваючы пераважны намер не вяртацца ў Беларусь, мы можам выразіць тут пэўны скепсіс.

Хаця пераезд заўсёды стварае праблемы, але высокая самаацэнка адаптацыі і прызнанне, што тут лекар можа зарабляць добрыя грошы без неабходнасці «жыцця на працы», адбіліся на адказах на пытанне аб зменах у сямейных узаемаадносінах. 60,4% рэспандэнтаў не пагадзіліся, што сталі менш часу праводзіць са сваёй сям'ёй, і толькі 20,8% прызналіся ў гэтым. Апошняе можна патлумачыць, што не ўсе эмігравалі разам са сваімі сям'ямі. Тыя, у каго гэта атрымалася, адзначылі, што іхнія ўзаемаадносіны з сужонкам ці партнёрам палепшыліся (39%), а з дзецьмі пераважна не змяніліся.

З адказаў відаць, што эміграцыя асабліва не паўплывала на планы стварыць сям'ю, але выразна (32,4%) сыграла на карысць жадання мець дзяцей.

Новая краіна – гэта таксама часам іншыя мадэлі размеркавання сямейных і гендарных роляў. З тым, што яны тут адрозніваюцца ад беларускіх, пагадзіліся 45,8% апытаных, яшчэ для 35,4% было цяжка вызначыцца.

Даволі цікавай аказалася дынаміка адказаў на пытанне аб эмацыйным стане пасля эміграцыі. У першыя дні апытання выразна дамінаваў пазітыўны наратыў, аднак бліжэй да канца пачалі нарастаць і дэпрэсіўныя настроі, што сведчыць пра тое, што пераважна гвалтоўная эміграцыя, выкліканая палітычнымі матывамі, – гэта моцны траўмавальны досвед для ўсіх. У выніку эмацыйны стан палепшыўся ў 41,7% рэспандэнтаў, а пагоршыўся – у 39,6%.

У цэлым задаволенасць жыццём нашых рэспандэнтаў ацанілі на 6,54 з 10, што даволі высока з улікам усіх абставінаў. Высокі ўзровень задаволенасці выразілі 37,5% апытаных, нізкі – 12,5%.

ВЫНІКІ ІНТЭРВ'Ю

Раздзел прэзентуе асноўныя тэматычныя высновы, атрыманыя на падставе сямі паўструктураваных інтэрв'ю з беларускімі медыцынскімі работнікамі, якія пасля 2020-га года пакінулі Беларусь і пражываюць у краінах ЕС. Усяго былі прааналізаваныя адказы сямі рэспандэнтаў: чатырох мужчынаў і трох жанчын. Інтэрв'ю мелі на мэце паглыбіць разуменне асабістых матывацый, прафесійных стратэгий і сацыяльных перажыванняў медыкаў у выгнанні. Аналіз структураваны паводле асноўных пытанняў інтэрв'ю, што дазваляе выявіць агульныя тэндэнцыі і асаблівасці індывідуальнага досведу.

Рашэнне пра ад'езд і разуменне «гатоўнасці»

Суразмоўцы апісваюць рашэнне пра ад'езд як вымушаны і часта стрэсавы крок, абумоўлены пагрозамі для бяспекі, ціскам на працы або агульным пачуццём небяспекі пасля 2020-га года.

Пад «гатоўнасцю» да выезду яны, як правіла, разумелі не столькі сабранасць дакументаў або фінансавыя магчымасці, колькі псіхалагічную гатоўнасць пакінуць звыклае асяроддзе і прыняць, што вяртанне ў Беларусь у найбліжэйшай перспектыве малаімавернае.

Для часткі рэспандэнтаў рашэнне аб ад'ездзе было вынікам паступовага назапашвання рызыкаў і адчування прафесійнай уразлівасці. Іншыя падкрэслівалі, што ў нейкі момант крытычная рыса была перакрочаная: пагрозы, выклікі ў сілавую структуру або рызыкi для блізкіх зрабілі выезд адзіным магчымым выбарам. Пры гэтым толькі адзін суразмоўца сказаў, што ад'езд быў загадзя спланаванай кар'ернай стратэгіяй.

