



**Komitet
Badań nad Migracjami**

**Zdrowie psychiczne oraz dobrostan
migrantów i migrantek w Polsce**

**Sara Bojarczuk
Agnieszka Trąbka**

EKSPERTYZY KOMITETU BADAŃ NAD MIGRACJAMI PAN

Warszawa - Kraków 2025

Spis treści

Streszczenie ekspertyzy.....	3
1. Wprowadzenie.....	5
2. Pojęcie zdrowia psychicznego i dobrostanu.....	10
2.1. Definicje zdrowia psychicznego i dobrostanu.....	10
2.2. Zdrowie psychiczne w polityce Unii Europejskiej.....	12
2.3. Zdrowie psychiczne w Polsce.....	14
3. Specyfika zdrowia psychicznego i dobrostanu migrantów i migrantek.....	16
3.1. Przed-migracyjne czynniki ryzyka.....	18
3.2. Zdrowie psychiczne migrantów (w porównaniu z nie-migrantami).....	20
3.3. Migracja a dobrostan.....	24
4. Czynniki ryzyka wpływające na zdrowie psychiczne migrantów i migrantek.....	25
4.1. Czynniki związane z sytuacją prawną - niepewność i stan zawieszenia.....	27
4.2. Czynniki związane z zatrudnieniem i sytuacją finansową.....	29
4.3. Czynniki związane z sytuacją mieszkaniową.....	33
4.4. Czynniki związane z sytuacją społeczną.....	37
5. Czynniki wspierające zdrowie psychiczne i dobrostan migrantów i migrantek.....	44
5.1. Rola kapitału społecznego i wsparcia.....	45
5.2. Rola praktyk religijnych, partycypacji społecznej i hobby.....	47
6. Migranci i migrantki w systemie opieki zdrowotnej.....	50
6.1. Korzystanie z usług związanych ze zdrowiem psychicznym.....	50
6.2. Bariery w dostępie do usług zdrowotnych, w tym zdrowia psychicznego.....	52
6.3. Kompetencje kulturowe w pracy z migrantami.....	55
7. Przykłady dobrych praktyk.....	57
8. Rekomendacje.....	61
9. Bibliografia.....	67

Streszczenie ekspertyzy

Polska, stając się w ostatnich latach ważnym **krajem przyjmującym** migrantów, odnotowała intensywny rozwój badań nad imigracją. Wciąż jednak **brakuje systematycznej wiedzy** o zdrowiu psychicznym i dobrostanie osób migrujących – obszarze kluczowym dla skutecznej integracji społecznej i ekonomicznej. Na kondycję psychiczną wpływają zarówno **zasoby indywidualne** (np. język, wsparcie społeczne), jak i **czynniki strukturalne** (np. warunki pracy, dostęp do opieki zdrowotnej). Jednocześnie migracja może też **wzmacniać dobrostan**, jeśli poprawi jakość życia jednostki.

Ekspertyza przyjmuje współczesne, **biopsychospołeczne rozumienie zdrowia psychicznego** zgodnego z definicją WHO, a także szerokie ujęcie dobrostanu jako subiektywnego poczucia szczęścia i zadowolenia z życia. **W europejskiej polityce**, zdrowie psychiczne **zyskuje na znaczeniu**, lecz w Polsce nadal brakuje kompleksowych badań empirycznych, a system opieki psychiatrycznej i psychologicznej pozostaje niedofinansowany i mało dostępny, zwłaszcza dla niektórych grup migrantów.

Wśród **czynników ryzyka** gorszego stanu zdrowia psychicznego i dobrostanu kluczowe znaczenie ma **sytuacja prawna**. Ustabilizowana sytuacja legislacyjna przekłada się na poczucie bezpieczeństwa, zaś bycie osobą o nieregulowanym statusie lub przedłużające się oczekiwanie na decyzję w sprawie możliwości osiedlenia się w kraju przyjmującym wiąże się z poczuciem zawieszenia, niepewności oraz lęku przed możliwą deportacją.

Trudna **sytuacja finansowa** migrantów przekłada się na gorsze warunki mieszkaniowe, konieczność rezygnowania z dóbr i towarów ważnych z punktu widzenia zdrowia i dobrostanu (np. lekarstwa, zdrowa żywność) czy pracę w bardzo dużym wymiarze godzin i brak odpoczynku. Do tego może też dochodzić presja, aby wysłać jak najwięcej transferów pieniężnych, co z kolei potęguje presję ekonomiczną w życiu codziennym opisaną powyżej.

Blisko powiązane z sytuacją finansową są **czynniki ryzyka dotyczące pracy**, choć obejmują one również kwestie pozamaterialne. Chodzi na przykład o możliwość legalnego i stabilnego zatrudnienia, ryzyko bezrobocia, pracę poniżej kwalifikacji, często obciążającą fizycznie i psychicznie.

Jeśli chodzi o **sytuację mieszkaniową**, to zamieszkanie w ośrodkach zbiorowego zakwaterowania, a w szczególności pobyt w ośrodkach strzeżonych wiąże się z ryzykiem pogorszenia zdrowia psychicznego, w tym zaburzeń lękowych, depresji i kryzysów suicydalnych. Z kolei na rynku najmu migranci często doświadczają dyskryminacji, co dodatkowo potęguje stres i niepewność.

Społeczne czynniki ryzyka obejmują po pierwsze wpływ **oddzielenia od rodziny i bliskich** w kraju pochodzenia, tęsknotę i brak wsparcia społecznego. Po drugie - wyzwania związane ze zbudowaniem sieci społecznej w kraju zamieszkania i towarzyszące czasami migrantom **poczucie izolacji społecznej** czy samotności. Po trzecie wreszcie na dobrostan migrantów oddziałują postawy panujące w społeczeństwie przyjmującym, a w szczególności przejawy **dyskryminacji**.

Wsparcie społeczne stanowi kluczowy **czynnik ochronny** dla dobrostanu psychicznego migrantów, a sieci rodzinne i diaspora odgrywają szczególnie istotną rolę w budowaniu poczucia bezpieczeństwa i przynależności. Istotnym źródłem odporności mogą być także praktyki religijne, które oferują emocjonalne ukojenie, poczucie sensu. Dodatkowo **partycypacja społeczna** i angażowanie się w **hobby**, w tym w aktywność sportową, sprzyjają integracji, wzmacniają dobrostan oraz zwiększają **sprawczość i rezyliencję**.

Dostęp migrantów do opieki psychologicznej i psychiatrycznej jest ograniczony przez **bariery językowe, kulturowe, systemowe oraz stygmatyzację**. Kluczowe jest rozwijanie kulturowo kompetentnych usług, lepszej informacji w językach migrantów i szkolenia personelu.

Przykłady dobrych praktyk pokazują skuteczność holistycznych podejść łączących wsparcie prawne, psychologiczne, mieszkaniowe i społeczne (np. fundacja Ocalenie), a także inicjatyw informacyjnych i programów wzmacniania dobrostanu.

Rekomendacje obejmują:

- ✓ Minimalizację czynników ryzyka (przyspieszenie procedur legalizacyjnych, ograniczenie detencji, działania antydyskryminacyjne)
- ✓ Wzmacnianie zasobów migrantów (dostęp do kursów językowych, budowanie sieci społecznych, odpowiedzialne media)
- ✓ Wzmocnienie systemu opieki zdrowotnej (koordynacja międzysektorowa, usługi dostosowane kulturowo i językowo, zatrudnianie tłumaczy i mediatorów)
- ✓ Rozwój badań naukowych dotyczących szczególnie wrażliwych grup migrantów.

1. Wprowadzenie

W obliczu dynamicznych przemian społecznych, politycznych i gospodarczych zjawisko migracji zyskuje na znaczeniu zarówno w kontekście globalnym jak i lokalnym. W ostatnich latach Polska stała się krajem przyjmującym coraz większą liczbę migrantów i migrantek, pochodzących z różnych regionów świata, w tym głównie z Ukrainy, Białorusi, Azji Centralnej i Południowej oraz (w mniejszym stopniu) z krajów afrykańskich, Ameryki Południowej i Bliskiego Wschodu. Pod koniec 2015 r. w Polsce udział cudzoziemców w ogólnej liczbie osób ubezpieczonych w ZUS wynosił 1,2%, natomiast pod koniec grudnia 2024 r. udział cudzoziemców osiągnął już 7,3%, przy czym większość pochodziła z Ukrainy lub Białorusi. W lutym 2025 r. w Polsce mieszkało 1,55 mln obywateli Ukrainy, w tym prawie 1 mln osób objętych ochroną tymczasową. Ogółem Ukraińcy stanowią 78% wszystkich cudzoziemców w Polsce (UDSC, 2025). Jednak w ostatnich latach Polska stała się również krajem docelowym dla coraz większej liczby migrantów z bardziej odległych miejsc, m.in. z Azji Południowej i Ameryki Łacińskiej. Na przykład obywatele Indii, Kolumbii i Filipin stanowią obecnie odpowiednio czwartą, piątą i szóstą grupę cudzoziemców pracujących w Polsce (GUS, 2025). Choć ich liczba jest wciąż stosunkowo niewielka w porównaniu z Ukraińcami lub Białorusinami, wzrost liczby pozwoleń na pracę i zezwoleń na pobyt czasowy w ciągu ostatniej dekady jest znaczny: ponad 140-krotny wzrost w przypadku Kolumbijczyków (z 108 osób w 2015 r. do 15 199 w 2024 r.), ponad 62-krotny wzrost w przypadku Filipińczyków (z 237 w 2015 r. do 14 800 w 2024 r.) oraz prawie 12-krotny (z 1941 do 22 701) w przypadku obywateli Indii (ZUS, 2025).

Procesy migracyjne w Polsce, intensyfikowane zarówno przez zmiany geopolityczne, jak i rosnące potrzeby rynku pracy, niosą ze sobą szereg wyzwań społecznych, kulturowych i psychologicznych – zarówno dla samych migrantów, jak i dla społeczeństwa przyjmującego. Pomimo tego, że procesy te zazwyczaj postrzegane przez pryzmat integracji ekonomicznej, wiążą się one również z głębokimi przemianami psychospołecznymi, mającymi istotny wpływ na zdrowie psychiczne i ogólny dobrostan jednostek. W Polsce, mimo rosnącej liczby osób z doświadczeniem migracyjnym - temat ten nadal jest marginalizowany w debacie publicznej i polityce społecznej.

W kontekście rosnącej różnorodności społecznej i kulturowej, kwestia zdrowia psychicznego oraz dobrostanu migrantów i migrantek nabiera szczególnego znaczenia. Migracja - niezależnie od jej przyczyn - wiąże się z procesami adaptacji, strat i przystosowania do nowego środowiska, co może generować stres, poczucie niepewności, a w innych przypadkach również objawy

depresyjne czy lękowe. Na kondycję psychiczną migrantów wpływają zarówno indywidualne zasoby jednostki (np. kompetencje językowe, sieci wsparcia, doświadczenie wcześniejszych migracji), jak i czynniki strukturalne - takie jak dostęp do usług zdrowotnych, stabilność zatrudnienia, warunki mieszkaniowe czy poziom akceptacji społecznej.

Badania prowadzone w innych krajach europejskich (Dumke et al., 2024; Forray et al., 2024) wskazują, że migranci napotykać na wielopoziomowe bariery w dostępie do pomocy psychologicznej - od formalnych (np. brak ubezpieczenia czy środków finansowych niezbędnych do skorzystania z opieki zdrowotnej), przez instytucjonalne (np. brak tłumaczy czy kompetencji kulturowych wśród pracowników, niewystarczająca liczba specjalistów), po kulturowe (stygmatyzacja problemów psychicznych, różnice w sposobie rozumienia i postrzegania zagadnień związanych z dobrostanem i zdrowiem psychicznym).

Zależności pomiędzy zdrowiem psychicznym a migracją są niezwykle złożone i zależą również od kontekstu kraju zamieszkania migrantów - od rozwiązań prawnych, kontekstu kulturowego, dostępnej oferty usług zdrowotnych czy wreszcie czynników społecznych takich jak możliwość nawiązywania znaczących relacji społecznych (w tym sieci wsparcia) czy postawy społeczeństwa wobec migrantów. To powoduje, że wyniki badań prowadzonych w innych regionach, nie zawsze mogą przekładać się na interesujący nas kontekst Polski. Dlatego w niniejszej ekspertyzie zdecydowaliśmy się skoncentrować na wynikach badań prowadzonych w Europie, a w szczególności w Polsce i Europie Środkowo-Wschodniej. Ze względu na relatywnie niewielką ilość danych empirycznych dotyczących zdrowia psychicznego i dobrostanu migrantów w Polsce, w niektórych przypadkach uwzględniamy również większe badania europejskie lub międzynarodowe. To ostatnie ma miejsce wtedy, gdy chcemy pokazać pewien trend czy tendencję i uznajemy ustalenia z danej pozycji za odnoszące się również do polskiego kontekstu. Największy nacisk kładziemy na badania najnowsze - z ostatniej dekady, lub ewentualnie z XXI wieku. Do wcześniejszej literatury odwołujemy się wtedy, gdy ma ona charakter teoretyczny, ale wciąż aktualny. Wspomniana niewielka liczba badań oraz ich ograniczenia wynikają ze specyfiki tego obszaru badawczego: trudności pojawiają się już na etapie rekrutacji uczestników – wiele osób unika udziału z powodu stygmatyzacji. Istotnym wyzwaniem są także kwestie etyczne, obejmujące ochronę wrażliwych danych, ryzyko wywołania pogorszenia stanu psychicznego podczas badań oraz uzyskanie w pełni świadomej zgody. Poza tym, różnice kulturowe, odmienne sposoby rozumienia zdrowia psychicznego i bariery językowe komplikują porównywalność danych, a ograniczenia systemowe – takie jak niedostateczne finansowanie dodatkowo utrudniają prowadzenie rzetelnych badań.

Zdrowie psychiczne i dobrostan jednostki kształtują się w biegu życia, a w poszczególnych jego etapach przybierają odmienny charakter, zależny od specyficznych wyzwań rozwojowych, społecznych i środowiskowych. Dlatego w niniejszej ekspertyzie koncentrujemy się na zdrowiu psychicznym dorosłych migrantów i migrantek. Okres dorosłości obejmuje fazy życia, w których jednostki są zazwyczaj najbardziej aktywne zawodowo i społecznie, ponoszą odpowiedzialność za utrzymanie siebie i rodziny, a także podejmują decyzje kluczowe dla swojej pozycji społecznej i ekonomicznej w kraju przyjmującym. Z tego względu doświadczenia migracyjne - takie jak proces adaptacji i integracji czy stres akulturacyjny - mają szczególne znaczenie dla kondycji psychicznej osób omawianych w poniższej ekspertyzie. Decyzja o ograniczeniu naszej analizy do osób dorosłych wynika również z odmiennych uwarunkowań psychologicznych i społecznych poszczególnych grup wiekowych. Dzieci i młodzież z doświadczeniem migracyjnym, ze względu na specyfikę procesów rozwojowych oraz silną zależność od środowiska rodzinnego i edukacyjnego, wymagają odrębnych narzędzi analitycznych oraz innego zaplecza teoretycznego. W literaturze przedmiotu, grupy dorosłych i niepełnoletnich migrantów są najczęściej analizowane osobno - zarówno z perspektywy psychologicznej, jak i społecznej - co pozwala na bardziej precyzyjne uchwycenie mechanizmów wpływających na zdrowie psychiczne i dobrostan. Wybór skupienia się na dorosłych migrantach i migrantkach umożliwia zatem pogłębione rozpoznanie czynników ryzyka i zasobów związanych z funkcjonowaniem w środowisku pracy, życiem rodzinnym, integracją społeczną oraz dostępem do usług zdrowotnych - obszarów kluczowych dla kształtowania dobrostanu.

Jak wskazujemy poniżej, zarówno pojęcie zdrowia psychicznego, jak i dobrostanu jest bardzo szerokie i często nieprecyzyjnie zdefiniowane w artykułach, co przekłada się na brak jasno określonych i zweryfikowanych procedur operacjonalizacji tych pojęć. W rezultacie w badaniach zdrowia psychicznego i dobrostanu uwzględniane są różne konstrukty, mierzone są bardzo różne zmienne, oraz stosowane są różne metodologie, co ogranicza możliwości dokonywania porównań i syntez i skutkuje tym, że albo wyprowadzane wnioski są na bardzo dużym poziomie ogólności albo wręcz przeciwnie - są bardzo szczegółowe, odnoszące się do konkretnego kontekstu badawczego. W jednym i w drugim przypadku trudno z nich wyprowadzić praktyczne implikacje i rekomendacje. Dlatego w tej ekspertyzie będziemy się starały przede wszystkim dokonać uporządkowania i usystematyzowania dostępnych danych oraz zsyntetyzowania ich tam, gdzie będzie to możliwe. Naszym celem jest wskazanie pytań i

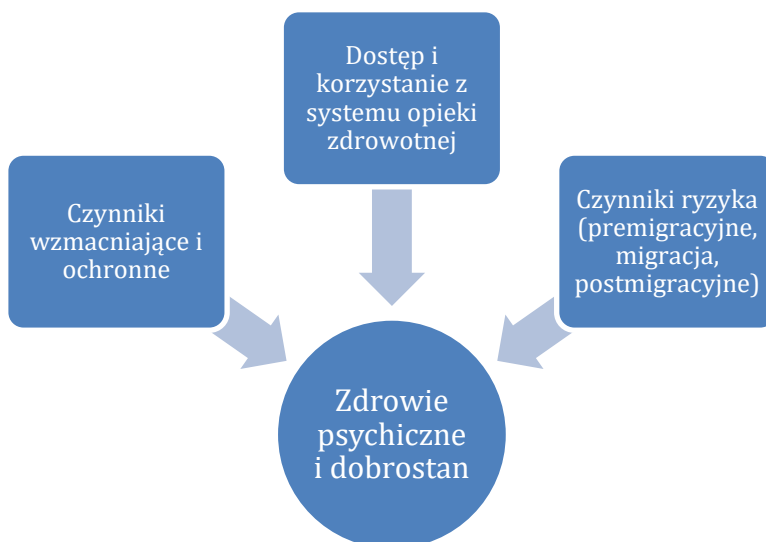
zagadnień, co do których w literaturze panuje konsensus; takich, w których z badań płyną niejednoznaczne bądź sprzeczne wnioski oraz takich, w których wciąż badań brakuje.

Niniejsza ekspertyza ma na celu kompleksową analizę zdrowia psychicznego oraz dobrostanu migrantów i migrantek w Polsce, uwzględniając ich doświadczenia migracyjne, sytuację życiową oraz proces integracji społecznej. W szczególności skupia się na identyfikacji czynników ryzyka i czynnikach ochronnych, które wpływają na kondycję psychiczną osób migrujących, a także na barierach i dobrych praktykach wspierających dobrostan podczas procesu integracji. Dokument ten ma również na celu identyfikację barier w dostępie do wsparcia psychologicznego i społecznego oraz zaprezentowanie rekomendacji opartych na badaniach i doświadczeniach praktycznych. W ramach ekspertyzy realizowane są następujące cele szczegółowe:

1. Przegląd badań i analiza danych zastanych, w tym statystyk, raportów i literatury naukowej dotyczącej zdrowia psychicznego migrantów w Polsce z uwzględnieniem różnic między grupami narodowościowymi (zwłaszcza szczególnej sytuacji osób z Ukrainy, uciekających przed wojną), etapami migracji oraz kontekstem społecznym (takim jak sytuacja na rynku pracy, warunki zamieszkania, dostęp do służby zdrowia czy rola sieci społecznych).
2. Ewaluacja obowiązujących rozwiązań i polityk związanych ze zdrowiem psychicznym, a w szczególności ich dostępność, adekwatność w odniesieniu do potrzeb migrantów i migrantek.
3. Identyfikacja kluczowych czynników ryzyka oraz czynników ochronnych, które wpływają na kondycję psychiczną i dobrostan osób migrujących, w tym analiza wpływu dyskryminacji, stresu migracyjnego, stabilizacji życiowej (lub jej braku), wsparcia społecznego oraz zasobów indywidualnych.
4. Analiza barier w dostępie do wsparcia psychologicznego z uwzględnieniem barier językowych, instytucjonalnych, kulturowych i finansowych, a także wskazanie istniejących dobrych praktyk wspierających zdrowie psychiczne migrantów podczas procesu integracji.

5. Wypracowanie rekomendacji opartych na wynikach badań oraz doświadczeniach praktycznych, które mogą wspierać rozwój skutecznych, inkluzywnych i systemowych działań na rzecz zdrowia psychicznego i dobrostanu migrantów w Polsce.