Характар прыняцця рашэння: спантаннасць, нечаканасць, асабістыя рэсурсы

Адказы дэманструюць разнастайнасць у тым, наколькі рашэнне пра эміграцыю было спантанным. У некаторых выпадках ад моманту ўсведамлення неабходнасці выезду да фактычнага ад'езду праходзілі лічаныя дні. У іншых працэс заняў тыдні або месяцы, але нават тады рэспандэнты апісваюць яго як вымушана паскораны, а не спакойна спланаваны.

Сярод фактараў, якія, паводле суразмоўцаў, дапамагалі хутчэй адаптавацца ў першыя месяцы, згадваліся:

- папярэдняе валоданне мовай краіны прыбыцця хаця б на базавым узроўні;
- прафесійныя навыкі, якія адносна лёгка былі дапасаваныя да новага кантэксту;
- падтрымка сяброў, калег або знаёмых, якія ўжо прайшлі настрыфікацыю, альбо іхняе знаходжанне ў пэўных гарадах ці краінах;
- доступ да інфармацыі праз дыяспарныя групы і нефармальныя сеткі.

Адначасова шмат хто падкрэсліваў, што нават пры наяўнасці гэтых рэсурсаў адчуваў дэфіцыт інфармацыі пра рэальны маштаб патрабаванняў да настрыфікацыі ў краіне іміграцыі, яе тэрмінаў і неабходных сродкаў на «пераходны час».

Змены ў прафесійнай ролі і самаўспрыманні пасля пераезду

Для ўсіх рэспандэнтаў пераезд азначаў істотнае пераасэнсаванне прафесійнай ролі. На ранніх этапах яны апісвалі адчуванне часовай прафесійнай «дыскваліфікацыі»: страта статусу лекара-практыка, неабходнасць зноў здаваць экзамены, удзельнічаць у курсах, працаваць на пазіцыях, якія не адпавядаюць іхняй кваліфікацыі. Гэта суправаджалася пачуццём недаацэненасці і зніжэння прафесійнай значнасці.

Паступова з праходжаннем настрыфікацыі і атрыманнем першага досведу працы ў новай сістэме аховы здароўя суразмоўцы адзначалі аднаўленне і ўмацаванне прафесійнай самапавагі. Яны падкрэслівалі, што

медыцынская падрыхтоўка, атрыманая ў Беларусі, дазваляе адчуваць сябе кампетэнтна ў клінічнай сферы, а асноўныя выклікі звязаныя з мовай і асаблівасцямі арганізацыі працы ў краіне прыбыцця.

Трансфармацыя сямейных і бытавых роляў

Змены ў сямейных і бытавых адносінах з'яўляюцца адным з аспектаў адаптацыі, якія згадваюцца ў інтэрв'ю. Суразмоўцы апісваюць, што пасля пераезду звыклых схемы побыту і размеркавання адказнасцяў змяняліся ў залежнасці ад умоў жыцця ў новай краіне. У некаторых выпадках гэта звязана з іншым працоўным графікам або з'яўленнем большай самастойнасці ў прыняцці паўсядзённых рашэнняў. У іншых сітуацыях пераезд прыводзіў да часовага ўзмацнення нагрузкі на аднаго з партнёраў, калі другі знаходзіўся на этапе настрыфікацыі, інтэнсіўнага моўнага навучання або пошуку працы. Такія змены апісваюцца як адаптацыйныя і кантэкстуальныя, без выразнай ацэнкі іх як доўгатэрміновай трансфармацыі сямейных адносін.

Фактары выбару краіны прыбыцця

Інтэрв'ю сведчаць, што выбар краіны цяперашняга пражывання ў большасці выпадкаў не быў вынікам доўгатэрміновага планавання або сістэмнага параўнання розных краін. Ён фармаваўся ў кантэксце вымушаных абставін і абмежаванага часу на прыняцце рашэнняў. Суразмоўцы апісваюць гэты выбар як пераважна прагматычны і арыентаваны на магчымасць як мага хутчэй стабілізаваць сваё становішча пасля выезду з Беларусі.

Найбольш часта ў наратывах згадваюцца практычныя фактары: моўная і культурная блізкасць, а таксама наяўнасць сацыяльных кантактаў – родзічаў, сяброў або калег, якія ўжо знаходзіліся ў краіне прыбыцця і маглі аказаць падтрымку на першых этапах. Для часткі суразмоўцаў істотным аказваўся і досвед іншых беларускіх медыкаў, якія ўжо прайшлі працэдуру легалізацыі і настрыфікацыі, што стварала ўяўленне пра больш зразумелы і прадказальны шлях прафесійнай адаптацыі.

Пры гэтым інтэрв'ю не даюць падстаў для шырокіх абагульненняў адносна структурных фактараў выбару краіны, такіх як агульная палітыка рынку працы або сістэмныя юрыдычныя механізмы. Згаданыя матывы носяць індывідуальны і фрагментарны характар і не фармуюць асновы для міжкраінавага параўнання.

Асобна адзначым, што ў аналізе інтэрв'ю звесткі пра краіну пражывання не выкарыстоўваліся як аналітычная зменная. Гэта было зроблена з мэтай мінімізацыі рызык ідэнтыфікацыі ўдзельнікаў і не дазваляе разглядаць адрозненні паміж краінамі як самастойны аналітычны вынік.

У агульным выглядзе выбар апісваўся як прагматычны, скіраваны на тое, каб максімальна хутка легалізаваць статус і аднавіць прафесійную дзейнасць.

Досвед прафесійнай адаптацыі: бар'еры, падтрымка, узаемадзеянне з сістэмай аховы здароўя

Усе суразмоўцы адзначалі, што настрыфікацыя і першапачатковая прафесійная адаптацыя сталі найбольш складанай часткай іх міграцыйнага досведу. Асноўныя бар'еры ўключалі:

- складанасць атрымання і пацвярджэння дакументаў з Беларусі;
- працяглыя і не заўсёды празрыстыя працэдуры разгляду;
- высокія патрабаванні да моўнай падрыхтоўкі;
- неабходнасць асвоіць новыя стандарты і пратаколы, у тым ліку ў прававым вымярэнні.

Адначасова ў інтэрв'ю выразна прасочваецца значная роля падтрымальных фактараў. Суразмоўцы часта згадвалі дапамогу з боку іншых беларускіх медыкаў, якія ўжо прайшлі шлях легалізацыі, а таксама падтрымку з боку калег і асобных працоўных калектываў у краіне прыбыцця. Гэтая падтрымка ў большасці выпадкаў мела неформальны характар і была заснаваная на асабістых кантактах, парадах і абмене досведам.

Узаемадзеянне з сістэмай аховы здароўя ў краіне прыбыцця апісваецца як працэс, які патрабуе часу для адаптацыі, але ў перспектыве стварае ўмовы для больш прагназаванага і прававога прафесійнага асяроддзя, чым у Беларусі.

Унутраная трансфармацыя: ідэнтычнасць, псіхалагічная стабільнасць, будучыя арыентацыі

Апісваючы ўнутраныя змены, суразмоўцы часта згадваюць спалучэнне пачуцця няпэўнасці і страты звыкллага прафесійнага статусу на ранніх этапах пераезду з паступовым фармаваннем новай упэўненасці і адчування кантролю над уласным жыццём. Асабліва выразна праяўляліся перажыванні, звязаныя з адказнасцю за сям'ю і неабходнасцю прымаць важныя рашэнні ва ўмовах абмежаванай інфармацыі.

Па меры адаптацыі ў адказах усё часцей з'яўляюцца ацэнкі, звязаныя з ростам прафесійнай матывацыі, адчуваннем перспектывы развіцця і большай стабільнасці. Адносна будучых арыентацый у інтэрв'ю прасочваецца намер працягваць прафесійную дзейнасць у краіне цяперашняга пражывання ў сярэднетэрміновай перспектыве. Адкрытасць да вяртання ў Беларусь згадваецца выключна ва ўмоўнай форме і звязваецца з магчымымі істотнымі палітычнымі і структурнымі зменамі.