Ekspertyza skierowana jest do środowiska naukowego, praktyków pracujących bezpośrednio z migrantami i migrantkami (m.in. psychologów, pracowników socjalnych, edukatorów, doradców zawodowych), a także do decydentów i interesariuszy odpowiedzialnych za kształtowanie polityk migracyjnych i społecznych. Celem dokumentu jest nie tylko pogłębienie wiedzy na temat związków między migracją a zdrowiem psychicznym, ale także wskazanie możliwych kierunków działań wspierających dobrostan osób z doświadczeniem migracyjnym w dłuższej perspektywie. Rysunek 1 przedstawia główne czynniki wpływające na zdrowie psychiczne i dobrostan, omawiane w niniejszej ekspertyzie.



Rys. 1. Główne czynniki wpływające na zdrowie psychiczne i dobrostan, omawiane w niniejszej ekspertyzie.

Struktura niniejszej ekspertyzy została zaprojektowana tak, aby przeprowadzić czytelnika od podstawowych pojęć związanych z rozumieniem zdrowia psychicznego i dobrostanu, do szczegółowej analizy czynników ryzyka jak i tych wzmacniających poczucie dobrostanu, po rekomendacje dotyczące zdrowia psychicznego migrantów i migrantek w Polsce. Rozdział drugi przedstawia definicje zdrowia psychicznego i dobrostanu oraz umieszcza je w kontekście polityki Unii Europejskiej i Polski. W rozdziale trzecim omówiono specyfikę zdrowia psychicznego osób migrujących, w tym przede wszystkim czynniki przedmigracyjne oraz

porównanie z osobami które nie posiadają doświadczenia migracyjnego. Co ważne, ekspertyza nie zakłada, że wyzwania z którymi mierzą się migranci dotyczą tylko tej grupy - wręcz przeciwnie, zdrowie psychiczne i dobrostan to temat który odnosi się do każdej grupy społecznej - jednak ze względu na omawiane czynniki społeczno-ekonomiczne, migranci są bardziej narażeni na pogorszenie się zdrowia psychicznego. Rozdział czwarty analizuje właśnie kluczowe czynniki ryzyka: prawne, ekonomiczne, mieszkaniowe i społeczne, które wpływają na kondycję psychiczną migrantów. Następnie rozdział piąty prezentuje czynniki wspierające dobrostan - takie jak wsparcie społeczne, partycypacja i rezyliencja. Kolejny rozdział opisuje funkcjonowanie migrantów w systemie opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem dostępu do usług psychologicznych i psychiatrycznych, napotykanym barier oraz znaczenie kompetencji kulturowej personelu. Rozdział siódmy zawiera przykłady dobrych praktyk, natomiast rozdział ósmy przedstawia rekomendacje wynikające z przeprowadzonej analizy.

2. Pojęcie zdrowia psychicznego i dobrostanu

Omawiając zagadnienia związane ze zdrowiem psychicznym, warto rozpocząć od zdefiniowania samego pojęcia oraz wskazania jego kluczowych komponentów. W tej części przedstawione również zostaną główne ujęcia dobrostanu, które pomagają zrozumieć jak jednostki funkcjonują oraz realizują swoje potrzeby w życiu codziennym.

2.1. Definicje zdrowia psychicznego i dobrostanu

Zdrowie psychiczne to dynamiczny stan wewnętrznej równowagi, który pozwala ludziom wykorzystywać swoje zdolności w zgodzie z powszechnymi wartościami społecznymi. Jest to podstawowy element definicji zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization, WHO*). „Dobre zdrowie psychiczne pozwala ludziom realizować swój potencjał, radzić sobie z normalnym stresem związanym z życiem, pracą i produktywnością oraz wносить wkład w życie społeczności” (WHO, 2013:5). Istotnymi składnikami zdrowia psychicznego, które w różnym stopniu przyczyniają się do stanu wewnętrznej równowagi, są podstawowe umiejętności poznawcze i społeczne, zdolność rozpoznawania, wyrażania i modulowania własnych emocji, a także współczucie dla innych; elastyczność i zdolność radzenia sobie z niekorzystnymi wydarzeniami w życiu oraz funkcjonowanie w rolach społecznych. Ponadto zdrowie psychiczne, to nie tylko dobry stan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka, ale także zdolność do rozwoju i samorealizacji (WHO, 2013).

Kwestia zdrowia, w tym zdrowia psychicznego osób migrujących była przedmiotem zainteresowania i elementem określonych polityk relatywnie wcześnie. Na przykład, gdy spoglądamy na migracje transatlantyckie końca XIX i początku XX wieku to widzimy, że stan zdrowia migrantów i migrantek był monitorowany na granicach, przede wszystkim pod kątem zdrowia populacji kraju docelowego oraz zdolności do pracy i samodzielnego życia przybywających. Po II Wojnie Światowej takie podejście zaczęło się zmieniać w kierunku pojmowania szeroko rozumianego zdrowia jako prawa człowieka. Podpisana w 1946 roku Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia stwierdza: „Korzystanie z najwyższego, osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej bez różnicy rasy, religii, przekonań politycznych, warunków ekonomicznych lub społecznych” (WHO, 1946). Podobnie Deklaracja Praw Człowieka podkreśla „każdy człowiek ma prawo do stopy życiowej zapewniającej zdrowie i dobrobyt jego i jego rodziny, włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i konieczne świadczenia socjalne, oraz prawo do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby, niezdolności do pracy, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia w inny sposób od niego niezależny”. Kolejnym dokumentem wpisującym się w ten tok myślenia jest rezolucja „Zdrowie dla wszystkich do 2000 roku” z 1977 roku, w którym zapisano iż powinno się dążyć do osiągnięcia takiego poziomu zdrowia, który pozwala prowadzić społecznie i ekonomicznie produktywne lub aktywne życie każdemu człowiekowi. Od lat 60-tych w kolejnych dekadach rozwijane są też zapisy mające przeciwdziałać dyskryminacji w obszarze zdrowia (Galewicz, 2014).

Równolegle dokonywały się zmiany rozumienia pojęcia zdrowia, w tym zdrowia psychicznego. Zarówno w oficjalnych dokumentach, jak w literaturze naukowej z obszaru psychologii i nauk pokrewnych odchodzono od ujęcia patogenetycznego, czyli pojmowania zdrowia jako braku choroby w stronę ujęcia salutogenetycznego, czyli akcentowania tego, że zdrowie to coś więcej niż tylko brak choroby (Heszen-Niejodek & Sęk, 2020). W tym duchu wspomniana już konstytucja WHO definiuje zdrowie jako stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, a nie tylko braku choroby czy niepełnosprawności (WHO, 1946). Definicja ta w kolejnych dekadach spotykała się z krytyką wskazującą na „maksymalistyczny” i nieco utopijny charakter: niewielu ludzi może o sobie powiedzieć, że osiągnęło pełny dobrostan we wszystkich sferach życia, co miałyby być warunkiem zdrowia. Warto jednak podkreślić, że powiązanie zdrowia z dobrostanem oraz ujęcie go jako pozytywnego celu czy wartości, do której człowiek dąży jest wciąż aktualne w naszym myśleniu o zdrowiu. Równocześnie wskazywano na ograniczenia biomedycznego podejścia do zdrowia, w tym na jego

redukcjonistyczny charakter nie pozostawiający miejsca na uwzględnienie roli czynników społecznych, kontekstualnych czy psychologicznych (Engel, 1977). Takie szerokie, biopsychospołeczne rozumienie zdrowia, psychicznego przyjmujemy w tej ekspertyzie.

Z kolei dobrostan (*wellbeing*) bywa w literaturze ujmowany albo obiektywnie (w takim przypadku jego wskaźnikami są często dochód, warunki życia etc.) albo subiektywnie, w oparciu o samoopis albo deklarację osób badanych. W tym drugim rozumieniu dobrostan jest rozumiany jako zadowolenie z życia, poczucie szczęścia lub satysfakcji (Diener et al., 1985). Co ciekawe, wyniki badań od dekad wskazują na to, że obiektywny i subiektywny dobrostan nie tylko nie zawsze się pokrywają, ale wręcz, że bardzo często istnieje pomiędzy nimi duża rozbieżność (Graham, 2010; Hendriks & Bartram, 2019). W niniejszej ekspertyzie skupiamy się na dobrostanie subiektywnym. Piszemy w tytule o zdrowiu psychicznym i dobrostanie uznając, że choć są to terminy blisko ze sobą związane, to jednak nie synonimiczne. W badaniach dotyczących psychologicznych skutków migracji historycznie skupiano się raczej na występowaniu problemów ze zdrowiem psychicznym, w tym szczególnie depresji, zespołu stresu pourazowego (PTSD), zaburzeń lękowych i nieco rzadziej somatyzacji wśród migrantów. Oczywiście kwestie te pozostają istotne również we współcześnie prowadzonych badaniach (Côté-Olijnyk et al., 2024; Hajak et al., 2021; Missinne & Bracke, 2012; WHO, 2023), szczególnie w przypadku migrantów przymusowych, ale w XXI wieku coraz częściej uwzględnia się również dobrostan. Na przykład Hendriks i Bartram w swoim artykule zatytułowanym „*Bringing Happiness Into the Study of Migration...*” (2019: 279) przekonują, że „kompleksowa ocena dobrostanu migrantów powinna być w centrum studiów migracyjnych, aby ułatwić zrozumienie skutków migracji dla samych migrantów oraz czynników determinujących te skutki”. Można więc uznać, że aby uzyskać pełny obraz stanu psychicznego danej osoby, należy wziąć pod uwagę zarówno zdrowie psychiczne (rozumiane tradycyjnie jako obecność lub brak zaburzeń lub niepożądanych objawów), jak i dobrostan (rozumiany jako zadowolenie z życia lub pozytywny nastrój). Podobne podejście dominuje w analizowanych przez nas badaniach, choć najczęściej przyjmowane *implicite*, bez próby zdefiniowania obu pojęć.

2.2. Zdrowie psychiczne w polityce Unii Europejskiej

Zdrowie psychiczne stało się kluczowym elementem programu polityki zdrowotnej i społecznej Unii Europejskiej. Rosnąca częstość występowania zaburzeń zdrowia psychicznego, pogłębiona przez pandemię COVID-19, cyfryzację pracy i nierówności społeczne, skłoniła instytucje UE do podjęcia zdecydowanych działań. Niniejsza sekcja zawiera podsumowanie

kluczowych zmian legislacyjnych i strategicznych opartych na rozporządzeniach, komunikatach i rezolucjach UE oraz Polskiego ustawodawstwa, dotyczących w szczególności grup wrażliwych, takich jak migrantów, azylantów czy dzieci.

W rezolucji z lipca 2022 r. (52022IP0279) Parlament Europejski wezwał do opracowania kompleksowej, ogólnounijnej strategii w zakresie zdrowia psychicznego, która promuje profilaktykę, równy dostęp do opieki i destygmatyzację zaburzeń psychicznych. Parlament podkreślił, że zdrowie psychiczne powinno być traktowane z taką samą powagą jak zdrowie fizyczne, i wezwał Komisję Europejską do przyjęcia wiążących norm dotyczących usług w zakresie zdrowia psychicznego. Komunikat Komisji Europejskiej z 2023 r. w sprawie kompleksowego podejścia do zdrowia psychicznego (COM/2023/298) przedstawia nowy paradygmat, który odchodzi od ściśle medycznego podejścia na rzecz holistycznego podejścia społecznego i ma na celu wsparcie krajów członkowskich i zainteresowanych stron w podjęciu szybkich działań w celu sprostania wyzwaniom związanym ze zdrowiem psychicznym. Komisja, w ramach owego komunikatu, proponuje 20 inicjatyw przewodnich w ramach trzech filarów:

1. Promocja i profilaktyka – podnoszenie świadomości, poprawa wczesnej diagnostyki i wspieranie zdrowego stylu życia.
2. Dostęp do wysokiej jakości i przystępnej cenowo opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego – poprawa usług w zakresie zdrowia psychicznego i zmniejszenie luk w leczeniu.
3. Reintegracja i integracja – wspieranie powrotu do zdrowia i uczestnictwa w życiu społecznym osób żyjących z zaburzeniami zdrowia psychicznego.

Komunikat ten stanowi swego rodzaju punkt wyjścia dla nowego podejścia w ramach kompleksowego, zorientowanego na profilaktykę i wielopoziomowego podejście do zdrowia psychicznego. Warto również podkreślić uznanie wpływu zdrowia psychicznego na inne, istotne elementy funkcjonowania społeczeństwa, takie jak zatrudnienie, edukacja, kultura, a nawet środowisko i klimat. Dlatego też Komisja Europejska kładzie nacisk na to, że jedynie międzysektorowe podejście do zdrowia psychicznego, będzie w stanie uwzględnić zdrowie psychiczne w jego holistycznym ujęciu, i zrównać podejście do zdrowia psychicznego, do tego, które odnosi się do zdrowia fizycznego.

2.3. Zdrowie psychiczne w Polsce

Dostępne dane dotyczące zdrowia psychicznego w Polsce pozostają fragmentaryczne, ponieważ brakuje systematycznych badań epidemiologicznych obejmujących całą populację, a zwłaszcza kompleksowych badań dotyczących migrantów i uchodźców. Pandemia COVID-19 jeszcze bardziej uwypukliła te nierówności. Według badania Eurofund z 2021 roku, aż 71% osób żyjących w gospodarstwach domowych z problemami finansowymi w Polsce było zagrożone depresją, przy czym wynik ten wyraźnie przewyższał średnią unijną, która wynosi 62%. Jednocześnie, według raportu OECD (2023) wśród gospodarstw bez problemów finansowych odsetek ten również pozostawał wysoki (49% wobec 37% w UE). Jednak jak pokazują dane, zagrożenie zjawiskiem depresji ze względów na wskaźniki ekonomiczne, dalekie jest od faktycznych działań w postaci jednoznacznej deklaracji zmagania się z wyzwaniami zdrowia psychicznego.

Dostępne dane szacunkowe, m.in. z Instytutu Metryki i Oceny Zdrowia (Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME) pokazują, że w 2019 roku odsetek osób deklarujących problemy ze zdrowiem psychicznym wynosił 14% i należał do najniższych w Unii Europejskiej, przy średniej wynoszącej 17% (OECD, 2018). Jak podkreśla OECD/EU (2018) wynik ten w dużej mierze odzwierciedla nie faktyczną niższą skalę problemu, czy dobrą kondycję psychiczną polskiego społeczeństwa, ale raczej głęboko zakorzenioną stygmatyzację zaburzeń psychicznych, ograniczoną świadomość społeczną oraz bariery w dostępie do specjalistycznej diagnostyki. Podobne mechanizmy mogą tłumaczyć również relatywnie niski odsetek osób zgłaszających depresję (4% w Polsce, wobec 7% w UE), choć dane z Eurostat wskazują przy tym na silne nierówności społeczne - zwłaszcza wśród kobiet o najniższych dochodach, spośród których aż 11.4% deklaruje objawy depresji, podczas gdy w najwyższym kwartylu dochodowym odsetek ten wynosi jedynie 2.9%.

Do najpoważniejszych wskaźników kryzysu zdrowia psychicznego należy także utrzymujący się w Polsce wysoki poziom samobójstw wśród mężczyzn. W 2020 roku, w Polsce odnotowano blisko 4 tysiące zgonów samobójczych w tej grupie, co odpowiada wskaźnikowi 22 na 100 tysięcy liczby mieszkańców - co również przewyższa średnią unijną, która wynosi 17 na 100 tys. Choć od 2009 roku odnotowano spadek tego wskaźnika, po 2017 roku utrzymywał się on na względnie stałym poziomie, a w ostatnich latach znowu wzrasta. Wysokie i utrzymujące się wskaźniki samobójstw w Polsce stanowią szczególnie istotny kontekst dla analizy sytuacji migrantów, którzy z uwagi na kumulację czynników ryzyka, ograniczony dostęp do specjalistycznego wsparcia, są jeszcze bardziej narażeni na negatywne skutki kryzysu zdrowia

psychicznego. Według danych opublikowanych przez IOM (2025), w Polsce liczba samobójstw wśród migrantów rośnie, a szczególnie wśród mężczyzn. Według IOM (2025) 2024 zarejestrowano 154 samobójstwa osób migrujących, z których 134 dotyczyło mężczyzn. Jest to wzrost względem statystyk z roku 2022, kiedy to odnotowano 113 samobójstw wśród mężczyzn migrantów.

Jednym z kluczowych wyzwań systemowych jest szczególnie wysoki poziom niezaspokojonych potrzeb w zakresie opieki psychiatrycznej. Jak wskazują dane Eurofund z 2022 roku, aż 30% Polaków deklaruje niezrealizowane potrzeby zdrowotne, z czego ponad jedna czwarta dotyczyła zdrowia psychicznego. Jest to konsekwencja chronicznie niedofinansowanego systemu - wydatki NFZ na psychiatrię stanowią niewiele ponad 3% budżetu (Sagan et al., 2022). Dodatkowo, ponad 70% dostępnych środków kierowanych jest do dużych szpitali psychiatrycznych, które koncentrują większość miejsc opieki stacjonarnej. Dla migrantów sytuacja ta może być jeszcze bardziej dotkliwa, zwłaszcza że polski system opieki psychiatrycznej opiera się na modelu szpitalnym i wciąż słabo rozwiniętych usługach środowiskowych.

W Polsce wciąż dominuje biomedyczne podejście do opieki psychiatrycznej, które koncentruje się na opiece w szpitalach. Brakuje jednak usług wspierających przejście pacjentów do opieki psychiatrycznej opartej na społeczności lokalnej. Dominacja instytucjonalnego modelu leczenia, w połączeniu z brakiem koordynacji między usługami ambulatoryjnymi, środowiskowymi i szpitalnymi sprawia, że pacjenci często trafiają do podstawowej opieki zdrowotnej (lekarze POZ), gdzie nie otrzymują adekwatnego, specjalistycznego wsparcia.

Jednak ostatnie lata przyniosły istotne próby reform w Polskiej psychiatrii. Drugi Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (zaplanowany na lata 2017-2022) zapoczątkował tworzenie środowiskowych centrów zdrowia psychicznego (ŚCZ), których liczba wzrosła z 40 w 2018 roku do 80 w 2023 roku. Jak wskazuje Sagan i inni (2022) pilotaż tego projektu przyniósł pozytywne rezultaty: redukcję hospitalizacji, lepszą kondycję opieki psychiatrycznej oraz zwiększoną efektywność reagowania na trudności związane ze zdrowiem psychicznym podczas pandemii. Ponadto podczas pilotażu wprowadzono również nowe role zawodowe, takie jak asystenci zdrowienia, czy koordynatorzy zdrowia psychicznego, oraz zacieśniono współpracę z systemem pomocy społecznej. Co istotne, asystentami zdrowienia mogą zostać również osoby, które same doświadczyły kryzysu zdrowia psychicznego.