АНАЛІТЫЧНАЯ ДЫСКУСІЯ І ТРЫЯНГУЛЯЦЫЯ ВЫНІКАЎ

Вынікі апытання дазваляюць прааналізаваць адаптацыю беларускіх медыкаў у краінах Еўрапейскага Саюза як шматслойны працэс, у якім асабістыя стратэгіі непарыўна звязаныя з палітычным кантэкстам, інстытуцыйнымі рамкамі і рэсурсамі дыяспарных супольнасцяў. Трыянгуляцыя даных паказвае, што хоць кожнае жыццёвае рашэнне мае індывідуальны характар, агульная структура перажыванняў і выклікаў аказваецца вельмі падобнай для большасці ўдзельнікаў даследавання.

Усе тры крыніцы даных – анкетаванне, інтэрв’ю і кантэкстуальныя матэрыялы – даюць узгодненую карціну: іміграцыя беларускіх медыкаў у ЕС з’яўляецца не варыянтам кар’ернага развіцця, а рэакцыяй на ўзмацненне палітычнага ціску ў Беларусі. Гэтае зыходнае становішча – прымусовы характар пераезду – вызначае тонкасць і складанасць усіх далейшых этапаў адаптацыі. Менавіта таму настрой і ўспрыманне рэальнасці на ранніх этапах выезду часта характарызуецца пачуццём уразлівасці і дэстабілізацыі, а не кіраванага прафесійнага планавання.

Прымусовыя матывы і зыходная ўразлівасць

У анкетаванні пераважаюць палітычныя прычыны выезду, і гэта цалкам пацвярджаецца ў аповедах падчас інтэрв’ю. Тое ж самае мы чытаем у матэрыялах СМІ. Людзі згадваюць не столькі асобныя эпізоды рызыкі, колькі пастаяннае нарастанне напружання, якое выразна ўплывала на прафесійную дзейнасць. Для медыкаў, занятых у дзяржаўнай сістэме аховы здароўя, палітычны ціск часта праяўляўся ў форме адміністрацыйнага пераследу, пагроз непрацягнення кантракта, ціску з боку кіраўніцтва або сілавых структур. Пераезд у такіх умовах не ўспрымаецца як выбар, а набывае характар стратэгіі выжывання.

Аповеды паказваюць, што рашэнне пра ад’езд звычайна прымаецца ў момант, калі баланс паміж рызыкай і магчымасцямі захавання прафесійнай і людскай годнасці становіцца невыносным. Пераезд азначае не толькі геаграфічны разрыў, але і непазбежны разрыў са звыклымі формамі прафесійнай самарэалізацыі. Гэтая страта вызначае эмацыйную дынаміку першых месяцаў пасля пераезду: упэўненасць, якая звычайна суправаджае людзей з высокай прафесійнай кваліфікацыяй, на некаторы час саступае месца няўпэўненасці і пераасэнсаванню ўласнай ролі.

Праблема «спантаннага» пераезду як вынік структурнай непрадказальнасці

Адной з тэндэнцый, якая вылучаецца як у анкетаванні, так і ў інтэрв’ю, з’яўляецца адсутнасць магчымасці ўсвядомлена планавання пераезду. Значная частка рэспандэнтаў характарызуе свой ад’езд як «спантанны», але аповеды паказваюць, што спантаннасць у дадзеным кантэксце – вынік структурных умоваў, а не імпульсіўнасці.

Нягледзячы на спробу часткі ўдзельнікаў загадзя рыхтавацца да магчымай эміграцыі, рэальны момант ад’езду часта аказваўся значна больш раптоўным, чым чакалася. Суразмоўцы адзначалі, што палітычныя падзеі і звязаны з імі ціск паскаралі неабходнасць прыняцця рашэнняў, у той час як інфармацыі пра настрывіфікацыю, працоўныя магчымасці або бюракратычныя працэдуры часта бракавала. У выніку многія апісваюць гэты перыяд як стан павышанай няпэўнасці, калі даводзілася дзейнічаць хутка, не маючы ўпэўненасці ні ў тэрмінах, ні ў наступствах.