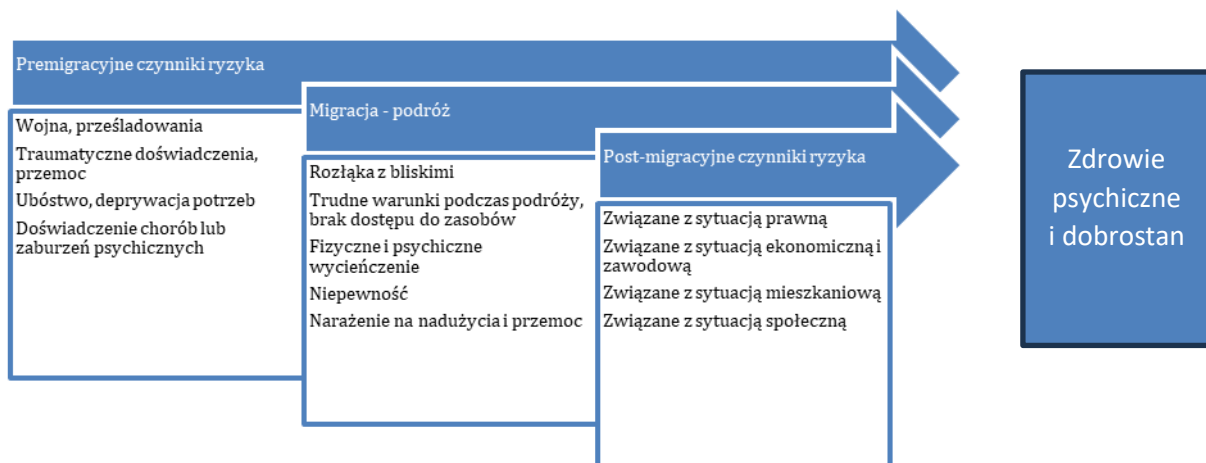
Nadal jednak kluczowym wyzwaniem dla polskiej psychiatrii pozostają niewystarczające zasoby finansowe i niedobór kadr, które utrudniają osiągnięcie rekomendowanej liczby 250-300 ŚCZ do 2027 roku. Wzrost planowanych inwestycji i wydatków na polską psychiatrię, powiązany z rosnącą liczbą zgłaszanych problemów psychicznych (Wojtyniak & Goryński, 2022), stanowi ważny krok w stronę wzmocnienia ogólnej kondycji systemu. Według danych opublikowanych przez GUS, wstępne szacunki dotyczące Narodowego Rachunku Zdrowia (które obejmują faktyczne wydatki na ochronę zdrowia w roku poprzednim), wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2024 roku wyniosły 293,6 miliardów złotych, co stanowi 8,1% PKB. Wydatki te były wyższe o 47 miliardów złotych w porównaniu z 2023, kiedy to wyniosły 246,6 miliardów złotych (GUS, 2025b). Wzrost wydatków dotyczył zarówno wydatków publicznych, jak i prywatnych. Dalszy projekt nowego Programu na lata 2023-2030 zakłada dalszy rozwój modelu środowiskowego, kontynuację działań anty-stygmatyzacyjnych oraz silny nacisk na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, zgodnie z ustaleniami m.in. Szredzińskiej (2022) i raportami Rzecznika Praw Dziecka (2023). Jednak biorąc pod uwagę zmieniające się charakterystyki polskiego społeczeństwa, konieczne jest uwzględnienie również potrzeb osób z doświadczeniem migracyjnym oraz rozwój kompetencji kulturowych pracowników służby zdrowia i ŚCZ. W konsekwencji, struktura systemu opieki zdrowotnej, w tym psychiatrii pozostawia potrzeby zdrowia psychicznego migrantów w dużej mierze niewidoczne i niezaadresowane. W rządowym komunikacie z 25.05.2025¹, Minister Zdrowia - Izabela Leszczyńska - ogłosiła wzrost planowanych wydatków na psychiatrię w Polsce o 4,2 miliardy złotych. Jednak grono ekspertów, w tym dr Marek Balicki, psychiatra i były minister zdrowia alarmuje, że planowany budżet jest niewystarczający i zagraża trwałości pilotażu ŚCZ. Ekspertki podkreślają, że brak stabilnych rozwiązań systemowych i zabezpieczenia finansowego może zniweczyć pracę, która została wykonana w kwestii funkcjonowania ŚCZ.

3. Specyfika zdrowia psychicznego i dobrostanu migrantów i migrantek.

Jak już pokazaliśmy, kwestie związane ze zdrowiem psychicznym i dobrostanem migrantów przyciągają w ostatnich dekadach coraz więcej zainteresowania badaczy, twórców polityk i praktyków. Zanim przejdziemy do omawiania wyników badań, warto dokonać kilku zastrzeżeń. Po pierwsze, jak będziemy argumentować w tym i w kolejnych rozdziałach - migranci są narażeni na szereg czynników ryzyka. Nie oznacza to jednak, że migracja w każdej

¹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wspolpraca-dla-polskiej-psychiatrii>

sytuacji się z nimi wiąże, ani że każdy migrant jest narażony na problemy ze zdrowiem psychicznym. Co więcej, nawet jeśli osoba migrująca zmagają się z jakimiś trudnościami czy zaburzeniami, to nie muszą one wcale być powiązane z migracją: ktoś mógł mieć np. zaburzenia lękowe czy depresję również przed podjęciem decyzji o wyjeździe. Jedną z największych trudności jest to, by analitycznie rozdzielić czynniki ryzyka związane z migracją o tych, które mają charakter intrapersonalny i nie są powiązane z migracją. Sprawę dodatkowo komplikuje fakt, że czynniki ryzyka związane z migracją możemy podzielić na te, które oddziałują przed migracją, w trakcie migracji, oraz te, które oddziałują po migracji. W naszej ekspertyzie skoncentrujemy się na czynnikach post-migracyjnych, a poniżej jedynie krótko wspomnimy o tych pierwszych. Rysunek 2 przedstawia zestawienie czynników ryzyka w podziale na premigracyjne, te istotne podczas migracji (podróży) oraz postmigracyjne.



Rys.2. Czynniki ryzyka wpływające na zdrowie psychiczne i dobrostan.

Dlaczego uznajemy, że migracja może się wiązać z ryzykiem pogorszenia stanu zdrowia psychicznego i dobrostanu? Jednym z ważnych wyjaśnień teoretycznych jest perspektywa stresu akulturacyjnego (Berry, 2006; Kuo, 2014). Koncepcja ta wprowadzona do literatury przez Johna Berry'ego odwołuje się do psychologicznej teorii stresu, zgodnie z którą stres wiąże się z gorszym samopoczuciem i jest traktowany jako czynnik ryzyka różnych problemów ze zdrowiem psychicznym. Berry zakłada, że tak duża zmiana życiowa jaką jest migracja z

konieczności wiąże się ze stresem, a jego nasilenie zależy od konfiguracji czynników z poziomu społeczeństwa i jednostki. Jeśli chodzi o czynniki z poziomu społecznego, to - by wymienić te najważniejsze - chodzi tu o różnicę pomiędzy krajem pochodzenia a krajem przyjmującym, gdyż ona wpływa na to, jak duże będą musiały być wysiłki adaptacyjne, sytuację w kraju pochodzenia, która ma związek z motywacją do wyjazdu, i wreszcie nastawienie do migrantów w kraju przyjmującym, przy czym chodzi tu zarówno o polityki migracyjne, jak i postawy społeczeństwa. Z kolei na poziomie jednostki przebieg akulturacji i poziom stresu zależy między innymi od zmiennych demograficznych, osobowościowych, od stanu zdrowia, znajomości języka, oczekiwań wobec migracji, wsparcia społecznego, oraz przyjętych strategii radzenia sobie ze stresem (Berry, 2006).

Już od lat 60. próbowano opisać dynamikę przebiegu procesu akulturacji. Jednym z bardziej znanych schematów jest model szoku kulturowego Oberga (1960), zwany inaczej "krzywą U" (*U curve*). Zakłada on, że proces akulturacji przebiega w czterech etapach: od miesiąca miodowego, pełnego ekscytacji pierwszego kontaktu z nową kulturą, przez szok kulturowy, kiedy zaczyna się dostrzegać różnice kulturowe i wyzwania związane z migracją i przeważają negatywne emocje, przez proces akulturacji, a więc uczenie się funkcjonowania w nowym środowisku, aż po stan stabilnej adaptacji. Badania w kolejnych dekadach nie zawsze potwierdzały taki właśnie przebieg procesu akulturacji, w szczególności w wielu przypadkach nie udawało się zidentyfikować pierwszej fazy "miesiąca miodowego". Bardzo często to właśnie początek pobytu był związany z największymi trudnościami, frustracjami i wyzwaniami (Ward et al., 1998). Wyjaśnieniem może być fakt, że Oberg prowadził swoje badanie wśród stypendystów Fulbrighta, co stanowi jednak bardzo specyficzną formę mobilności. Na przykład, na początku swojego pobytu stypendyści mogli mieć zorganizowane aktywności powitalne, mogli otrzymywać wsparcie informacyjne i organizacyjne. Zupełnie inna jest pod tym względem sytuacja migrantów ekonomicznych czy przymusowych - w ich kontekście rzadko obserwuje się fazę miesiąca miodowego, raczej stopniowe adaptowanie się do nowego miejsca zamieszkania. Zatem, w wielu przypadkach natężenie stresu jest największe na początku pobytu, i z czasem i coraz lepszą adaptacją stopniowo maleje.

3.1. Przed-migracyjne czynniki ryzyka

Migracja, szczególnie ta przymusowa, często wiąże się z wcześniejszymi traumatycznymi doświadczeniami, które mają istotny wpływ na dobrostan i zdrowie psychiczne migrantów i migrantek. Wojna, przemoc domowa lub strukturalna, prześladowania polityczne, religijne czy

związane z tożsamością, a także inne sytuacje które wymuszają nagłe opuszczenie kraju, pozostawiają trwałe ślady na dobrostanie i zdrowiu psychicznym. Równocześnie, dla wielu osób migracja stanowi próbę “wyrwania się” z trudnej rzeczywistości i możliwość zbudowania nowego życia, co niesie ze sobą, nierzadko ogromne obciążenie emocjonalne. Zjawiska te obserwujemy nie tylko wśród uchodźców wojennych (np. z Ukrainy), ale również w przypadku migrantów ekonomicznych z krajów dotkniętych ubóstwem, niestabilnością polityczną czy katastrofami klimatycznymi. Ekonomiczne i polityczne uwarunkowania krajów pochodzenia są więc kluczowe dla zrozumienia kontekstu dobrostanu i zdrowia psychicznego migrantów jeszcze przed przybyciem do nowego kraju.

Podróż migracyjna, zwłaszcza w przypadku migracji przymusowej, sama w sobie może być źródłem wielkiego stresu psychicznego, traumy i zagrożeń. Migranci narażeni są na długotrwałą niepewność, fizyczne i psychiczne wycieńczenie, a także różne formy przemocy - ze strony służb granicznych, przemytników, a nawet innych migrantów. Często doświadczają braku podstawowych zasobów (wody, jedzenia, snu), są świadkami różnych form przemocy czy separacji rodzin. W przypadku Europy Środkowo-Wschodniej, szczególną uwagę należy poświęcić sytuacji na granicy polsko-białoruskiej. Jak raportuje Helsińska Fundacja Praw Człowieka (2024) wobec osób migrujących na granicy polsko-białoruskiej wciąż stosowane są regulacje dotyczące uproszczonych procedur zawracania cudzoziemców poza granicę Polski. W drodze nowelizacji rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie czasowego zawieszenia lub ograniczenia ruchu granicznego na określonych przejściach granicznych (Dz. U. z 2020 r., poz. 435 ze zm., dalej: Rozporządzenie Graniczne), do polskiego prawa wprowadzona została czynność natychmiastowego zawracania cudzoziemców do linii granicy, potocznie nazywana pushback’iem. Wkrótce potem dodano również do ustawy o cudzoziemcach procedurę wydawania postanowień o opuszczeniu terytorium Polski, które jak raportuje Helsińska Fundacja Praw Człowieka (2024:15) “w praktyce sprowadza się do przyspieszonego usuwania cudzoziemców z terytorium kraju [...] bez zachowania gwarancji prawnych [...] oraz dotyczących poszanowania praw człowieka”. Ponadto, raport stowarzyszenia *We Are Monitoring* i Grupy Granica donosi, że praktyki stosowane wobec osób migrujących to nie tylko przemoc w formie gróźb, zastraszania czy poniżania, ale też przemoc fizyczna, taka jak maltretowanie, pobicia czy przemoc seksualna. Takie praktyki narażają osoby migrujące na dalsze cierpienia, pogłębiają ich traumatyzację oraz są źródłem ogromnego stresu. Pojawia się też lęk o przeżycie, zarówno swoje jak i bliskich.

Doświadczenia te stanowią istotny czynnik ryzyka dla zdrowia psychicznego migrantów przed i w momencie dotarcia do kraju docelowego (Grupa Granica 2024).

3.2. Zdrowie psychiczne migrantów (w porównaniu z nie-migrantami)

Jednym z pierwszych pytań, jakie przychodzą nam do głowy gdy myślimy o stanie zdrowia psychicznego i dobrostanie migrantów i migrantek, to czy są one lepsze czy gorsze w porównaniu do nie-migrantów. Na to na pozór proste wydawałoby się pytanie nie ma w literaturze jednoznacznej odpowiedzi.

Zaczynając od badań prowadzonych na dużych próbach uwzględniających wszystkich migrantów (ujmowanych często jako osoby urodzone poza krajem zamieszkania), wskazuje się często na ich lepszy stan zdrowia w porównaniu do populacji ogólnej w kraju przyjmującym. Oznacza on lepsze wyniki w zakresie ogólnego stanu zdrowia migrantów (mierzone np. długością życia, niższym odsetkiem chorób serca czy cukrzycy, lepszymi wynikami w zakresie BMI, cholesterolu (Elshahat et al., 2022; Kawczyńska-Butrym, 2012)). Teoretycznym wyjaśnieniem tego zjawiska jest tzw. „efekt zdrowego migranta”, który z kolei wyjaśniany jest selektywnością migrantów: wyjeżdżają osoby raczej młode, zdrowie i zdolne do pracy. W kontekście tematu tej ekspertyzy warto jednak zwrócić uwagę na kilka kwestii. Po pierwsze, wśród analizowanych wskaźników stanu zdrowia zdecydowanie rzadziej znajdowały się te, które odnosiły się do zdrowia psychicznego (Elshahat et al., 2022). Po drugie, zjawisko to nie dotyczy w równym stopniu wszystkich grup migrantów. W szczególności metaanalizy wskazują na gorszy stan zdrowia psychicznego uchodźców i osób poszukujących ochrony (wyższy odsetek depresji, zaburzeń lękowych i PTSD, psychoz) (WHO 2023). Trudno w ich przypadku mówić również o pozytywnej selekcji osób szczególnie predestynowanych do tego, że dobrze poradzą sobie z wyzwaniami migracyjnymi, gdyż często przymusowa ucieczka dotyczy wszystkich. Również przegląd systematyczny wykonany przez Elshahat z zespołem (2022) przyniósł niejednoznaczne wyniki: w części badań migranci pierwszego pokolenia rzeczywiście mieli lepsze wskaźniki zdrowia psychicznego i rzadziej doświadczali depresji, lęku i innych zaburzeń psychicznych, ale w części badań nie wykazano różnic między nimi a resztą populacji. Pojedyncze badania wskazywały wręcz na tendencję odwrotną. Prawdopodobnie przyczyna tych nieścisłości tkwi w odmiennej metodologii badań: kto był badany, ile od przyjazdu, jak została zdefiniowana grupa porównawcza i wynikającej stąd trudności w porównywaniu wyników.

Istotnym uzupełnieniem „efektu zdrowego migranta” jest koncepcja mówiąca o tym, że z czasem (liczbą lat na emigracji) „przewaga” zdrowotna migrantów maleje, co jest powiązane z szeregiem czynników ryzyka na jakie narażone są osoby migrujące. W literaturze anglojęzycznej nazywa się ją “Years Since Immigration Effect” (Elshahat et al., 2022). Kawczyńska-Butrym (2011) pisze, że już od lat 40. XIX wieku badania wskazują, że migracja wiąże się z ryzykiem dla zdrowia psychicznego, w tym zwłaszcza ryzykiem depresji. Potwierdzają to analizy Missinne & Bracke (2012) przeprowadzone dla 23 europejskich krajów w oparciu o wyniki Europejskiego Sondażu Społecznego. W prawie wszystkich krajach nasilenie symptomów depresji było wyższe w przypadku migrantów w porównaniu do rodzimych mieszkańców danego kraju. Istotne były również różnice pomiędzy grupami migrantów: ci z Europy Wschodniej deklaruowali najwięcej objawów depresji, co autorzy tłumaczą generalnie wyższymi odsetkami tych objawów w tych krajach w porównaniu z krajami Europy Zachodniej czy Północnej (Missinne & Bracke, 2012). Co warte podkreślenia, sam status migranta nie był tak istotnym predyktorem symptomów depresji, jak zła sytuacja ekonomiczna i doświadczenie dyskryminacji (Missinne & Bracke, 2012), co wskazuje na istotną rolę różnych czynników ryzyka. Poświęcona im będzie kolejna część ekspertyzy. Pogarszający się stan zdrowia psychicznego migrantów wraz z czasem spędzonym w kraju przyjmującym odnotowała również w swoim przeglądzie Elshahat z zespołem (2022). Tłumaczą to przede wszystkim kumulującym się przez lata stresem związanym z migracją i adaptacją: presją finansową, barierami językowymi i komunikacyjnymi, samotnością, różnymi przejawami nierównego traktowania lub wprost dyskryminacji oraz gorszym dostępem do usług zdrowotnych. Drugim wytłumaczeniem jest akulturacja do niezdrowego stylu życia powszechnego w zachodnich społeczeństwach, w których prowadzone były badania.

Wyższe niż w populacji ogólnej wskaźniki występowania zaburzeń psychicznych są widoczne zwłaszcza wśród uchodźców i azylantów. Przegląd systematyczny na temat zdrowia psychicznego i dobrostanu uchodźców w Niemczech przeprowadzony przez Hajak et al. (2021) wskazuje na występowanie objawów depresji u 14,5–61,3% osób badanych, objawów uogólnionego niepokoju u 13,5–52,3% i objawów PTSD u 11,4–46,5%. Choć wyniki różnią się znacząco pomiędzy różnymi badaniami, to widać, że są one wysokie w porównaniu z populacją niemiecką. Do podobnych wniosków doszedł Lushchak z zespołem (Lushchak et al., 2024): porównali oni poziom stresu, lęku i objawów PTSD zgłaszanych przez Ukraińców, którzy po pełnoskalowej inwazji pozostali w swoim miejscu zamieszkania, osoby wewnętrznie przesiedlone i uchodźców. Choć poziom stresu, lęku i objawów PTSD we wszystkich grupach

był wysoki (93% osób przejawiało średni lub wysoki poziom przynajmniej jednej z tych trzech zmiennych, 32,8-47,2% osób spełniało kryterium diagnozy PTSD), to jednak opuszczenie domu wiązało się z dodatkowym ryzykiem. Zarówno jeśli chodzi o odczuwany stres, lęk, jak i objawy PTSD uchodźcy mieli najwyższe wyniki spośród tych trzech grup (Lushchak et al., 2024). Jak sugerują autorzy, na urazy związane z doświadczeniami wojennymi nakłada się w ich przypadku stres wynikający z pozostawienia domu i bliskich oraz konieczności adaptacji w zupełnie nowym środowisku.

W innym przeglądzie systematycznym poświęconym zdrowiu psychicznemu azylantów odsetek osób cierpiących na depresję wyniósł od 9 do 69% w zależności od badania, na zaburzenia lękowe - od 6,8 do 69%, a na zespół stresu pourazowego (PTSD) od 1,6 do 48% (Ryan et al., 2009). Jeszcze większy rozdźwięk pomiędzy poszczególnymi doniesieniami widać w przeglądzie autorstwa Martin i Sashidharana (2023): występowanie depresji wśród nieuregulowanych migrantów w poszczególnych badaniach wynosił od 8 do 85%, lęku uogólnionego od 3,1 do 81%, a PTSD: od 2,4 do 57,6%.

W odniesieniu do osób z Ukrainy, uciekających przed wojną zespół badaczy z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, przeprowadził badania (10.2022 - 01.2023) dotyczące tego, jak wojna i przymusowa migracja wpływa na zdrowie psychiczne uchodźców (Jaworski et al., 2025). Na podstawie 209 kwestionariuszy (68 uchodźców wojennych z Ukrainy i 141 obywateli Polski mieszkających we Wrocławiu) badacze pokazują, że trzy czwarte uchodźców doświadczyło klinicznie istotnego poziomu cierpienia psychicznego (*distress*). Najczęściej zgłaszali oni objawy somatyczne, lęk i problemy ze snem. Wysoki poziom stresu występował zwłaszcza wśród młodszych uczestników badania, tych którzy już wcześniej doświadczali problemów ze zdrowiem psychicznym oraz wśród tych, którzy raportowali poczucie osamotnienia.

Zdrowie psychiczne uchodźców wojennych monitorowały też duże organizacje międzynarodowe. Na przykład UNHCR wraz z Unicef oraz IOM przeprowadzili w dziesięciu krajach Europy Środkowo-wschodniej badanie na temat stanu zdrowia ukraińskich uchodźców. W całej kilkutyśycznej próbie badanej, 19% osób zadeklarowało, że doświadcza problemów psychicznych utrudniających codzienne funkcjonowanie, a stan zdrowia psychicznego pogarszał się z wiekiem i był zdecydowanie gorszy u kobiet niż u mężczyzn (UNHCR, 2024). W tym badaniu, podobnie jak w innych, dalece nie wszyscy, którzy deklarowali problemy ze zdrowiem psychicznym deklarowali również potrzebę pomocy w tym zakresie. Więcej o tym zjawisku piszemy w rozdziale szóstym.

Według raportu GUS (2023) dotyczącego zdrowia uchodźców z Ukrainy w Polsce, osoby starsze (77%) oraz dzieci (59%) to grupy najczęściej potrzebujące opieki zdrowotnej. Najczęściej zgłaszane potrzeby to te dotyczące chorób nagłych, usług stomatologicznych, chorób układu krążenia oraz urazów fizycznych. W zestawieniu przygotowanym przez GUS (2023) potrzeby związane ze zdrowiem psychicznym uplasowały się na piątym miejscu (6.3%). Spośród osób deklarujących potrzebę opieki w tej sferze, zdecydowana większość to osoby w wieku 18-64 (4.1%); dzieci i młodzież do 18 roku życia (1.5%) oraz osoby starsze po 65. roku życia (0.7%). Jednak ogólnie problemy ze zdrowiem psychicznym, częściej niż w innych grupach wiekowych występowały wśród osób starszych (65 i więcej) - prawie 24% osób z tej grupy wiekowej miało problemy z codziennym funkcjonowaniem z powodu problemów ze zdrowiem psychicznym. Kolejną najbardziej dotkniętą tym problemem grupą były osoby w wieku 45-54 lat, gdzie 14% osób miało problemy związane ze zdrowiem psychicznym. W grupach wiekowych 35-44 oraz 55-64 odnotowano niewiele ponad 11% respondentów, których kłopoty ze zdrowiem psychicznym wpływały na ich codzienne funkcjonowanie. Z kolei wśród dzieci i młodzieży w wieku 5-14 oraz 15-17, problemy ze zdrowiem psychicznym zgłaszało prawie 9% w każdej grupie. Najniższy odsetek występował wśród dzieci w wieku 0-4 lata i stanowił niecałe 4%. Co ciekawe, w każdej grupie wiekowej mniej niż połowa mających problemy ze zdrowiem psychicznym skorzystałaby ze wsparcia w tym zakresie, co można interpretować na dwa sposoby. Z jednej strony, badani mogą nie mieć poczucia, że dostępne wsparcie jest odpowiednie a z drugiej, ich wiara w efektywne narzędzia wsparcia oraz poczucie, że system potrafi realnie odpowiedzieć na ich potrzeby może być ograniczona. Decyzja może też być uwarunkowana poziomem samoświadomości i kompetencjami w zakresie zdrowia psychicznego.

Podobne badanie opublikowane dwa lata później, prowadzone wspólnie przez GUS i WHO (2025) wskazuje, że jedynie 10% osób badanych odpowiedziało twierdząco na pytanie o doświadczenie stanu psychicznego, który utrudniałby codzienne funkcjonowanie. Odsetek osób mających trudności z codziennym funkcjonowaniem z powodu problemów psychicznych był zdecydowanie najwyższy wśród osób powyżej 65 r.ż. i wynosił ponad 25% w 2023 roku. Autorzy raportu zaznaczają jednak, że biorąc pod uwagę liczbę braków odpowiedzi w ankietach, liczby te mogą być niedoszacowane z powodu nierozpoznawania problemów psychicznych, ich stygmatyzacji czy ciągłej niepewności i stanu zawieszenia osób badanych. Tym bardziej, że WHO szacuje, że w strefach objętych konfliktami różne zaburzenia i choroby psychiczne dotykają średnio ok. 22% ludności (WHO, 2025).

Podsumowując ten wątek, biorąc pod uwagę relatywnie niewielką liczbę badań, różnice w profilach migrantów biorących w nich udział oraz różnice w metodologii, nie dziwi brak spójnych wyników pozwalających choć w przybliżeniu oszacować odsetek poszczególnych problemów i zaburzeń. Brak też jednoznacznych wyników dotyczących tego, czy wraz z czasem spędzonym w kraju przyjmującym stan zdrowia psychicznego poprawia się czy pogarsza, gdyż różne badania przynoszą sprzeczne rezultaty (Elshahat et al., 2022).

3.3. Migracja a dobrostan

Na temat skutków migracji dla dobrostanu migrantów w literaturze można znaleźć sporo odpowiedzi, ale są również niespójności i pytania. Z jednej strony można powiedzieć, że ludzie, którzy migrują z własnej woli, często robią to, żeby poprawić swoje życie, czy to pod względem sytuacji ekonomicznej, dołączenia do rodziny, lepszych perspektyw rozwoju osobistego lub zawodowego, czy stylu życia. Z drugiej strony migracja wiąże się z licznymi ryzykami i kosztami, takimi jak utrata systemu wsparcia w kraju pochodzenia, wysiłki związane z adaptacją w nowym kraju, możliwa utrata statusu społecznego, doświadczenia izolacji lub dyskryminacji w kraju przyjmującym itd. (Hendriks & Bartram, 2019). W rezultacie niektóre badania wskazują, że poziom dobrostanu migrantów jest wyższy niż poziom dobrostanu osób urodzonych w danym kraju (Bobowik et al., 2015; Erlinghagen, 2012), podczas gdy inne badania wykazały coś przeciwnego (Sand & Gruber, 2018). Wreszcie, niektóre badania wskazują również, że różnice są bardzo niewielkie lub nie ma ich wcale (Brzozowski & Sikorska, 2023; Trąbka & Wermińska-Wiśnicka, 2020).

Należy jednak podkreślić, że zwłaszcza w dłuższej perspektywie poziom dobrostanu migrantów może ulec poprawie w stosunku do stanu sprzed migracji, jeśli celem migracji była poprawa sytuacji życiowej i jeśli ten cel udaje się osiągnąć. Na przykład, badania polskich migrantów w Irlandii pokazują, że z czasem ich dobrostan wzrósł, a oni sami doceniają stabilność, poczucie bezpieczeństwa i bardziej sprzyjający klimat społeczny (Kaczmarek, 2017, 2019). Podobne wnioski płyną z badań nad polskimi migrantami w Wielkiej Brytanii i Irlandii, którzy traktowali migrację jako strategię poprawy jakości życia (*livelihood strategy*, White, 2017), co pozwoliło im osiągnąć większą kontrolę nad życiem zawodowym, bezpieczeństwem ekonomicznym oraz ogólnym poczuciem stabilizacji.

Inne badania z kolei opisują część polskich migrantów w Irlandii jako tzw. *free movers* - najczęściej są to osoby młode, wykształcone, które migrowały nie tylko w celu znalezienia

lepszej pracy, lecz również jako część stylu życia (tzw. *lifestyle migration*), dążąc do samorozwoju i nowych doświadczeń (Krings, et al., 2013), co pozwala migrantom na większą swobodę wyboru ścieżek życiowych i zawodowych, poczucia autonomii i spełnienia aspiracji życiowych.

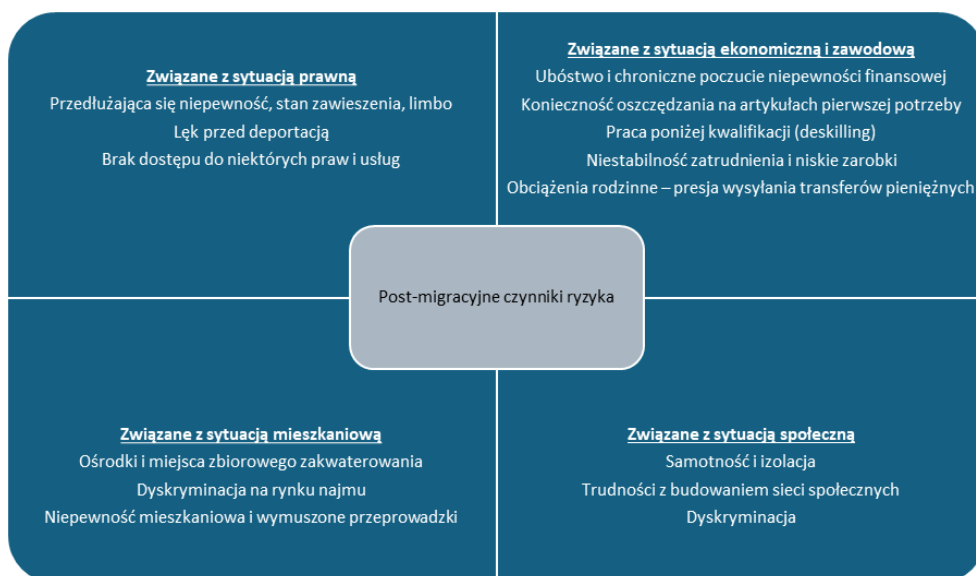
Istnieją również badania sugerujące, że dobrostan migrantów nie zawsze wzrasta wraz z upływem czasu, nawet jeśli ulega poprawie ich sytuacja ekonomiczna i warunki życia (Hendriks & Burger, 2020). Wyjaśnieniem może być po pierwsze teoria hedonicznej adaptacji (Diener et al., 2006), zgodnie z którą dobrostan jednostki pozostaje stosunkowo stabilny pomimo zmian w jej sytuacji życiowej. Drugie wyjaśnienie wiąże się z rosnącymi aspiracjami migrantów (Czaika & Vothknecht, 2014): zmienia się ich system odniesienia i zaczynają porównywać swoją sytuację nie z osobami, które pozostały w kraju pochodzenia, ale z mieszkańcami kraju przyjmującego (Hendriks & Burger, 2020; Melzer & Muffels, 2017) i na tym tle nie wypadają tak dobrze.

4. Czynniki ryzyka wpływające na zdrowie psychiczne migrantów i migrantek.

Jak napisałyśmy powyżej, uwarunkowania migracji, motywacje migrantów i migrantek oraz ich doświadczenia życiowe mogą być bardzo różne i w różny sposób oddziaływać na zdrowie psychiczne i dobrostan. W tej części opisujemy szerzej czynniki ryzyka jakie mogą, ale nie muszą wystąpić w procesie adaptacji do nowego kraju. Będą takie czynniki, które dotyczą niemal wszystkich, a będą takie, które dotyczą w szczególności określonych grup migrantów, np. osób starających się o ochronę międzynarodową.

Przegląd literatury pozwolił wyodrębnić cztery grupy czynników wpływających na zdrowie i dobrostan migrantów: 1) Czynniki związane z sytuacją prawną; 2) Czynniki związane z zatrudnieniem i sytuacją finansową; 3) Czynniki związane z sytuacją mieszkaniową; 4) Czynniki związane z sytuacją społeczną. Rysunek 3 przedstawia zestawienie tych czynników. Choć rozdzielamy je analitycznie i omawiamy osobno, to chcemy wyraźnie podkreślić, że bardzo często różne czynniki ryzyka nakładają się na siebie. Na przykład brak ustabilizowanej sytuacji prawnej wpływa często na możliwość podejmowania pracy, a co za tym idzie na sytuację finansową osób migrujących i negatywny wpływ tych czynników ryzyka się kumuluje. Zła sytuacja finansowa może powodować konieczność zamieszkania bardzo daleko od centrum miasta czy miejscowości ograniczając tym samym możliwość budowania sieci społecznych i aktywnego spędzania wolnego czasu, co pogłębia poczucie izolacji czy osamotnienia.

Migrantom towarzyszyć niepełnosprawność czy choroby przewlekłe, co może przekładać się na gorszy stan psychiczny: w rzeczy samej badania wśród uchodźców z Ukrainy pokazują, że osoby te częściej zgłaszały problemy ze zdrowiem psychicznym (UNHCR, 2024).



Rys.3. Post-migracyjne czynniki ryzyka.

Równocześnie bliskie nam jest podejście intersekcjonalne, w ramach którego podkreśla się różne konfiguracje cech, takich jak płeć, wiek, pochodzenie czy religia, jakie stają się podstawą do uprzywilejowanej, albo wręcz przeciwnie - szczególnie niekorzystnej pozycji w społeczeństwie (Crenshaw, 1991; Gkiouleka & Huijts, 2020). Na przykład przegląd systematyczny przeprowadzony przez Hajak et al. (2021) wskazują, że wśród uchodźców i azylantów w Niemczech, to wśród kobiet występują wyższe odsetki objawów depresji, niepokoju oraz PTSD, ale z kolei bezrobocie lub praca poniżej kwalifikacji jest szczególnie mocno związana z gorszym zdrowiem psychicznym u mężczyzn (Hajak et al., 2021). Dyskurs na temat migracji oddziałujący na postawy społeczeństw jest również bardzo upłciowiony i urasowiony (Samson, 2025). W jego ramach mężczyźni, najczęściej młodzi i pochodzący z krajów Afryki lub Bliskiego Wschodu są przedstawiani jako niebezpieczni, zagrażający porządkowi i wartościom panującym w - najczęściej zachodnich - krajach przyjmujących (Wojnicka & Pustułka, 2019). Kwestionowana jest ich potrzeba ochrony, nie “zasługują” na status uchodźcy, w przeciwieństwie do kobiet, zwłaszcza matek, które z kolei przedstawiane są w tym dyskursie jako ofiary i osoby “zasługujące” na opiekę i pomoc. Przyjmując perspektywę intersekcjonalną będziemy się starały tam, gdzie to możliwe pokazywać nakładanie się na siebie różnych charakterystyk migrantów i związaną z tym specyfikę ich położenia.

Opisując mechanizmy oddziaływania różnych czynników ryzyka na stan psychiczny migrantów i migrantek warto też zaznaczyć, że działa tu mechanizm sprzężenia zwrotnego: nie tylko czynniki ryzyka negatywnie wpływają na psychikę jednostki, ale też osobie w gorszym stanie psychicznym trudniej będzie radzić sobie z tymi czynnikami czy mobilizować zasoby chroniące przed ich negatywnym wpływem. Na przykład, pozostawanie bez pracy jest czynnikiem ryzyka wystąpienia depresji, a z kolei depresja powoduje, że osoba jej doświadczająca z mniejszym prawdopodobieństwem będzie podejmować aktywne działania w kierunku zmiany tej sytuacji (oczywiście nie zawsze podjęcie legalnej pracy jest możliwe). Podobny mechanizm można zauważyć w sferze funkcjonowania społecznego: poczucie osamotnienia i izolacji obniża dobrostan jednostki i przyczynia się do objawów depresji, a z kolei osobie o obniżonym nastroju czy w depresji trudniej będzie nawiązać nowe relacje. Dodatkowo, jak już zaznaczyliśmy, migracja wiąże się z wyższym poziomem stresu, zwłaszcza w pierwszym okresie. Mamy tu na myśli nie tylko stresogenny wpływ tych czterech grup czynników, ale również drobne trudności życia codziennego związane z barierą językową, różnicami kulturowymi dotyczącymi sposobów komunikacji, wartości, zwyczajów, stylu życia czy podejścia do pracy. Różnice te powodują, że, przynajmniej początkowo, nawet drobne, codzienne czynności mogą być stresujące i wymagać dużego wysiłku adaptacyjnego. Z kolei kumulujący się stres negatywnie oddziałuje na samoocenę i poczucie własnej skuteczności, co zwrótnie może powodować wycofywanie się z podejmowania różnych aktywności. Podkreślamy te zależności, ponieważ świadomość złożoności czynników odpowiadających za zdrowie psychiczne i dobrostan migrantów, a zarazem jego olbrzymiej roli dla funkcjonowania w różnych sferach życia jest kluczowa dla budowania holistycznych rekomendacji i programów.

4.1. Czynniki związane z sytuacją prawną - niepewność i stan zawieszenia

Sytuacja prawna czy też status migrantów ma znaczenie kluczowe z kilku powodów. Po pierwsze ustabilizowana sytuacja legislacyjna przekłada się na poczucie bezpieczeństwa, zaś bycie osobą o nieuregulowanym statusie lub przedłużające się oczekiwanie na decyzję w sprawie możliwości osiedlenia się w kraju przyjmującym wiąże się z poczuciem zawieszenia, niepewności oraz lęku przed możliwą deportacją. Po drugie, zgodnie z tym, co w swoim modelu zakładają Ager i Strang (2008) jest to pewnego rodzaju fundament funkcjonowania w społeczeństwie powiązany z dostępem do rynku pracy i szeregu usług. Związek statusu prawnego ze zdrowiem psychicznym i dobrostanem potwierdzają liczne badania, w tym metaanalizy i przeglądy systematyczne. Obszerny raport WHO wskazuje, że osoby, których

wnioski o ochronę międzynarodową odrzucono, które oczekiwały na decyzję albo miały nieuregulowany status deklarowały niższą jakość życia oraz większe nasilenie objawów lękowych, depresyjnych i PTSD (WHO 2023). Potwierdza to również przegląd systematyczny poświęcony zdrowiu psychicznemu uchodźców i azylantów w Niemczech (Hajak et al., 2021). Oczekiwanie na decyzję w sprawie wniosku o azyl lub odwoływania od decyzji odmownej znacząco przyczynia się do pogorszenia zdrowia psychicznego, wyższego poziomu stresu i niższego zadowolenia z życia. Na przykład, uczestnicy z oczekującym lub odrzuconym wnioskiem mieli 1,76 razy wyższe ryzyko wystąpienia objawów depresyjnych w porównaniu z tymi, którzy otrzymali pozytywną decyzję (Hajak et al. 2021: 7). Oczekiwanie na decyzję oraz krótki czas ważności tymczasowego pozwolenia na pobyt wiązały się również z wyższymi wskaźnikami objawów PTSD.

Na negatywne konsekwencje przedłużającego się oczekiwania na decyzję pobytową i związany z nią stan zawieszenia (tzw. limbo) wskazuje również inny przegląd badań (Côté-Olijnyk et al., 2024). Porównania stanu zdrowia psychicznego migrantów w różnych sytuacjach prawnych sugerują, że osoby w stanie przedłużającego się oczekiwania mają wyższe wskaźniki zaburzeń psychicznych od osób, których status był już zabezpieczony. Podobnie, odsetek osób z objawami PTSD był wyższy wśród migrantów nieudokumentowanych i poszukujących ochrony niż u uchodźców (tamże). Jakościowe badania przybliżyły dodatkowo główne czynniki stresogenne oddziałujące na migrantów znajdujących się w stanie zawieszenia: lęk przed deportacją, długotrwałe poczucie niepewności i bezsilności utrudniające planowanie przyszłości, wykluczenie społeczne i stygmatyzację oraz ograniczony dostęp do usług (Côté-Olijnyk et al., 2024; Ryan et al., 2009). W kilku badaniach podłużnych (z USA i Australii) wykazano także, że po uzyskaniu ochrony nasilenie objawów PTSD oraz depresji ulegało zmniejszeniu, tym bardziej, im krótszy był czas oczekiwania (Côté-Olijnyk et al., 2024).

Pisząc o tym dobrze udokumentowanym w badaniach czynnikiem ryzyka nie sposób nie wspomnieć o sytuacji w Polsce, w której przedłużające się procedury związane z rozpatrywaniem wniosków o ochronę międzynarodową, ale też o pobyt tymczasowy lub stały są od dawna wskazywane jako problem. Najwyższa Izba Kontroli (2023) w swoim raporcie stwierdza, że obsługa cudzoziemców zwłaszcza w urzędach wojewódzkich przedłuża się na tyle, że kwalifikuje się jako naruszenie przepisów. Średni czas oczekiwania na decyzję pobytową wynosił rok, ale zdarzały się też sprawy trwające kilka lat.

Równocześnie badanie z udziałem migrantów udokumentowanych i nieudokumentowanych w Szwajcarii pokazało, że choć ci drudzy mają więcej problemów ze zdrowiem psychicznym, to

sama karta pobytu nie przewiduje w istotny sposób stanu zdrowia psychicznego, jeśli pod uwagę weźmie się takie zmienne jak miary integracji, wsparcie społeczne czy zasoby ekonomiczne (Fakhoury et al., 2021).

Trzeba jednak zaznaczyć, że poczucie zawieszenia i niepewność co do własnej przyszłości nie wynikają jedynie z przedłużających się procedur. Badanie prowadzone wśród osób, które wyjechały z Białorusi po sfałszowanych wyborach i protestach, jakie nastąpiły po nich podkreślają, że w początkowym okresie towarzyszyła im nadzieja, że reżim upadnie i że będą mogli wrócić do Białorusi (Kazakou & Thomas, 2025). Powodowała ona, że nie inwestowali bardzo dużo energii w działania integracyjne w Polsce sądząc, że będzie to pobyt krótkotrwały. O bardzo podobnych emocjach mówiły uchodźczynie z Ukrainy w początkowym okresie pełnoskalowej wojny: trudno zacząć planować przyszłość i podejmować działania integracyjne, jeśli nigdy nie chciało się emigrować i wciąż myśl o możliwości powrotu jest żywa albo, jeśli nawet nie, to tkwi się w sytuacji zawieszenia i niepewności (Baran et al., 2024).

4.2. Czynniki związane z zatrudnieniem i sytuacją finansową

Sytuacja finansowa i ta powiązana z pracą stanowią jedne z najważniejszych czynników ryzyka wpływających na dobrostan i ogólne zdrowie psychiczne. Analiza danych z Europejskiego Sondażu Społecznego, obejmująca 23 kraje jednoznacznie wskazuje, że trudności ekonomiczne są silnie skorelowane z nasileniem symptomów depresji (Missinne & Bracke, 2012). W przypadku migrantów problem jest ten szczególnie dotkliwy, ponieważ niska stabilność finansowa często łączy się z innymi aspektami funkcjonowania w kraju przyjmującym, takimi jak gorszymi warunkami mieszkaniowymi, niemożnością zakupu leków, rezygnacją z dobrej jakości produktów spożywczych czy koniecznością pracy w bardzo dużym wymiarze godzinowym kosztem odpoczynku i regeneracji. Jest to zjawisko powszechnie obecne wśród np. pracowników platform takich jak uber czy bolt. Jak pokazują badania Fakhoury et al. (2021) brak oszczędności i chroniczne poczucie niepewności finansowej należą do najsilniejszych predyktorów gorszego stanu zdrowia psychicznego.