У выніку нават добра падрыхтаваныя адмыслоўцы вымушаныя былі прымаць рашэнні ў стане абмежаванай інфармацыі, што ўзмацняла стрэс і стварала адчуванне хаатычнасці першых месяцаў жыцця ў ЕС.

Геаграфія выбаркі і тое, што дадзеныя дазваляюць (і не дазваляюць) сцвярджаць

Даследаванне ахоплівае медыкаў, якія ўжо пражываюць у Польшчы, Літве і Германіі. Структура выбаркі вынікае з даступнасці рэспандэнтаў і геаграфічных межаў праекта, а не адлюстроўвае ўсіх магчымых напрамкаў, куды выехалі беларускія медыкі.

Выбар краіны цяперашняга пражывання ў наратывах суразмоўцаў тлумачыцца, як правіла, практычнымі фактарамі – моўнай блізкасцю, наяўнасцю сацыяльных кантактаў, дыяспарнымі сеткамі або больш зразумелымі працэдурамі легалізацыі. Аднак гэтыя фактары з’яўляюцца фрагментарнымі і індывідуальнымі, што не дазваляе разглядаць іх як аснову для аналітычнага абагульнення або міжкраінавага параўнання. У сувязі з гэтым аналіз засяроджваецца не на прычынах выбару канкрэтных краін, а на працэсах адаптацыі медыкаў ва ўмовах вымушанай міграцыі.

Асобна адзначым, што ў інтэрв’ю наўмысна не выкарыстоўваліся даныя пра краіну пражывання як аналітычная зменная з мэтай мінімізацыі рызык ідэнтыфікацыі ўдзельнікаў.

Настрыфікацыя як ключавы інстытуцыйны выклік

Для большасці беларускіх медыкаў працэс настрыфікацыі становіцца цэнтральным элементам адаптацыі як у прафесійным, так і ў псіхалагічным сэнсе. Анкетаванне адлюстроўвае агульнае ўспрыманне складанасці: рэспандэнты адзначаюць праблемы з дакументамі, недастатковую празрыстасць працэдур, моўныя патрабаванні і працяглыя тэрміны.

Інтэрв’ю раскрываюць гэты працэс значна глыбей. Са слоў суразмоўцаў, настрыфікацыя – гэта не толькі серыя бюракратычных этапаў, але і перыяд, калі чалавек фактычна выпадае са сваёй прафесійнай ролі. Людзі з вялікім досведам і высокай кампетэнтнасцю на пэўны час губляюць магчымасць працаваць як лекары, што можа ўспрымацца як сімвалічная стратэгія «пачаць усё з нуля». Гэта стварае моцны псіхалагічны ціск, асабліва ў сітуацыі, калі на плечы кладуцца фінансавыя выдаткі, адказнасць за сям’ю і неабходнасць хутка прыстасавацца да новых умоў жыцця.

Пры гэтым усе суразмоўцы падкрэсліваюць, што цяжасці настрыфікацыі ні ў якім разе не звязаныя з недахопам прафесійных ведаў. Наадварот многія адзначаюць, што пасля атрымання права на працу яны хутка ўключаюцца ў сістэму і атрымліваюць пацвярджэнне сваёй кампетэнтнасці. Гэта яшчэ раз сведчыць пра тое, што асноўныя бар’еры маюць інстытуцыйны, а не прафесійны характар.

Сацыяльная інтэграцыя і ключавая роля сетак падтрымкі

Бліжэйшы разгляд працэсу сацыяльнай адаптацыі паказвае, што афіцыйныя структуры краін-прымальнікаў адыгрываюць важную, але не вызначальную ролю. Анкетаванне паказвае сярэдні ўзровень інтэграванасці і даволі крытычнае ўспрыманне інстытуцыйнай падтрымкі, а інтэрв’ю даюць разуменне, чаму гэта так.