Czynniki ryzyka związane z zatrudnieniem są ściśle powiązane z finansami, ale obejmują również szereg elementów niematerialnych. Migranci często doświadczają trudności w dostępie do stabilnej i legalnej pracy, ryzyka bezrobocia (a co się z tym wiąże braku możliwości utrzymania się i pozostania w kraju przyjmującym), zatrudnienia poniżej kwalifikacji lub w zawodach obciążających fizycznie i psychicznie. Raport WHO (2023) wskazuje, że brak możliwości wykonywania pracy zgodnej z posiadanymi kompetencjami, praca poniżej

formalnych kwalifikacji, a także wykonywanie zajęć monottonnych i ciężkich, sprzyja występowaniu lęku, obniżonego nastroju, poczuciu bezradności, niskiej samoocenie i symptomom depresyjnym. Z kolei bezrobocie znacząco podwyższa poziom stresu i obniża poczucie sprawczości. Co ciekawe, badania wśród uchodźców pokazują również, że nawet samo posiadanie zatrudnienia - nawet jeśli nie jest ono w pełni zgodne z kwalifikacjami - wiąże się z niższym poziomem odczuwanego stresu i większym poczuciem stabilizacji (Hajak et al., 2021).

Jeśli chodzi o sytuację w Polsce, to przymusowa migracja uchodźców z Ukrainy ukształtowała się według specyficznych wzorców, które mają bezpośredni wpływ na sytuację uchodźców na rynku pracy, a co za tym idzie - również na ich dobrostan psychiczny. Ze względu na obowiązek służby wojskowej dla mężczyzn w wieku poborowym, od 2022 do Polski z Ukrainy przybywają głównie kobiety z dziećmi, które zmuszone są jednocześnie podejmować aktywność zawodową i sprawować opiekę, co znacząco zwiększa obciążenie emocjonalne i ogranicza możliwość podjęcia stabilnego, legalnego i pełnoetatowego zatrudnienia (Kaczmarczyk, 2023). Dodatkowym czynnikiem jest fakt, że część migrantów często łączy pracę w Ukrainie z pracą za granicą (Jaroszewicz et al., 2022), co skutkuje nie tylko niestabilnością dochodów ale również ciągłym poczuciem niepewności oraz presją związaną z koniecznością pogodzenia obydwu miejsc pracy.

Pomimo wysokiego poziomu wykształcenia wśród uchodźców z Ukrainy - około 75% posiada wyższe wykształcenie (Górny & Kaczmarczyk, 2023), uznawanie kwalifikacji oraz transfer kapitału ludzkiego i umiejętności który posiadają na rynek polski napotyka bariery. Należą do nich przede wszystkim ograniczona znajomość języka polskiego lub angielskiego, niedopasowanie posiadanych kompetencji do potrzeb lokalnego rynku pracy, trudna sytuacja rodzinna oraz wyzwania psychologiczne wynikające z doświadczeń wojennych. Co się z tym wiąże, uchodźcy wojenni często zmuszeni są do podjęcia pracy poniżej kwalifikacji, o niskich dochodach, co wpływa nie tylko na ich poczucie sprawczości, ale też na ogólne pogorszenie się stabilności życiowej - czynników, które są kluczowe dla odpowiedniego dobrostanu.

Segmentacja na rynku pracy i specyfika polskiego kontekstu

Sytuacja migrantów na polskim rynku pracy charakteryzuje się wyraźną segmentacją - gdzie większość cudzoziemców trafia do sektorów niskopłatnych, fizycznie wymagających i obciążających, zwłaszcza w rolnictwie, usługach czy logistyce. Jednocześnie Polska, podobnie jak Czechy, wyróżnia się wysokim poziomem aktywności na rynku pracy wśród migrantów i

uchodźców wojennych, co wynika przede wszystkim z dużego zapotrzebowania na pracowników. Według danych Eurostatu, poziom bezrobocia w Polsce w lipcu 2025 osiągnął rekordowo niski poziom 3.1%. Z kolei wskaźnik dotyczący wolnych miejsc pracy, w drugim kwartale 2025 wyniósł 0.8% (Eurostat, 2025). W ostatnich latach, w literaturze pojawiło się również zjawisko określane jako *dobry pracodawca*, wynikające z niedoborów kadrowych - firmy są bardziej skłonne do zatrudniania migrantów na stabilnych warunkach i oferowania im dłuższej współpracy. Matuszczyk (2024) w swojej pracy zwraca uwagę przede wszystkim na sektor rolnictwa, gdzie pracodawcy angażują się w poprawę warunków zatrudnienia oraz zamieszkania, w celu zachęcenia pracowników do pozostania w gospodarstwie, lub powrotu w przypadku migracji sezonowych i cyrkulacyjnych. Jednak nawet przy takich działaniach i wysokim wskaźniku zatrudnienia, bariery strukturalne wciąż są obecne - praca często jest niskopłatna, niestabilna, wykonywana w warunkach obciążających oraz słabo powiązana z realnym poziomem kompetencji pracowników cudzoziemskich. To wszystko może generować chroniczny stres i przyczyniać się do obniżenia dobrostanu psychicznego migrantów.

Dyskryminacja na rynku pracy jest powszechnym problemem na całym świecie, gdzie osoby są często traktowane niesprawiedliwie ze względu na takie czynniki, jak rasa, płeć, wiek lub niepełnosprawność (Almeida et al., 2015; Baert, 2018; Birkelund et al., 2020; Spadavecchia & Yu, 2021). Ten powszechny problem utrudnia osiągnięcie równości, hamuje postęp gospodarczy i utrwała nierówności społeczne, które wpływają na integrację migrantów w krajach przyjmujących. Pracodawcy na całym świecie są coraz bardziej skłonni do zatrudniania pracowników migrujących, jednak ich praktyki rekrutacyjne są kształtowane przez preferencje oparte na czynnikach społeczno-demograficznych i subiektywnych wrażeniach, a nie na obiektywnych kwalifikacjach (Igarashi & Mugiyama, 2023; Harrison & Lloyd, 2013). Ponadto badania przeprowadzone w całej UE wskazują, że uprzedzenia rasowe i religijne odgrywają znaczącą rolę w dyskryminacji w zatrudnieniu, a kandydaci muzułmańscy i pochodzący z krajów nieeuropejskich napotykać dodatkowe bariery (Di Stasio & Lancee, 2020; Mergener & Maier, 2019). Niemniej jednak popyt na siłę roboczą w sektorach, w których brakuje pracowników, zmniejsza tę niechęć, zwłaszcza gdy migranci posiadają standardowe lub specyficzne dla danego stanowiska kwalifikacje (de Lange & Vankova, 2022). Jednocześnie zaufanie do zagranicznych kwalifikacji pozostaje niskie, zwłaszcza w przypadku stanowisk wymagających wysokich kwalifikacji (Fang et al. 2023), a pracodawcy z enklaw etnicznych preferują pracowników tej samej grupy etnicznej ze względu na ich znajomość kultury i kapitał społeczny (Bloch i McKay 2015). Oprócz umiejętności i doświadczenia pracodawcy często

oceniają kandydatów-migrantów na podstawie wyglądu fizycznego, akcentu, ubioru lub postrzeganych cech osobowości. Preferencje dotyczące akcentu i atrakcyjności fizycznej są szczególnie widoczne w sektorach takich jak hotelarstwo, gdzie stosuje się koncepcję „pracy estetycznej”, podczas gdy w budownictwie „dobre nastawienie” i chęć do ciężkiej pracy są ważniejsze niż kwalifikacje (Moriarty et al., 2012). Cechy fizyczne odgrywają również kluczową rolę w rolnictwie, gdzie pracownicy są często preferowane do zadań takich jak zbieranie owoców miękkich ze względu na założenia dotyczące ich zręczności (Mannon et al., 2011; Glass et al., 2014; de Castro et al., 2020). Pracodawcy często uważają, że kobiety, a zwłaszcza matki, są bardziej skłonne do sumiennej pracy, akceptują złe warunki bez narzekania i wracają do domu po zakończeniu umowy (Mannon et al., 2011). Natomiast migranci płci męskiej posiadający dzieci są częściej zatrudniani na stanowiskach specjalistycznych, w oparciu o założenie, że są bardziej zaangażowani w stabilne, długoterminowe zatrudnienie (Glass et al., 2014). Te założenia oparte na płci i rasie podkreślają złożoną i często dyskryminacyjną logikę, która leży u podstaw decyzji pracodawców dotyczących pracowników migrujących.

Presja ekonomiczna i zobowiązania rodzinne

Wielu migrantów doświadcza dodatkowej presji ekonomicznej wynikającej z konieczności wspierania finansowego bliskich pozostających w kraju pochodzenia. Poczucie obowiązku wysyłania przekazów pieniężnych (*remittances*) potęguje presję ekonomiczną w życiu codziennym, zwłaszcza gdy dochody są na i tak już niskim poziomie lub są niestabilne. Wielu młodych migrantów mówi o poczuciu zobowiązania wobec rodzin, które umożliwiły im migrację oraz wynikającej z niego potrzebie, aby jak najszybciej zacząć zarabiać pieniądze, wysłać je do kraju pochodzenia i - w dalszej perspektywie - sprowadzić innych członków rodziny w ramach procedury łączenia rodzin. Konsekwencje takiej presji były niejednoznaczne: z jednej strony powodowała ona, że młode osoby często rezygnowały z dalszej edukacji czy kształcenia się, żeby w przyszłości móc zdobyć lepszą pracę i podejmowały pracę dostępną natychmiast. Z drugiej jednak - zwłaszcza młodzi mężczyźni - czerpali poczucie dumy i własnej skuteczności z faktu, że pracują i wspierają rodzinę (Trąbka et al., 2023), co z kolei można interpretować jako czynnik chroniący w obszarze dobrostanu emocjonalnego. Jednak ambiwalencja powyższego przykładu demonstruje, jak silnie kwestie ekonomiczne splatają się z psychologicznymi aspektami migracji.

4.3. Czynniki związane z sytuacją mieszkaniową

Kolejną wyodrębnioną przez nas grupą czynników - w badaniach ujmowanych przede wszystkim jako czynnik ryzyka - jest sytuacja mieszkaniowa. Zdecydowana większość badań wskazuje na związek pomiędzy warunkami mieszkaniowymi a stanem zdrowia psychicznego (Hajak et al., 2021; Kleininger-Wanik & Wanke, 2024; WHO, 2023), przy czym można tu wyodrębnić dwa główne nurty badań. Pierwszy z nich obejmuje zamieszkiwania w ośrodkach dla cudzoziemców, ośrodkach detencyjnych lub różnych formach zbiorowego zakwaterowania. Drugi nurt tworzą badania dotyczące barier i trudności w funkcjonowaniu migrantów (szeroko rozumianych) na rynku mieszkaniowym.

Jeśli chodzi o nurt pierwszy, to skupia się on na osobach poszukujących jakiejś formy ochrony międzynarodowej albo już nią objętych². Analizując wpływ zamieszkania w miejscach zbiorowego zakwaterowania na zdrowie i dobrostan trzeba podkreślić ich ogromne zróżnicowanie pod względem kluczowych w tym kontekście cech, czyli zapewnionych warunków (np. prywatność, czystość, bezpieczeństwo) oraz lokalizacji (odległość od miasta i dostępność transportu publicznego, co przekłada się na dostęp do usług medycznych czy psychologicznych). Na przykład, osoby mieszkające w tymczasowych miejscach noclegowych w halach sportowych, targowych, widowiskowych czy placówkach edukacyjnych doświadczały większej liczby i nasilenia objawów depresji, lęku i PTSD. Potwierdzają to wyniki badania GUSu i WHO z udziałem ukraińskich uchodźców. Porównanie uchodźców mieszkających w tymczasowych lokalach z tymi mieszkającymi w stałych miejscach zamieszkania wykazało, że znacznie większy odsetek tych pierwszych zgłaszał trudności w codziennym funkcjonowaniu spowodowane problemami ze zdrowiem psychicznym (odpowiednio 19,3% w porównaniu z 10,1%). W odniesieniu do Polski, gdzie po pełnoskalowej inwazji rosyjskiej na Ukrainę powstało wiele takich miejsc, Bloch i Szmydt (2024) piszą, że choć z założenia te tymczasowe miejsca powinny oferować nocleg do trzech dni, to w rzeczywistości niektóre osoby czekające na akceptowalną przez nich relokację spędzały tam znacznie dłużej. Tym niemniej, sytuacja ta dotyczyła tylko pierwszych miesięcy po 24. lutego, bo już w kwietniu 2022 roku zaczęto wygaszać te formy noclegu.

Ośrodki strzeżone stanowią miejsce w sposób szczególnie oddziałujące na psychikę umieszczonych w nich osób, a detencja ma negatywny wpływ na zdrowie psychiczne osób

² Warto zaznaczyć, że analiza różnych form zbiorowego zakwaterowania była już tematem ekspertyz Komitetu Badań nad Migracjami (zob. Górny et al., 2017; Niedźwiedzki et al., 2021; Bloch & Szmyt, 2024), w tym miejscu skupimy się tylko na wątkach wpływu takich form zamieszkania na zdrowie psychiczne i dobrostan.

przebywających w ośrodkach (Polskie Forum Migracyjne, 2024). Jak donosi raport Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka (2024: 21) “W wielu przypadkach cudzoziemcy, którzy ze względu na stan zdrowia lub wcześniejsze doświadczenia tortur lub innych form przemocy nie powinni być przetrzymywani w ośrodkach strzeżonych, są mimo to pozbawiani wolności [...] Gdy w ośrodkach detencyjnych umieszczone są rodziny z dziećmi, dobro dziecka nie jest badane przez sądy pozbawiające dzieci wolności [...] Procedury stosowania detencji są pełne uchybień formalnych: cudzoziemcy niekiedy nie otrzymują wniosków o przedłużenie detencji lub ich tłumaczeń, często nie są powiadamiani o terminie rozprawy sądowej, a same przedłużenia pozbawienia wolności wyłącznie do celu zabezpieczenia postępowania administracyjnego (procedury uchodźczej czy powrotowej) bywają arbitralne i niezgodne z przepisami prawa krajowego oraz międzynarodowego”. W przypadku części osób, na pierwszy plan wysuwa się poczucie krzywdy, niesprawiedliwości, niezrozumienia, a wreszcie bezradności, gdy trafiają do takiego ośrodka nie popełniając wcześniej żadnego wykroczenia ani przestępstwa (Górny et al., 2017: 25). Towarzyszy im dodatkowo z jednej strony scharakteryzowane już poczucie zawieszenia, a z drugiej - lęk przed deportacją (tamże). Ponadto osoby te często zgłaszają problemy takie jak stany lękowe i depresyjne, samookaleczenia i kryzysy suicydalne (Polskie Forum Migracyjne, 2024). Sytuację pogarsza fakt, że często decyzje w sprawie ich przyszłości wydawane są w ostatniej chwili albo z opóźnieniem (Niedźwiedzki et al., 2021: 38). Choć przebywający mają prawo do konsultacji psychologicznych i/lub psychiatrycznych, badania pokazują, że w sytuacji kryzysu emocjonalnego czy epizodu choroby psychicznej bardzo trudno w ośrodkach strzeżonych o skuteczną pomoc (Chwieduk, 2022). Ponadto raport Polskiego Forum Migracyjnego (2024) na temat pomocy psychologicznej dla osób przebywających w strzeżonych ośrodkach dla cudzoziemców zwraca uwagę nie tylko na niewystarczającą liczbę psychologów w stosunku do osób potrzebujących wsparcia po traumatycznych doświadczeniach (w kraju pochodzenia lub podczas podróży do Polski), ale również podkreśla bariery w dostępie do tych miejsc dla wsparcia z organizacji pozarządowych.

Podsumowując ten pierwszy nurt badań można wysnuć ogólny wniosek, że osoby mieszkające w prywatnych lub niezależnych lokalach miały lepszy stan zdrowia psychicznego, znacznie niższy poziom stresu psychicznego i wyższy poziom zadowolenia z życia niż osoby mieszkające w ośrodkach zbiorowego zakwaterowania (Hajak et al., 2021).

Równocześnie sytuacja osób, które próbują się odnaleźć na rynku mieszkaniowym w Polsce (ale też w innych krajach) także wiąże się z szeregiem trudności. Pozostając póki co przy osobach poszukujących ochrony, to po otrzymaniu decyzji nie mogą one już pozostawać w

ośrodkach dla cudzoziemców i muszą, czasami bardzo szybko, znaleźć mieszkanie dla siebie i swojej rodziny. Biorąc pod uwagę ich najczęściej bardzo ograniczone środki finansowe, fakt, iż ośrodki dla cudzoziemców ulokowane są często poza większymi ośrodkami miejskimi jest to zadanie bardzo trudne. Już ponad dekadę temu Łukasiewicz (2012) opisywała, z jakimi wyzwaniami mierzą się w tym względzie uchodźcy z Czeczenii i jakie konsekwencje to ma dla ich sytuacji życiowej i dobrostanu. Z racji trudności ze znalezieniem mieszkania rodziny czasami musiały się rozdzielać i okresowo “pomieszkiwać” u dalszej rodziny lub znajomych. Niejednokrotnie jedyne mieszkania, jakie udawało się znaleźć były bardzo małe i/lub o bardzo niskim standardzie stanowiącym wręcz zagrożenie dla zdrowia, zwłaszcza dzieci. Chodzi na przykład o bardzo niską temperaturę w mieszkaniu wynikającą z niedziałającego należycie ogrzewania, dużą wilgoć, pleśń.

Innym często podnoszonym problemem, nie tylko przez osoby objęte ochroną międzynarodową, ale w ogóle migrantów, jest dyskryminacja na rynku mieszkaniowym (Bojarczuk & Jancewicz, 2024; Kleininger-Wanik & Wanke, 2024). W ostatnich latach nakłada się ona na kryzys mieszkaniowy w wielu europejskich miastach, którego przejawem jest deficyt mieszkań oraz bardzo szybko rosnące ceny najmu. Na przykład, badając doświadczenia dyskryminacji wśród migrantów w kontekście belgijskim, Martiniello (2025) pokazuje, że już sam etap poszukiwania zakwaterowania może mieć istotnie negatywny wpływ na samopoczucie i sprawczość poszukujących mieszkania. Wśród czynników emocjonalnych zidentyfikowała ona przede wszystkim poczucie rezygnacji wynikające z oswojenia się z powtarzalnym charakterem dyskryminacji - wielu rozmówców traktowało ją jako “stały element” codziennych doświadczeń (Martiniello, 2025). Drugim kluczowym aspektem był emocjonalny koszt reagowania na dyskryminację: formalne zgłaszanie takich sytuacji wiązało się z dużym obciążeniem psychicznym, a jednocześnie postrzegane było jako mało skuteczne i nieprzynoszące jednostkowych korzyści.

Obok czynników emocjonalnych autorka zwraca również uwagę na bariery pragmatyczne, takie jak ograniczony czas i zasoby, które utrudniają formalne zgłaszanie przypadków dyskryminacji, a także niski poziom wiary w skuteczność dostępnych mechanizmów instytucjonalnych. Dopełnieniem tych barier są luki w wiedzy dotyczącej procedur oraz dostępnych kanałów wsparcia, które dodatkowo zniechęcają migrantów do podejmowania działań w sytuacjach dyskryminacyjnych. Ponadto, jak pokazują badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii, niepewność mieszkaniowa - spowodowana wysokim czynszem i krótkoterminowym charakterem najmu - ma wyraźnie negatywny wpływ na najemców (McKee

et al., 2020). Autorzy badań wskazują, że życie w niestabilnych, kosztownych warunkach mieszkaniowych znacznie obniża dobrostan i negatywnie wpływa na zdrowie psychiczne.