Прафесійныя групы, чаты і неформальныя сеткі становяцца асноўнай крыніцай інфармацыі і дапамогі. Менавіта праз іх людзі даведваюцца пра непублічныя асаблівасці працэдур, атрымліваюць параду адносна дакументаў або экзаменаў. Для шмат каго гэта найбольш надзейны канал падтрымкі ў перыяд адаптацыі.

У адрозненне ад фармальных інстытутаў, якія часта дзейнічаюць павольна і абмежавана ў індывідуальнай падтрымцы, неформальныя сеткі падтрымкі – у тым ліку беларускія супольнасці ў выгнанні, сяброўскія і прафесійныя кантакты – забяспечваюць хуткую рэакцыю, эмпатыю і адчуванне калектыўнай салідарнасці. Практычны і эмацыйны капітал гэтых сетак часткова кампенсуе недахоп або недаступнасць інстытуцыйнай падтрымкі.

Прафесійная ідэнтычнасць і бачанне будучыні

Працэс адаптацыі ўплывае і на пераасэнсаванне прафесійнай ідэнтычнасці. У апытанні бачна, што многія медыкі высока ацэньваюць сацыяльны статус і абароненасць прафесіі ў краіне пражывання. У інтэрв’ю людзі апісваюць, што ўпершыню адчуваюць павагу, няўмоўнасць і празрыстасць працоўных адносін.

Хоць у апытанні рэспандэнты адзначалі, што разглядаюць магчымасць вяртання ў Беларусь толькі пры змене палітычнага рэжыму, у інтэрв’ю гэтая тэма ўздымаецца значна радзей. Удзельнікі канцэнтруюцца пераважна на задачы адаптацыі: вывучэнне мовы, прафесійнае развіццё, доступ да новых тэхнічных магчымасцяў, выбудованне паўсядзённасці. Прамая рэфлексія пра эмацыйную сувязь або павязі на падставе ідэнтычнасці з Беларуссю адсутнічаюць.

АБАГУЛЬНЕННЕ АСНОЎНЫХ ВЫСНОВАЎ

Трыягуляцыя анкетных і атрыманых з інтэрв'ю даных паказвае ўзгодненую структуру адаптацыі, якая ўключае некалькі ўзроўняў. На макраўзроўні адаптацыю вызначае палітычны кантэкст, які прымусіў людзей пакінуць Беларусь і ўскладніў збіранне дакументаў і планаванне будучыні. На мезаўзроўні ключавую ролю адыгрываюць інстытуцыйныя працэдуры краін прыбыцця, у першую чаргу настрыфікацыя. На мікраўзроўні адаптацыя залежыць ад уласных рэсурсаў чалавека і падтрымкі, якую ён атрымлівае ад супольнасці.

Гэтая шматузроўневая канфігурацыя дазваляе лепш зразумець, чаму працэс адаптацыі беларускіх медыкаў у краінах ЕС мае не лінейны, а паступовы характар: ад дэстабілізацыі і часовай страты прафесійнай ролі да аднаўлення і новай формы прафесійнай ідэнтычнасці.

Агульная карціна сведчыць пра ўстойлівасць і адаптыўнасць беларускай медыцынскай дыяспары, але таксама падкрэслівае неабходнасць палітычных і інстытуцыйных умоў, якія б мінімізавалі бар'еры і спрыялі поўнай інтэграцыі.