Konieczność częstych, zwłaszcza wymuszonych relokacji i przeprowadzek spowodowana krótkimi okresami najmu oznacza destabilizację z wysiłkiem budowanego życia zawodowego, społecznego czy przerwanie edukacji dzieci, leczenia itd. i bardzo negatywnie oddziałuje na poczucie sprawczości i dobrostan osób migrujących (Bloch & Szmydt, 2024). Brak możliwości “zadomowienia się” i przejęcia sprawczości i kontroli nad zamieszkiwaną przestrzenią prowadził do wzrostu poziomu lęku, spadku pewności siebie i obniżenia poczucia własnej wartości, a w niektórych przypadkach pogłębiał już istniejący stres związany z codziennym funkcjonowaniem (McKee et al., 2020). Uczestnicy badania relacjonowali także doświadczenia bezpośredniej dyskryminacji ze strony wynajmujących. W ich narracjach powracały uczucia bezsilności, rezygnacji i frustracji wobec ograniczonych możliwości zmiany swojej sytuacji mieszkaniowej. Pomimo tego, że powyższe badania skupiały się na młodych ludziach, sytuacja migrantów jest również w dużej mierze analogiczna. Niepewność mieszkaniowa tym bardziej potęguje trudności w budowaniu poczucia “domu” w kraju przyjmującym (Kleininger-Wanik & Wanke, 2024).

Odnosząc się do badań prowadzonych w Polsce, powszechna wydaje się niechęć do wynajmowania mieszkań cudzoziemcom, choć oczywiście istnieją różnice pomiędzy różnymi ich grupami. W kwestii dyskryminacji na rynku najmu, w Polsce przeprowadzone zostały trzy badania eksperymentalne, które miały na celu zbadanie mechanizmów dyskryminacji na tle etnicznym³ (Wysieńska, 2014; Antfolk et al., 2019; Bojarczuk & Jancewicz, *forthcoming*). Wszystkie badania wykazały istnienie dyskryminacji i jej systematyczny charakter: jeżeli najemca ma do wyboru Polaka (Polkę) i najemcę cudzoziemca (lub uchodźcę, jak w przypadku badań Wysieńskiej, która prównywała między innymi Polaków i czeczeńskich uchodźców), to pomimo braku różnic między nimi (możliwości finansowe, deklarowana długość najmu czy liczba osób przebywających w lokalu) najemca wciąż będzie preferował polskich kandydatów i kandydatki (jednak wskaźnik sukcesu w umówieniu spotkania o wynajem różnił się pomiędzy badaniami i grupami etnicznymi). Najnowsze badania Bojarczuk i Jancewicz (*forthcoming*) pokazują nie tylko hierarchiczność tych preferencji względem narodowości (wśród migrantów, ukraińscy kandydaci byli bardziej preferowani niż np. nigeryjscy), ale również odnośnie płci. Ponadto, w komponentcie jakościowym wynajmujący oraz agenci nieruchomości

³ Wymienione badania dotyczące dyskryminacji na rynku najmu w Polsce opierały się na perspektywie właścicieli i/lub agentów nieruchomości.

argumentowali swoje decyzje powszechnie obecnymi stereotypami. W niektórych przypadkach zorientowawszy się, że wynajmujący jest cudzoziemcem właściciele twierdzą, że ogłoszenie jest nieaktualne. Czasami odwołują się do konieczności znajomości języka polskiego. Czasami wreszcie wprost mówią, że nie chcą wynajmować mieszkania cudzoziemcom (Kleininger-Wanik & Wanke, 2024; Trąbka et al., 2023: 45-46). Te praktyki zmuszają migrantów do zwracania się o pomoc do znajomych Polaków/Polek albo agencji nieruchomości, a samych migrantów pozbawiają poczucia sprawstwa i kontroli nad swoją sytuacją. Poczucie niepewności i niestabilności nie kończy się jednak wraz z chwilą znalezienia lokum - niektórzy migranci czują, że w każdej chwili w wyniku różnych czynników mogą stracić mieszkanie.

Wobec takich praktyk część osób decyduje się na poszukiwanie mieszkania w obrębie sieci społecznych skupiających innych migrantów i mieszkanie z innymi migrantami. Jak wskazują Kleininger-Wanik i Wanke (2024), taka strategia ma swoje plusy i minusy. Z jednej strony takie sieci społeczne dają bezpieczeństwo, są źródłem informacji i wsparcia, to z drugiej - bywają silnie homofiliczne (McPherson et al., 2001) i mogą wpływać na ograniczone możliwości kontaktów ze społeczeństwem przyjmującym.

Kolejną formą zapewnienia sobie miejsca zamieszkania - zwłaszcza wśród migrantów wahałowych i czasowych - są mieszkania pracownicze lub te, oferowane przez agencje. Fiałkowska i Matuszczyk (2021) w swoich badaniach opisują sytuację pracowników sezonowych z Ukrainy w sektorze rolnictwa. Zakwaterowanie oferowane przez pracodawców, znajduje się zazwyczaj blisko gospodarstwa rolnego, co nie tylko wiąże pracownika z pracodawcą, ale również znacznie ogranicza autonomię pracowników. Powiązanie zakwaterowania z zatrudnieniem sprawia, że staje się ono częścią struktury ryzyka zatrudnienia: niepewność co do możliwości pozostania, mieszkanie z dala od lokalnych sieci lub usług oraz ograniczone możliwości ucieczki zwiększają strukturalną podatność migrantów na nadużycie. Ponadto same warunki mieszkaniowe często pozostawiają wiele do życzenia. Gorsze warunki mieszkaniowe (np. pokoje wieloosobowe, ograniczona przestrzeń, niewielka odległość między częścią mieszkalną a pracownią) nie tylko wpływają na bezpieczeństwo fizyczne i zdrowie, ale także przyczyniają się do stresu, izolacji i pogorszenia samopoczucia psychospołecznego pracowników migrujących.

4.4. Czynniki związane z sytuacją społeczną

Czynniki ryzyka o charakterze społecznym pojawiały się już w naszej ekspertyzie, ponieważ czy chodzi o sytuację na rynku pracy, czy na rynku mieszkaniowym, czy załatwianie

formalności pobytowych czy innych - społeczne aspekty tych sytuacji są ich nieodłączną częścią. Tym niemniej wyodrębniamy osobny podrozdział poświęcony *stricte* czynnikom społecznym, gdyż chcemy poświęcić więcej uwagi po pierwsze wpływowi oddzielenia od rodziny i bliskich w kraju pochodzenia i tęsknocie za nimi. Po drugie warto przeanalizować badania rzucające światło na wyzwania związane ze zbudowaniem sieci społecznej w kraju zamieszkania i towarzyszące czasami migrantom poczucie izolacji społecznej czy samotności. Po trzecie wreszcie, koniecznie trzeba napisać o tym, jak na zdrowie i dobrostan migrantów oddziałują postawy panujące w społeczeństwie przyjmującym, a w szczególności przejawy dyskryminacji. Jest to jeden z tych obszarów, w których bardzo różne badania przynoszą podobne konkluzje.

W literaturze migracyjnej, w której analizuje się relacje społeczne, bardzo często odwołuje się do koncepcji sieci społecznych lub kapitału społecznego. Podkreśla się, że zasoby obecne w sieciach społecznych odgrywają kluczową rolę w procesie ich włączania do społeczeństwa przyjmującego. Dzięki tym powiązaniom migranci zyskują nie tylko dostęp do podstawowych praw czy usług publicznych, ale również do wsparcia emocjonalnego i instytucjonalnego, które stanowi jeden z fundamentów dobrostanu psychicznego. W odniesieniu do klasycznego ujęcia integracji autorstwa Agera i Strang (2008), relacje społeczne stanowią jeden z filarów integracji społecznej. Autorzy wyróżniają trzy typy powiązań: (1) wiążące (bonding), czyli relacje wewnątrz grupy migranckiej, często oparte na wspólnym języku, pochodzeniu czy doświadczeniach; (2) więzi pomostowe (bridging), które obejmują kontakty z przedstawicielami większości społeczeństwa; oraz (3) więzi pionowe (linking), odnoszące się do relacji z instytucjami państwa i sektora usług publicznych. Jest to nawiązanie do koncepcji Putnama (1995), który wyróżniał dwa rodzaje kapitału społecznego: właśnie wiążący i pomostowy.

Badania wskazują, że każdy z tych typów więzi może mieć istotne znaczenie dla psychospołecznego funkcjonowania migrantów. Po pierwsze, sieci społeczne pełnią rolę źródła informacji — nie tylko o pracy czy mieszkalnictwie, lecz także o dostępnych usługach zdrowotnych i psychologicznych, co może chronić przed chronicznym stresem i poczuciem izolacji. Po drugie, zróżnicowanie w dostępie do więzi łączących może wpływać na przebieg integracji, np. determinować możliwości zawodowe, stabilność finansową oraz obniżać ryzyko problemów zdrowia psychicznego wynikających z prekaryjnych warunków życia. Po trzecie, tworzenie relacji z mieszkańcami kraju przyjmującego może być utrudnione — mimo stosunkowo niewielkich różnic kulturowych — ze względu na charakter migracji, szczególnie

w przypadku mobilności krótkoterminowej. Po czwarte, skala i struktura lokalnej społeczności migranckiej mają wpływ na dostęp do wsparcia grupowego: organizacje pozarządowe, wspólnoty religijne czy centra wsparcia mogą pełnić funkcję „bezpiecznych przestrzeni”, istotnych z perspektywy odporności psychicznej (*resilience*). Po piąte, relacje między migrantami a społecznością większościową często powstają w sytuacjach poszukiwania wspólnych zainteresowań czy aktywności, co pokazuje sprawczość migrantów oraz ich zdolność do budowania dobrostanu poprzez podejmowanie działań sprzyjających zdrowiu psychicznemu.

Odwołując się do dwóch typów kapitału społecznego (Putnam 1995, Ager & Strang 2008) część badań migracyjnych sugeruje, że choć w początkowej fazie pobytu rozbudowane sieci społeczne oparte na więziach etnicznych mogą znacząco poprawiać funkcjonowanie migrantów na rynku pracy i sprzyjać stabilizacji ekonomicznej, to w dłuższym okresie ich dominacja może ograniczać możliwości pełnej integracji. Ten ambiwalentny charakter sieci jest dobrze widoczny w kontekście zdrowia psychicznego: sieci oferują wsparcie emocjonalne i poczucie bezpieczeństwa, ale jednocześnie mogą utrzymywać mechanizmy wykluczenia. W przestrzeni miejskiej skutkiem pogłębiającej koncentracji relacji w ramach jednej grupy jest zjawisko tworzenia „etnicznych enklaw”. Migranci często osiedlają się w pobliżu osób o podobnym pochodzeniu, co prowadzi do powstawania dzielnic o wyraźnie jednolitym charakterze kulturowym — jak polskie skupiska w Londynie czy na obrzeżach Dublina, albo dzielnice migranckie w Berlinie, związane m.in. z diasporą turecką. W kontekście zdrowia psychicznego takie środowiska mogą pełnić dwojaką rolę: sprzyjać poczuciu bezpieczeństwa, ale jednocześnie ograniczać dostęp do instytucji i usług, które sprzyjają integracji i inkluzji. Choć w klasycznych analizach z pierwszej połowy XX wieku taką koncentrację przestrzenną migrantów interpretowano jako brak integracji i wartościowano raczej negatywnie, współczesne badania, m.in. Ceri’ego Peacha (2006), podważają tę jednoznaczną interpretację. Wskazują, że osiedlanie się wśród członków własnej grupy może wynikać z praktycznych potrzeb: dostępu do wsparcia, informacji, usług kulturowo dostosowanych, poczucia zrozumienia i ciągłości kulturowej — czynników, które mają bezpośrednie znaczenie dla dobrostanu psychicznego.

W kontekście kapitału pomostowego, a więc relacji osobami spoza swojej grupy etnicznej, kluczowa jest znajomość języka. Przegląd systematyczny ponad 40 artykułów dotyczących różnych grup migrantów i różnych regionów (Montemitro et al., 2021) wskazuje na istotny związek pomiędzy znajomością języka kraju przyjmującego a występowaniem i nasileniem

zaburzeń psychicznych, w tym depresji i PTSD. Kilka badań podłużnych, jakie znalazły się w przeglądzie potwierdza ten związek, gdyż nasilenie objawów zmniejszało się wraz z większą biegłością w języku kraju przyjmującego (ibidem). Rola znajomości języka kraju przyjmującego jest nie do przecenienia, nie tylko jako środka pozwalającego często zdobyć lepsze zatrudnienie, doświadczyć mniej frustracji w urzędach i innych instytucjach, ale również nawiązywać kontakty z osobami ze społeczeństwa przyjmującego. Choć, co również sugerują badania, znajomość języka jest czynnikiem pomocnym, ale nie wystarczającym, aby te relacje zostały nawiązane.

Z kolei w kontekście kapitału wiążącego kluczowe znaczenie ma wsparcie emocjonalne, rozumiane jako możliwość oparcia się na bliskich, stabilnych więziach. Badania pokazują, że kiedy wsparcie emocjonalne jest dostępne i adekwatne, sprzyja ono lepszemu funkcjonowaniu psychicznemu, wzmacnia zdolność radzenia sobie ze stresem i poprawia ogólny stan zdrowia (Burelson, 2008). Przy czym w mobilizowaniu wsparcia liczy się przede wszystkim jakość relacji, a nie liczba kontaktów — najważniejsze jest to, jak dobrze znamy bliskie nam osoby, a nie jak liczna jest nasza sieć. Dla migrantów szczególnie znaczące jest to, w jaki sposób siła więzi łączy się z ich transnarodowym charakterem. Praca Bojarczuk i Muhlau (2017) wskazuje, że możliwość otrzymania pomocy zależy nie tylko od struktury sieci, lecz także od praktyk, które podtrzymują te relacje na odległość. Wsparcie emocjonalne natomiast stosunkowo łatwo pokonuje bariery przestrzenne — rozmowy telefoniczne, komunikatory internetowe i wideokonferencje umożliwiają regularny kontakt z bliskimi pozostającymi za granicą, wzmacniając poczucie ciągłości więzi i zakorzenienia, co pomaga łagodzić poczucie osamotnienia wynikające z migracji. Tym niemniej, jak pokazują przytoczone niżej badania, migranci i migrantki wciąż doświadczają poczucia osamotnienia, co negatywnie oddziałuje na ich zdrowie psychiczne.

Badania sondażowe przeprowadzone przez Agnieszkę Pawlak-Kałużyńską wśród emigrantów z Polski wskazują na dość częste odczuwanie przez nich osamotnienia (32% - czasami, 14% - bardzo często) oraz na istotny związek częstości odczuwania osamotnienia i subiektywnego stanu zdrowia psychicznego (Pawlak-Kałużyńska, 2024). Zgodnie z przewidywaniami, rzadziej doświadczają osamotnienia osoby, które mieszkały z rodziną. W badaniu polskich migrantów w Holandii próbowano wykazać związek pomiędzy charakterem sieci społecznych a poczuciem osamotnienia. Główny wniosek mówiący o tym, że posiadanie niewielkich i homogenicznych sieci społecznych, w których brak tzw. “powierników” (*confidants*) koreluje z większym poczuciem osamotnienia być może nie jest szczególnie zaskakujący, ale

potwierdza wagę bliskich relacji opartych na zaufaniu. Wyniki sugerują, że chociaż relacje transnarodowe są wśród migrantów powszechne, to jednak zdolność do budowania lokalnych, zróżnicowanych sieci (poprzez np. biegłość językową) jest kluczowa dla zmniejszenia samotności (Djundeva & Ellwardt, 2020). Samotność jest również związana z czynnikami społeczno-demograficznymi i zdrowotnymi. Okazuje się, że bycie bezrobotnym, niski dochód oraz zły stan zdrowia są silnie związane z samotnością (Djundeva & Ellwardt, 2020).

Odnosząc się do kontekstu Polski, badania prowadzone wśród Ukraińców i Ukrainek jeszcze przed 2022 rokiem wskazują, że wśród bliskich kontaktów społecznych osób badanych przeważały sieci transnarodowe i kontakty z innymi Ukraińcami, więc wiążący kapitał społeczny: “Okolo trzech czwartych, tak kobiet jak i mężczyzn, zadeklarowało, że ponad połowa ich bliskich osób w Polsce to Ukraińcy. W odniesieniu do dalszych relacji migranci w mniejszym stopniu zamykali się w ukraińskich kręgach znajomych, dotyczy to zwłaszcza mężczyzn” (Kindler et al., 2022: 112). Równocześnie wskazywano na trudności z zawieraniem bliższych znajomości z Polakami (Kindler & Wójcikowska-Baniak 2018; Kindler et al., 2022).

Oba aspekty życia społecznego migrantów, a więc tęsknota za rodziną i przyjaciółmi, ruminacje na temat tego, co się pozostawiło w kraju, ale również trudności z adaptacją społeczną w nowym środowisku to zdaniem Rosner i współpracowników elementy nostalgii (*homesickness*) (Rosner et al., 2022). Ich badania wśród uchodźców w Niemczech pokazują, że wynik ogólny *homesickness* był istotnie związany z nasileniem objawów depresyjnych i stresu potraumatycznego, przy czym w największym stopniu za ten związek odpowiadały trudności z przystosowaniem do nowego kraju i samotność oraz izolacja. W związku z tym autorzy sugerują, że pomoc psychologiczna uchodźcom powinna obejmować oba te aspekty: zarówno radzenie sobie z żalobą za tym, co się utraciło i izolacją społeczną, jak i pracę nad adaptacją do nowego środowiska (ibidem). Oba te problemy były też wskazywane przez osoby z Białorusi, które wyjechały z kraju w powodów politycznych i zamieszkały w Polsce, Litwie i Gruzji (Kazakou & Thomas, 2025).

Jednym z najlepiej potwierdzonych i bardzo istotnych predyktorów gorszego stanu zdrowia psychicznego we wszystkich grupach migrantów jest doświadczenie dyskryminacji i/lub rasizmu (Missinne & Bracke, 2012; WHO, 2023). Wśród migrantów mieszkających w Szwajcarii, narażenie na przejawy nadużyć (*abuse*) i dyskryminacji było obok poczucia izolacji społecznej najważniejszym predyktorem złego stanu zdrowia psychicznego (Fakhoury et al., 2021). Również międzynarodowe badanie Forray et al. (2024) wskazywało na różne formy

dyskryminacji, w tym dyskryminację strukturalną oraz dostęp do systemu opieki zdrowotnej jako czynniki ryzyka zdrowia psychicznego. Badanie z udziałem uchodźców z Ukrainy także dowodzi, że osoby, które doświadczyły wrogiego traktowania zgłaszały średnio więcej problemów ze zdrowiem psychicznym niż osoby, które go nie doświadczyły (UNHCR, 2024). Co więcej, w polskim kontekście Wypych i Bilewicz wykazali, że w grupie migrantów z Ukrainy kontakt z mową nienawiści wobec nich samych lub ich narodowości był związany z wyższym poziomem stresu akulturacyjnego oraz nasileniem objawów PTSD oraz depresji (Wypych & Bilewicz, 2024). Autorzy wskazują zatem, że nie tylko bezpośrednie doświadczenie przemocy czy agresji, ale również kontakt z językiem wrogiem wobec całej własnej narodowościowej czy etnicznej może mieć daleko idące konsekwencje dla zdrowia psychicznego powodując poczucie izolacji społecznej i wykluczenia.

Te ustalenia są kluczowe, gdy weźmie się pod uwagę, że ostatnie dekady, a zwłaszcza ostatnie lata przyniosły w Europie nasilenie nastrojów anti-imigranckich i rozpowszechnienie dyskursów sekurytyzacyjnych oraz innych, przedstawiających migrantów jako zagrożenie dla bezpieczeństwa, tożsamości i integralności społeczeństw przyjmujących (Babakova et al., 2022; Samson, 2025). Ich nieodłączną częścią jest budowanie podziałów na “dobrych” i “złych” migrantów, na tych “zasługujących” na pomoc czy ochronę lub “pożytecznych”, bo przyczyniających się do wzrostu gospodarczego, oraz na tych, którzy na pomoc i przyjęcie nie zasługują, gdyż dążą wyłącznie do nadużywania systemu. Sam ten dyskurs i mechanizmy wykluczania jakie generuje nie są zjawiskiem nowym - mogliśmy je śledzić np. kilka lat temu w Wielkiej Brytanii przy okazji Brexitu (Blachnicka-Ciacek et al., 2021) i obserwować, jak negatywnie oddziałują na stan psychiczny migrantów, między innymi z Polski. Podobny dyskurs jest coraz bardziej powszechny w Polsce. Jego najbardziej jaskrawym przykładem był kontrast w sposobie mówienia, pisania i działania wobec osób próbujących przekroczyć granicę białorusko-polską po 2021 roku i wobec osób uciekających z Ukrainy po wybuchu pełnoskalowej inwazji rosyjskiej. Podczas gdy osoby na tej pierwszej granicy były postrzegane jako “nielegalni” migranci, głównie płci męskiej, pochodzący z krajów Bliskiego Wschodu lub Afryki subsaharyjskiej i traktowani albo jako zagrożenie albo uprzedmiotawiani jako ofiary wojny hybrydowej prowadzonej przez Białoruś, osoby uciekające z Ukrainy - wręcz przeciwnie - postrzegane były jako “prawdziwi” uchodźcy, zasługujący na pomoc (Samson, 2025). Dyskurs ten był urasowiony, upłciowiony i związany z aktualną sytuacją geopolityczną (ibidem). Piszemy o tym w kontekście zdrowia psychicznego i dobrostanu migrantów, gdyż liczne przeglądy badań i metaanalizy wskazują na powiązanie tych zmiennych z postawami

społeczeństwa wobec migrantów, postrzeganej przez samych migrantów wrogości i zagrożenia dyskryminacją (Giesebrecht et al., 2024; Pascoe & Smart Richman, 2009). Równocześnie trzeba podkreślić zależność postaw społecznych i dyskursu na temat migracji od okoliczności politycznych, co oznacza, że stosunek do określonej grupy migrantów może się zmienić, a sami migranci stawiani są ciągle wobec konieczności udowodnienia, że są tymi “dobrymi” i “zasługującymi” (Błachnicka-Ciacek et al., 2021). Konsekwencji takich zmian doświadczyli w 2022 roku Białorusini, którzy w 2020 roku uciekli z kraju po sfałszowanych wyborach i protestach w obawie przed prześladowaniami. Choć wtedy w sąsiednich krajach dominowała solidarność wobec nich, to w momencie wybuchu pełnoskalowej inwazji rosyjskiej, nagle zaczęli doświadczać wrogości i dyskryminacji (Babakova et al., 2022; Kazakou & Thomas, 2025). Kazakou i Thomas (2025) wskazują na ogromną rolę czynników społecznych dla stanu psychicznego migrantów. Nakładająca się na siebie tęsknota za bliskimi pozostawionymi w kraju, brak sieci wsparcia w nowym kraju i trudności adaptacyjne oraz doświadczenia dyskryminacji pojawiające się zwłaszcza po pełnoskalowej inwazji rosyjskiej na Ukrainę - wszystko to przyczyniało się do pogorszenia stanu psychicznego osób badanych. Choć nie aż tak gwałtownie, to zmienia się na gorsze również stosunek do uchodźców z Ukrainy: od 2023 roku odsetek Polaków popierających ich przyjmowanie spadał stopniowo z rekordowego ponad 90% w marcu 2022 roku aż do 48% w październiku 2025 roku, co jest najniższą wartością od początku tego badania w 2014 roku (CBOS 2022; 2025). Przekłada się on na dobrostan i samopoczucie Ukraińców i Ukrainek mieszkających w Polsce.

W jaki sposób można wyjaśnić związek pomiędzy odczuwaną niechęcią czy wrogością społeczeństwa i postrzeganą dyskryminacją a stanem zdrowia? Na podstawie metaanalizy wyników ponad 100 badań Pascoe i Smart Richman (2009) zaproponowały dwa główne mechanizmy wyjaśniające: stres i zachowania zdrowotne. Poczucie zagrożenia i dyskryminacji jest postrzegane jako stresor niekontrolowany i nieprzewidywalny i wywołuje reakcje stresowe zarówno na poziomie fizjologicznym (np. podwyższone ciśnienie krwi, tętno, wydzielanie kortyzolu), jak i psychologicznym (wzrost negatywnych emocji: gniewu, lęku, spadek samooceny), a skumulowany efekt tych reakcji ma negatywne skutki dla zdrowia zarówno psychicznego, jak i somatycznego. Co więcej - i to druga ścieżka wpływu dyskryminacji na zdrowie - stresor ten oddziałuje również bezpośrednio na zachowanie powodując, że osoby go doświadczające rzadziej będą angażować się w zachowania sprzyjające zdrowiu, a częściej w zachowania niezdrowe (Pascoe & Smart Richman, 2009). Na przykład, osoba, która nie czuje się bezpiecznie na ulicach swojego miasta i w miejscach publicznych z mniejszym

prawdopodobieństwem pójdzie na spacer czy na siłownię, a raczej zostanie w domu oddając się biernemu wypoczynkowi. Choć autorki o tym nie wspominają, to nie sposób nie powiązać tych oddziaływań ze sferą kontaktów społecznych, które w sytuacji odczuwanej niechęci czy zagrożenia trudniej nawiązać, co tylko pogłębia negatywny wpływ na zdrowie psychiczne i dobrostan.

5. Czynniki wspierające zdrowie psychiczne i dobrostan migrantów i migrantek.

Dotąd w naszej ekspertyzie skupialiśmy się na czynnikach stanowiących ryzyko dla zdrowia psychicznego i dobrostanu. Oczywiście, dokonując odwrócenia omówionych grup czynników możemy powiedzieć, że stabilna sytuacja prawna dająca poczucie bezpieczeństwa i dostęp do rynku pracy, świadczeń socjalnych itp. będzie sprzyjać zdrowiu psychicznemu. Podobnie sytuacja finansowa czy zawodowa. Uznając wagę tych czynników nie będziemy ich tu ponownie omawiać w taki sam sposób, jak powyżej. Skupimy się na tych aspektach, które nie wybrzmiały w poprzedniej części, m. in. na wsparciu społecznym, rezyliencji czy roli zainteresowań i różnych aktywności podejmowanych poza pracą zawodową. Rysunek 4 przedstawia zestawienie tych czynników.



Rys.4. Czynniki ochronne i wzmacniające zdrowie psychiczne

5.1. Rola kapitału społecznego i wsparcia

Jedno z czołowych miejsc wśród czynników pozytywnie oddziałujących na zdrowie psychiczne i dobrostan migrantów i migrantek (podobnie zresztą jak ma to miejsce w populacji ogólnej) zajmuje bez wątpienia wsparcie społeczne omówione już częściowo w poprzedniej części.

Wśród uchodźców i azylantów w Niemczech wsparcie społeczne było negatywnie skorelowane z różnymi aspektami zdrowia psychicznego: objawami depresji, stresu pourazowego i objawami somatycznymi, natomiast - wbrew oczekiwaniom - nie stanowiło moderatora pomiędzy doświadczeniem dyskryminacji a powyższymi problemami (Giesebrecht et al., 2024).

Analizując jego rolę w tej ekspertyzie przyjrzymy się różnym źródłom tego wsparcia: od rodziny, poprzez członków swojej społeczności do członków społeczeństwa przyjmującego.

Zaczynając od wsparcia rodziny badania prowadzone wśród polskich migrantów poakcesyjnych wskazują na istotną rolę więzi rodzinnych: zamieszkiwanie z rodziną oraz spędzanie z nią czasu wolnego były skorelowane z niższym deklarowanym poziomem samotności i lepszym zdrowiem psychicznym (Djundeva & Ellwardt, 2020; Pawlak-Kałużyńska, 2022). Jaworski z zespołem (2025) również wykazał znaczenie rodzinnych sieci społecznych wśród Ukraińskich uchodźców mieszkających w Polsce. Więzi te obniżały poczucie osamotnienia, które z kolei korelowało z ogólnym stanem zdrowia psychicznego, natomiast - wbrew oczekiwaniom - związek samej jakości sieci społecznych ze zdrowiem psychicznym okazał się nieistotny. Osoby biorące udział w badaniu miały rozbudowane sieci wsparcia, zwłaszcza rodzinne, w przypadku niektórych typów więzi nawet bardziej niż polscy uczestnicy badania, co tłumaczone jest charakterem migracji. Bardzo często uciekały kobiety z dziećmi i/lub starszymi członkami rodziny, czasem również z innymi osobami z rodziny rozszerzonej, stanowiąc dla siebie po migracji naturalne źródło wsparcia. Więzi z bliskimi często stanowiły dla uczestników źródło bezpieczeństwa i odporności psychicznej (Jaworski et al., 2025).

Również w innym badaniu uchodźczynie z Ukrainy w Polsce podkreślały ogromną rolę wsparcia społecznego jako zasobu korzystnie oddziałującego na ich psychikę. W obręb tego wsparcia zaliczały się zarówno interakcje z innymi osobami w podobnej sytuacji, jak i życzliwe kontakty z Polkami i Polakami (Baran et al., 2024). Te pozytywne doświadczenia działały w wielu przypadkach jak bufor chroniący przed negatywnymi skutkami aktów wrogości czy dyskryminacji, z jakimi czasami spotykały się uchodźczynie. Takie nieformalne, naturalne sieci wsparcia były dla uczestniczek badania ważniejsze niż konsultacje psychologiczne, co wynikało z przekonania, że konsultacja psychologiczna jest uzasadniona raczej w skrajnych

przypadkach bardzo złego samopoczucia lub nieradzenia sobie z życiem codziennym (ibidem). Więcej o barierach korzystania z profesjonalnej pomocy piszemy w kolejnej części.

Pisząc o roli wsparcia społecznego, koniecznie trzeba wspomnieć rolę diasporę, być może szczególnie w sytuacji różnego rodzaju kryzysów. Rola diaspora ukraińskiej w obliczu przyjazdu do Polski uchodźców wojennych po 24. lutego 2022 jest nie do przecenienia. Jak możemy przeczytać w raporcie „Polska szkoła pomagania”: „Pomagające w związku z wojną w Ukrainie migrantki i migranci, szczególnie często (poza pomocą wojsku ukraińskiemu) angażowali się w pomoc materialną przekazywaną innym osobom przebywającym w Polsce (49%) oraz użyczyli miejsca na nocleg (44%). Aż 30-38% pomagających osób migrujących wzięło udział w organizacji przyjazdu do Polski i życia w Polsce innym osobom (mieszkanie, dokumenty, wizyty lekarskie, przedszkole) oraz pomogło przyjeźdnym znaleźć pracę” (Jarosz & Klaus, 2023: 55). Wskazuje to na ogromną skalę zaangażowania w świadczenie różnego rodzaju pomocy nowoprzybyłym.

Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku Białorusinów, którzy wyjechali z kraju z powodów politycznych i zamieszkali w Polsce, Litwie i Gruzji. 58% z nich korzystało z jakiejś formy wsparcia diasporę: albo z osobistych kontaktów, albo z grup wsparcia (Kazakou & Thomas, 2025). Jeszcze więcej osób podkreślało istotną rolę diasporę w budowaniu poczucia bezpieczeństwa i przynależności, wykraczającą poza wsparcie informacyjne czy organizacyjne. Część natomiast wprost mówiło o jej wpływie na zdrowie psychiczne czy samopoczucie (np. „moje związki z diasporą praktycznie pomogły mi przeżyć i nie popaść w depresję”) (Kazakou & Thomas, 2025).

Te nowe badania są spójne z tym, co od lat pisze się o sieciach społecznych migrantów z Ukrainy w Polsce, a mianowicie, że zwłaszcza bliskie więzi są przede wszystkim oparte o kontakty z krajanami. Kindler i współautorki (2022) na podstawie sondażu przeprowadzonego jeszcze przed pełnoskalową inwazją rosyjską na Ukrainę stwierdzają, że wśród kontaktów społecznych Ukraińców i Ukrainek w Polsce przeważają kontakty transnarodowe, a w przypadku 75% uczestników wśród bliskich osób w Polsce dominują Ukraińcy (Kindler et al., 2022: 112). W innym badaniu, które przyniosło bardzo podobne wyniki autorki w następujący sposób wyjaśniają rolę bliskich związków w społeczności migranckiej: „silne więzi z rodakami w Polsce zapewniają poczucie bezpieczeństwa i stabilizacji wyrażane przez większość badanych jako przekonanie, że „mają tu na kogo liczyć” i „nie są sami”. Grupa najbliższych przyjaciół odpowiada na potrzebę przynależności, często w pełnym stopniu zastępuje rodzinę” (Kindler & Wójcikowska-Baniak 2018: 34). Choć więc autorki nie odnoszą się do tego wprost,

to widać z tej wypowiedzi, że posiadanie takich silnych więzi rodzinnych lub przyjacielskich korzystnie wpływa na dobrostan.

Nie tylko więzi międzyludzkie okazują się istotne dla kondycji psychicznej migrantów, a również więzi z miejscami. Wnuk i Toruńczyk-Ruiz (2024) sprawdzały, jakie znaczenie dla dobrostanu i radzenia sobie z traumą wojenną ma przywiązanie do miejsca. Wstępne wyniki wskazują na pozytywną rolę zbudowania więzi z nowym miejscem zamieszkania, co jest łatwiejsze, gdy mamy do czynienia z podobieństwem między miejscem pochodzenia i zamieszkania w Polsce. Inni badacze wskazywali na to, że poczucie stabilności, bezpieczeństwa i bycia “w domu”, jakie przynosi posiadanie nieruchomości również korzystnie oddziałuje na stan psychiczny (Kleininger-Wanik & Wanke, 2024). Trzeba przy tym zaznaczyć, że podczas gdy przywiązanie do nowego miejsca korzystnie oddziałuje na dobrostan i może stanowić czynnik ochronny przed PTSD, to bardzo silne przywiązanie do miejsca pochodzenia w sytuacji migracji przymusowej może utrudniać radzenie sobie z tą sytuacją (Wnuk i Toruńczyk-Ruiz 2024).

5.2. Rola praktyk religijnych, partycypacji społecznej i hobby

Analizując sytuację życiową migrantów bardzo często koncentrujemy się na sferze zawodowej, prawnej, ekonomicznej, ewentualnie rodzinnej. Tymczasem - nie negując wagi tamtych czynników - ważne dla dobrostanu i dobrego zdrowia psychicznego jest również to, co robi się w czasie wolnym, czyli zainteresowania, sport, partycypacja w życiu społecznym czy udział w praktykach religijnych.

Religia jest identyfikowana jako istotny czynnik ochronny dla zdrowia psychicznego i dobrostanu migrantów, uchodźców oraz osób ubiegających się o azyl (Côté-Olijnyk et al., 2024; Grzymała-Moszczyńska, 2024; Kindler et al., 2022; Pawlak-Kałużyńska, 2024), i to na różne sposoby. W przypadku polskich migrantów w różnych krajach Europy Zachodniej kościół stanowił ważne miejsce spotkań, wymiany dóbr, usług i informacji, zwłaszcza dla nowych osób. Osoby biorące udział w nabożeństwach w kościele katolickim miały bardziej rozbudowaną i zróżnicowaną sieć wsparcia społecznego (Djundeva & Ellwardt, 2020; Pawlak-Kałużyńska, 2024). Poza tym, religia jest nadal postrzegana jako powiązana z tożsamością narodową i tradycją, dlatego uczestniczenie w praktykach religijnych na emigracji (popularne zwłaszcza wśród osób w średnim wieku, posiadających dzieci) może być podyktowane chęcią podtrzymania polskich tradycji i przekazania ich dzieciom (Pawlak-Kałużyńska, 2024). W przypadku uchodźców, azylantów i migrantów nieudokumentowanych kościół był opisywany

jako miejsce zapewniające „spokój ducha”, w którym mogli budować swoje sieci społeczne, a religia pozwalała nadać sens własnym doświadczeniom. Modlitwa i czytanie tekstów religijnych były również opisywane jako sposoby radzenia sobie z traumą i zespołem stresu pourazowego (Côté-Olijnyk et al., 2024). Na szczególne znaczenie religijnego radzenia sobie (*religious coping*) w przypadku migrantów z doświadczeniem traumy zwraca uwagę Grzymała-Moszczyńska (2024). W sytuacjach kryzysowych (np. podczas ucieczki, w obozach) religia często bywa kluczowym źródłem nadziei, odporności i psychicznego wsparcia. Autorka przy tym zaznacza, że religia może stanowić „most”, kiedy ułatwia nawiązanie kontaktu z nową wspólnotą, ale może też pełnić rolę ograniczającą („klatki”), jeśli więzi religijne izolują uchodźców czy migrantów od reszty społeczeństwa.

Wspomniane już badanie Kindler i zespołu (2022) świadczy o tym, że właśnie zainteresowania i hobby są często powodem wyjścia poza sieci etniczne i zwróceniem się do społeczeństwa przyjmującego. Chcąc utrzymać ciągłość realizowania swoich pasji i zainteresowań i nie napotykając w swojej „etnicznej” sieci odpowiednich grup migranci zwracali się w stronę grup polskich, zwykle zaczynając od społeczności internetowych. Większość osób zyskiwała w ten sposób znajomości raczej luźne, ograniczone do wybranej aktywności, ale czasami stawało się początkiem bliższych relacji (Kindler et al., 2022). Podobne wnioski płyną z badania Blachnickiej-Ciacek i Trąbki (2024). Autorki skupiały się na różnego rodzaju mniej lub bardziej sformalizowanych aktywnościach sportowych, w których brali udział migranci i migrantki wskazując, że dla wielu osób włączenie się w nie było przełomem w ich integracji w Polsce i bardzo korzystnie wpływało na ich dobrostan. Działo się tak nie tylko dlatego, że same te aktywności (gra w frisbee, siatkówka na plaży, wycieczki rowerowe, gra w piłkę nożną) były przyjemnym i zdrowym sposobem spędzania wolnego czasu, ale także dlatego, że stanowiły sposób na nawiązanie kontaktów, niejednokrotnie bliskich, z ludźmi o podobnych zainteresowaniach i przyczyniały się do budowania więzi z miejscem zamieszkania (Blachnicka-Ciacek & Trąbka, 2024). Autorki wskazują równocześnie, że wbrew pozorom znalezienie i dołączenie do takiej grupy nie zawsze jest łatwe i - zwłaszcza w przypadku migrantów o niższym kapitale społecznym i kulturowym - wymaga wsparcia. Potwierdzenie korzystnego wpływu różnych form partycypacji społecznej (sport, wolontariat, aktywności kulturalne, towarzyskie i inne) na zdrowie psychiczne (mniejsze nasilenie objawów depresji) potwierdza badanie syryjskich uchodźców w Szwecji (Johnson-Singh et al., 2024). To samo badanie wskazuje też na omawianą już przez nas negatywną korelację pomiędzy wsparciem społecznym a depresją. Co ciekawe jednak, nie odnotowano związku między partycypacją

społeczną a wsparciem społecznym, co sugeruje że jeśli partycypacja społeczna korzystnie oddziałuje na stan psychiczny, to dzieje się to poprzez inne mechanizmy niż wsparcie społeczne. Może to być np. większe poczucie sprawstwa i samoocena, poczucie przynależności (ibidem). Wszystkie te badania wskazują też na ważną rolę kapitału społecznego pomostowego, a więc relacji ze społeczeństwem przyjmującym (Kindler et al., 2022).

Wspomniane powyżej formy wypoczynku, hobby czy partycypacji społecznej okazały się również bardzo istotne dla uchodźczyń z Ukrainy mieszkających w Polsce. Wykazywały się znaczną odpornością psychiczną (rezyliencją), stosując szeroki wachlarz różnorodnych strategii radzenia sobie. Obejmowały one działania mające na celu poprawę samopoczucia, takie jak aktywność fizyczną, medytację, modlitwę i spacerowanie na łonie natury. Uchodźczynie podkreślały też, że drobne przyjemności, takie jak czytanie, wycieczki, uczestnictwo w wydarzeniach kulturalnych, hobby i dbanie o siebie, przyczyniały się do tego, że w Polsce czuły się „prawie normalnie” (Baran et al., 2024). Angażowanie się w pracę i codzienne obowiązki zapewniało rozrywkę i pomagało ustalić codzienne rutyny i rytuały, które dawały poczucie stabilności. Na podstawie swojej pracy klinicznej z uchodźczyniami i uchodźcami z Ukrainy, Ovcharenko pisze, że poza klasycznie rozumianą pomocą psychologiczną, bardzo korzystnie na samopoczucie osób, z którymi pracowała wpływało zaangażowanie się w jakąś formę aktywności pomocowej (Ovcharenko, 2024). Źródłem siły i odporności były dla nich też dzieci. Wiele uchodźczyń mówiło o dobru dzieci jako najważniejszej wartości i czymś, co powoduje, że się nie załamują, że znajdują siłę do radzenia sobie z wyzwaniami (Baran et al. 2024).

Wątek odporności psychicznej czy rezyliencji wybrzmiał również w projekcie badawczym poświęconym integracji młodych migrantów z tzw. krajów trzecich (spoza UE) w Polsce (Winogrodzka et al., 2024). Uczestnicy badań mówili dużo o opisanych powyżej czynnikach ryzyka powiązanych z migracją i podkreślali, że - być może zwłaszcza w ich wieku, gdy migracja jest równoznaczna z rozpoczęciem niezależnego od rodziców życia - stanowi ona duże obciążenie psychiczne. Wątki zdrowia psychicznego i dobrostanu pojawiały się bardzo często w ich wypowiedziach. Równocześnie bardzo mocno podkreślali rolę odpowiedniego nastawienia i strategii radzenia sobie z trudnościami. To nastawienie obejmuje m. in. wiarę w siebie, cierpliwość i niezniechęcanie się napotykanymi trudnościami, konsekwencję i optymizm, a także pewnego rodzaju odwagę, gotowość do wyjścia ze swojej strefy komfortu. W opinii młodych migrantów taka postawa pomaga radzić sobie w wyzwaniami, a z kolei skuteczne radzenie sobie z trudnościami związanymi z życiem w innym kraju wzmacnia poczucie własnej skuteczności i sprawstwa, a więc korzystnie oddziałuje na dobrostan.