СПІС ВЫКАРЫСТАНЫХ КРЫНІЦ

- Amnesty International. Belarus: Crackdown on Medics. 2022. (03.12.2025).
- BBC News, Нападения на врачей: белорусские медики о происходящем в стран, (13.08.2020).
- ByMedSol, Гайдды по легализации (01.12.2025).
- Delfi, «Еще в Минске мы понимали, что уезжаем навсегда». Легко ли врачу из Беларуси получить право на работу в Литве и Украине?, (30.11.2022).
- Eurostat, Statistics | Eurostat (31.10.2025).
- GUS. Cudzoziemcy wykonujący pracę w Polsce w 2023 r., (11.06.2024).
- K. Dębowska, U. Kłosiewicz-Górecka, A. Szymańska, A. Wejt-Knyżewska, K. Zybertowicz, Wykwalifikowani cudzoziemcy w Polsce – scenariusze zatrudniania w perspektywie 2035 r., Policy Paper, nr 1, Polski Instytut Ekonomiczny, Warszawa 2024, s. 17–18.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR). Belarus: Experts Alarmed at Reports of Coercive Psychiatric Treatment as Punishment for Political Dissent. (24.10.2025).
- Raport Migracje Białorusinów do Polski i Unii Europejskiej. Krajobraz po sierpniu 2020 r., O. Chmiel, P. Kaźmierkiewicz, K. Sauka, A. Kulesa (red.), Warszawa 2021, s. 40.
- Reformation, Более 1300 медиков подписали открытое письмо против насилия – REFORM.news (ранее REFORM.by) (23.10.2020).
- RFI, «Это медицина катастроф» – медики Беларуси вышли на акции против насилия силовиков (15.08.2020).
- Solidarnast. Эксплуатацыя працы ўрачоў у Беларусі (07.09.2023).
- VITRINA, «Эмиграция стала единственным шансом сохранить себя как врача». История беларуса, который сменил белорусскую больницу на польскую клинику – Витрина (11.10.2025).
- БелТА, Белстат подсчитал, сколько врачей в Беларуси (11.06.2025).
- Настоящее время, Репрессии и онлайн-консультации: как белорусские врачи объединились, чтобы помогать пациентам и друг другу (15.11.2021).
- Наша Ніва, «Поликлиника ждала нового травматолога, а тот исчез». Сколько медиков уехало из Беларуси? (12.11.2023).

ДАДАТАК 1.

Табліца трыянгуляцыі (анкета vs. інтэрв'ю)

Тэма	Анкета	Інтэрв'ю	Вынік трыянгуляцыі
Спонтаннасць пераезду	64% адзначылі, што не былі гатовыя	Большасць (1, 2, 3, 6)	Канвергенцыя
Роля сяброў / знаёмых	71% атрымалі дапамогу	Прысутнічае ва ўсіх інтэрв'ю	Моцная канвергенцыя
Розніца ў стаўленні да лекараў	78% адчулі паляпшэнне	Поўнае пацверджанне (1, 2, 5, 6, 7)	Моцная канвергенцыя
Праблемы бюракратыі	Частыя цяжкасці	Асабліва № 2, 5, 6	Канвергенцыя
Павышэнне ўпэўненасці	Паводле адкрытых адказаў – так	№ 2, 6, 7	Канвергенцыя

Метадалагічная заўвага

Канвергенцыя азначае ўстойлівае супадзенне даных з анкетаў і інтэрв'ю, у той час як моцная канвергенцыя абазначае супадзенне, якое з'яўляецца не толькі ўстойлівым, але і шырока пацверджаным праз наратывы ў інтэрв'ю.

АЎТАРЫ

Ганна Васілевіч

Мае ступень доктаркі філасофіі ў галіне міжнародных адносін і еўрапейскіх даследаванняў. Яе навуковыя інтарэсы ўключаюць дзяржаўную ідэалогію і прапаганду, пытанні ідэнтычнасці, міжэтнічныя адносіны, моўную разнастайнасць, а таксама дыяспару і адносіны з гістарычнай радзімай (kin-state).

Максім Каралёў

Выпускнік гістарычнага факультэта Віцебскага дзяржаўнага ўніверсітэта імя П.М. Машэрава. З 2008 па 2020 гг. выкладаў сацыялогію і сацыялогію здароўя ў Віцебскім дзяржаўным медыцынскім універсітэце. Адначасова супрацоўнічаў з Цэнтрам сацыялагічных і палітычных даследаванняў БДУ. Сябра Беларускага інстытута ў Празе.