Wypracowywanie takiego nastawienia jest jednym ze sposobów budowania rezyliencji przez młodych migrantów (Winogrodzka et al., 2024).

6. Migranci i migrantki w systemie opieki zdrowotnej.

Jeśli chodzi o korzystanie z systemu opieki zdrowotnej, to można wyodrębnić trzy powiązane ze sobą nurty badań, które tutaj omówimy. Pierwszy z nich tworzą próby oszacowania tego, ilu migrantów korzysta z tego systemu i jakie są w tym względzie potrzeby. Płynie z nich zasadniczo konkluzja, że niewielki odsetek osób migrujących zwraca się o profesjonalną pomoc. Stąd drugi nurt badań stawia sobie za cel analizę różnego rodzaju barier w dostępie do usług zdrowotnych. Trzeci nurt badań i refleksji, rozwijany głównie w obrębie psychologii, poświęcony jest temu, jak rozwijać system usług, które będą dostosowane do potrzeb społeczeństwa wielokulturowego.

6.1. Korzystanie z usług związanych ze zdrowiem psychicznym

Jeśli chodzi o nurt pierwszy, to podobnie jak w przypadku szacunków dotyczących rozpowszechnienia problemów ze zdrowiem psychicznym, badania na temat potrzeb i korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej czy psychiatrycznej przynoszą bardzo rozbieżne wyniki. Zaczynając od sytuacji osób uciekających przed wojną w Ukrainie do Polski, to badanie przeprowadzone w 2023 roku przez Biuro UNICEF ds. Reagowania na Potrzeby Uchodźców w Polsce wykazało, że ponad 60% ukraińskich matek-uchodźczyń w Polsce doświadcza wysokiego lub bardzo wysokiego poziomu stresu, a 53% z nich szukało pomocy w zakresie zdrowia psychicznego lub rozważało takie działanie od momentu przybycia do Polski (UNICEF, 2023). Jednocześnie Górny na podstawie dużego sondażu (2023) podaje, że odsetek Ukraińców objętych tymczasową ochroną w Polsce, którzy zadeklarowali potrzebę profesjonalnej pomocy psychologicznej, wyniósł zaledwie 8% (w porównaniu z około 30%, którzy potrzebowali konsultacji medycznej). Podobne wyniki uzyskano w badaniu „Stan zdrowia uchodźców z Ukrainy w Polsce” prowadzonym przez WHO i GUS (Cierpiat-Wolan et al., 2024). Problemy ze zdrowiem psychicznym były wskazywane jako czwarte z kolei przez 6% osób badanych. W jakościowym komponentcie tego badania okazało się, że część osób nie poruszała tego tematu albo czyniła to niechętnie z uwagi na stygmatyzację związaną z korzystaniem z pomocy psychologicznej. Dodatkowo, również względy praktyczne (odległość, dojazd, grafik czy rodzaj oferowanej pomocy) decydowały o niskim poziomie korzystania z

tych usług (ibidem). Podobne wnioski płyną ze wspomnianego już badania uchodźców wojennych z Ukrainy w dziesięciu krajach Europy Środkowo-Wschodniej - tylko około 60% tych, którzy cierpieli na jakieś problemy natury psychicznej zgłaszała się po pomoc. Optymistyczny wniosek jest taki, że około 90% z tych osób deklarowało poprawę swojego stanu i samopoczucia (UNHCR, 2024). Jakościowe badanie Baran et al. (2024) z udziałem uchodźczyń wojennych z Ukrainy wyraźnie pokazuje, że pomoc psychologiczna nie była wymieniana wśród podstawowych potrzeb. Wręcz przeciwnie, część uchodźczyń mimo jej dostępności nie korzystała z niej tłumacząc, że przecież są już w Polsce bezpieczne, że nic im nie grozi, a więc że wszystko jest w porządku i mogą funkcjonować. Poszukiwanie pomocy psychologicznej było postrzegane jako ostateczność (Baran et al., 2024).

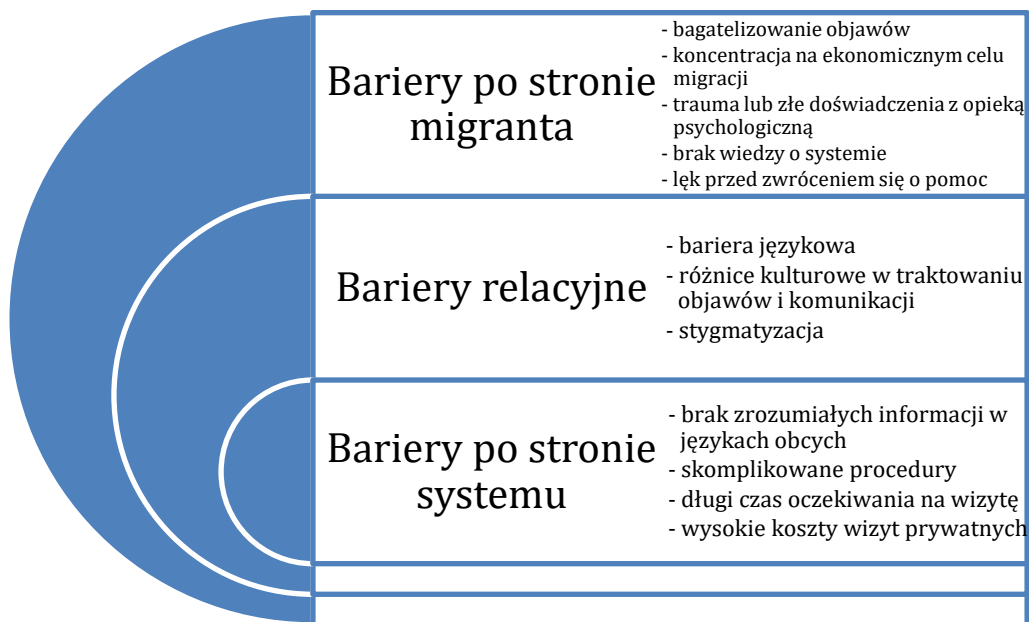
Zgoła odmienne rezultaty przyniosły badania z udziałem migrantów z Białorusi mieszkających w Polsce, Litwie i Gruzji: aż 40% z nich deklarowało, że poszukiwało pomocy w związku ze złym stanem zdrowia psychicznego, z czego niemal połowa zwracała się do psychologów i/lub psychoterapeutów (Kazakou & Thomas, 2025). Z kolei badanie prowadzone wśród migrantów udokumentowanych i nieudokumentowanych w Szwajcarii pokazało, że 18,4% uczestników zadeklarowało posiadanie diagnozy lęku lub depresji, a około dwa razy więcej osób uzyskało wynik pozytywny w badaniach przesiewowych pod kątem objawów sugerujących te zaburzenia (36% dla zaburzeń lękowych i 45,4% dla depresji). Wynik ten sugeruje, że niemal połowa osób odczuwających znaczące pogorszenie swojego samopoczucia nie poszukiwała profesjonalnej pomocy, co skłania do zastanowienia nad barierami w korzystaniu z usług zdrowotnych. Oczywiście trzeba zaznaczyć, że akurat w tym badaniu udział brały osoby o nieuregulowanym statusie, które mogły nie mieć dostępu do systemu opieki zdrowotnej.

Badanie panelowe prowadzone przez Górny et al. (2023) pokazuje też dynamikę czasową: z upływem czasu potrzeba pomocy psychologicznej jest sygnalizowana przez nieco więcej osób. W 2023 r. odsetek ten wzrósł (z 8%) do 11%, a zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne wzrosło z 10 do 16%. Dynamikę tę można wyjaśnić z jednej strony tym, że początkowo ludzie koncentrują się na zaspokojeniu podstawowych potrzeb związanych z osiedleniem się w nowym kraju, ignorując potrzeby psychologiczne. Z drugiej strony, przedłużający się charakter wojny na Ukrainie powoduje, że z czasem słabnie nadzieja, że ucieczka ma charakter jedynie tymczasowy. Równocześnie coraz lepiej zna się język, system ochrony zdrowia i oferowane usługi, co być może przekłada się na bardziej otwarte wyrażanie potrzeb w tym zakresie.

Wreszcie, zgodnie z trendem opisanym powyżej wraz z latami na emigracji pogarsza się stan zdrowia migrantów (Elshahat et al., 2022), a więc potrzeba zwrócenia się o profesjonalną pomoc może też stawać się bardziej nagląca.

6.2. Bariery w dostępie do usług zdrowotnych, w tym zdrowia psychicznego.

Syntetyzując przyczyny niekorzystania przez migrantów ze służby zdrowia można podzielić je na te leżące po stronie migranta oraz szeroko rozumianego “systemu” (Kawczyńska-Butrym 2012). Ze strony imigranta to między innymi przyczyny związane z bagatelizowaniem objawów, w tym także ze względu na koncentrację na zrealizowaniu celu ekonomicznego wyjazdu, obawa przed udaniem się do lekarza lub psychologa, brak zaufania do systemu opieki zdrowotnej. Wśród barier systemowych trzeba wymienić brak uprawnień (np. w przypadku migrantów o nieuregulowanym statusie) albo brak wiedzy o swoich prawach, niezajomość tego, jak działa system, wysokie koszty prywatnych usług oraz długi czas oczekiwania na wizytę w ramach NFZ. Rysunek 4 przedstawia zestawienie tych czynników. W rezultacie, jak już pisałyśmy powyżej, migranci rzadziej niż osoby urodzone w danym kraju korzystają z systemu opieki zdrowotnej, w tym z usług związanych ze zdrowiem psychicznym (WHO 2023). Na przykład badania Elżbiety Czapki pokazały, że polscy migranci w Norwegii w przypadku dolegliwości jedynie w 18% udają się do lekarza, podczas gdy przed wyjazdem deklarowali to w połowie przypadków (Czapka 2010, za: Kawczyńska-Butrym, 2012). Wobec tego autorka wyodrębnia trzy strategie przyjmowane przez polskich migrantów: (ibidem: 116): “samoleczenie, ograniczanie kontaktu ze służbą zdrowia w kraju pobytu i przerzucanie opieki zdrowotnej na kraj pochodzenia”.



Rys.4. Bariery w dostępie do usług, w tych usług związanych ze zdrowiem psychicznym.

Z kolei Forray et al. (2024) na podstawie jakościowej, wielopoziomowej analizy barier w dostępie migrantów do usług zdrowia psychicznego w Niemczech, Makao, Holandii, Rumunii i Republice Południowej Afryki zidentyfikowali trzy kluczowe rodzaje barier: problemy językowe i komunikacyjne, różnice kulturowe i społeczne oraz bariery systemowe. We wszystkich pięciu krajach bariera językowa wysuwała się na pierwszy plan jako przyczyna ograniczonego korzystania z usług zdrowotnych. Jej rola w przypadku problemów ze zdrowiem psychicznym jest szczególnie istotna, gdyż w przypadku diagnozy i późniejszej interwencji kluczowe jest właśnie opowiedzenie o swoich objawach i problemach, a następnie rozmowa o nich, a do tego nie wystarczy zupełnie podstawowa znajomość języka. Zatem bariera językowa w tym przypadku może prowadzić do nieadekwatnej diagnozy, niezrozumienia zaleceń czy nieoptymalnej interwencji. Równocześnie we wszystkich krajach objętych badaniem - choć dodać można, że dotyczy to również Polski - nie było dostępnych, lub były dostępne w niewystarczającym stopniu (w Niemczech i Holandii) usługi profesjonalnych tłumaczy. W rezultacie, pracownicy służby zdrowia często polegają na tłumaczach nieprofesjonalnych, takich jak członkowie rodziny, wielojęzyczny personel szpitala lub pracownicy socjalni. Jest to praktyka wymuszona okolicznościami, ale niepozbawiona ryzyk: może ona zagrażać poufności i zaufaniu pacjenta, nie ma gwarancji prawidłowego i dokładnego tłumaczenia, a jednocześnie może stanowić obciążenie emocjonalne dla nieprofesjonalnego tłumacza, zwłaszcza gdy jest to osoba bliska pacjentowi. Bywa też, że to na pacjenta przerzucany jest obowiązek przyjęcia z

tłumaczem (Kawczyńska-Butrym, 2012), a sam pacjent-obcokrajowiec postrzegany jest jako wymagający więcej uwagi, informacji, a więc zakłócający płynną pracę placówki.

Jeśli chodzi o przyczyny drugiego typu - społeczno-kulturowe, to autorzy piszą przede wszystkim o stygmatyzacji i tabu związanym z problemami ze zdrowiem psychicznym, jakie wciąż obowiązują zarówno w społecznościach przyjmujących, jak i migrantkach. Powszechne jest również bagatelizowanie problemów ze zdrowiem psychicznym i nie traktowanie ich jako równie poważnych, co choroby somatyczne, a w rezultacie nie zwracanie się o pomoc, tylko czekanie "aż przejdzie". Jeśli chodzi o bariery stricte kulturowe, to wiążą się one z tym, że choć wiele zaburzeń i chorób psychicznych ma charakter uniwersalny, to, jak dokładnie się przejawiają, jak są postrzegane ich przyczyny i jakie są pożądane sposoby radzenia sobie jest już częściowo uwarunkowane kulturowo (Anczyk et al., 2019b). Na przykład, poza konwencjonalną terapią, elementem radzenia sobie mogą być praktyki religijne czy inne. Z tego powodu, o czym poniżej, tak ważna jest kompetencja kulturowa personelu pracującego z migrantami.

Ostatni zestaw ograniczeń ma charakter systemowy i obejmuje wyzwania biurokratyczne (takie jak czasochłonne procedury, trudności z rejestracją w systemie ubezpieczenia zdrowotnego, z umówieniem wizyty itd.) oraz obciążenia finansowe dla migrantów odnotowane w niektórych krajach. Nie są to wyzwania specyficzne dla migrantów: z wieloma z nich zmagają się również rodzimi obywatele, ale z uwagi na gorszą znajomość języka i obowiązujących rozwiązań prawno-administracyjnych dla migrantów mogą one być szczególnie trudne i przytłaczające. We wszystkich badanych kontekstach widoczny był brak wystarczających zasobów i rozpoznania potrzeb migrantów w zakresie opieki psychiatrycznej, co prowadziło do przeciążenia wielojęzycznego personelu i ograniczonej dostępności usług wyspecjalizowanych pod tym względem.

Do tego katalogu barier trzeba dodać jeszcze jedną grupę, niewymienioną wcześniej. Otóż Kazakou i Thomas na przykładzie migrantów z Białorusi, którzy doświadczyli więzienia i prześladowań przed wyjazdem ilustrują, jak trudno jest zwrócić się o profesjonalną pomoc w sytuacji stresu posttraumatycznego. Wśród osób badanych były takie, których poziom lęku był tak wysoki, że z trudem podejmowały codzienne czynności, a więc znalezienie terapeuty i otworzenie się przed tym obcym człowiekiem było poza zasięgiem ich możliwości. Były osoby, dla których z różnych powodów praca np. z rosyjskim czy terapeutą byłaby zbyt trudna, i były wreszcie osoby przekonane, że większość terapeutów nie będzie w stanie ich zrozumieć

(Kazakou & Thomas, 2025). Zatem ważne są również w tym kontekście pre-migracyjne czynniki ryzyka.

Wśród uchodźców wojennych z Ukrainy najczęściej zgłaszaną przeszkodą w dostępie do usług psychologicznych była niewiedza, gdzie należy się udać (41%), co było nieco częstsze wśród kobiet (42%) niż mężczyzn (39%). Wyniki sugerują, że we wszystkich 10 krajach, gdzie realizowano badanie brak wiedzy na temat dostępnych usług jest główną przeszkodą, a bariery językowe stanowią dodatkowe wyzwanie w niektórych krajach. W niektórych przypadkach zgłaszano również ograniczenia finansowe, podczas gdy w innych jako główną barierę wskazywano ograniczenia czasowe. Niektórzy respondenci zgłaszali brak chęci do szukania wsparcia, co było bardziej powszechne wśród mężczyzn (22%) niż kobiet (16%). Podobnie, znaczny odsetek respondentów przyjął strategię przeczekania. Warto zauważyć, że 12% osób zgłosiło również, że boi się negatywnego postrzegania przez innych jako bariery w szukaniu pomocy (UNHCR, 2024). Z kolei według raportu GUS (2023) który ocenił ogólne bariery w dostępie do opieki zdrowotnej, najczęściej pojawiały się przede wszystkim długi czas oczekiwania (75.9%), wymagane recepty i koszt leków (31.9%), koszt związany z usługami konsultacji i ogólnie, leczenia (18.8%), bariera informacyjna (14.2%).

Trzeba zaznaczyć, że część z tych barier ulega minimalizacji wraz z upływem czasu i stabilizacją pobytu imigranta w kraju przyjmującym, jak choćby coraz lepsza znajomość języka, tego, jak funkcjonuje system opieki zdrowotnej, jak sobie w nim radzić itp. Warto też zauważyć, że w wielu krajach systemowe luki czy niedoskonałości uzupełniają organizacje pozarządowe, świadczące często darmowe, a wyspecjalizowane usługi. Niemniej jednak, często borykają się one z ograniczonymi finansami i projektowym charakterem pracy, który utrudnia stabilność i ciągłość działań i nie powinny być traktowane jako alternatywa dla zbudowania dobrze funkcjonującego systemu usług zdrowotnych (Forray et al., 2024).

6.3. Kompetencje kulturowe w pracy z migrantami.

Wobec coraz bardziej zróżnicowanego charakteru polskiego społeczeństwa konieczne staje się dostosowanie systemu opieki zdrowotnej, w tym usług związanych ze zdrowiem psychicznym, do tych nowych warunków. Z opisanych już powyżej barier jasno wynika, że zmiany powinny obejmować lepszy system informacji dla cudzoziemców, w tym zwłaszcza informacje w językach innych niż polski. Dodatkowo należy wziąć pod uwagę różnice w sposobie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i psychologicznej w różnych krajach i przybliżyć przystępnym językiem ich specyfikę w Polsce. Wreszcie, w samych instytucjach wśród

personelu powinny być osoby mówiące po angielsku, rosyjsku i/lub ukraińsku. Idealnie byłoby również, gdyby możliwe byłoby zapewnienie tłumacza w sytuacji, w której personel i pacjent nie mogą się porozumieć.

Drugą kluczową kwestią są kompetencje kulturowe specjalistów: lekarzy, psychologów, terapeutów i innych pracujących z migrantami. W psychologii pisze się o nich więcej w ostatnich kilku dekadach. W Polsce, na ich rolę od dawna zwraca uwagę Halina Grzymała-Moszczyńska (2010; Anczyk et al., 2019). Stemplewska-Żakowicz uznaje kompetencję kulturową za jedną z dwóch fundamentalnych kompetencji psychologów, obok kompetencji etycznej (Stemplewska-Żakowicz, 2015). Zaznacza, że początkowo rozumiano ją dość wąsko, “jako wiedzę, umiejętności i postawy (wartości) niezbędne do psychologicznej pracy z osobami o odmiennym pochodzeniu etnicznym” (ibidem: 200), obecnie natomiast dominuje ujęcie szersze, w którym odnoszona ona jest do różnego rodzaju odmienności, nie tylko etnicznej. W skład kompetencji kulturowej wchodzi więc między innymi umiejętność nawiązania kontaktu i komunikowania się w kulturowo wrażliwy sposób, ewentualnego dostosowania stosowanych narzędzi diagnostycznych czy sposobów pracy do osoby badanej, świadomość wpływu własnego ukształtowania kulturowego na osobiste wartości i założenia, wiedza o przejawach i następstwach uprzedzeń, dyskryminacji czy marginalizacji na sytuację określonych grup społecznych (Anczyk et al., 2019a; Stemplewska-Żakowicz, 2015). Widać więc, że jest to kompetencja blisko powiązana z samoświadomością oraz otwartością na poszerzanie swojej wiedzy na temat możliwych społeczno-kulturowych uwarunkowań problemów psychologicznych. Najnowsza wersja DSM-V, czyli kryteriów diagnostycznych zaburzeń psychicznych, również zawiera nowe fragmenty poświęcone wątkom kulturowym w diagnozie psychologicznej, w tym na przykład scenariusz wywiadu na temat ukształtowania kulturowego (*Cultural Formulation Interview – CFI*) mający ułatwić diagnostom uchwycenie perspektywy, z jakiej pacjent/klient postrzega swoją sytuację, jego czy jej dotychczasowych sposobów radzenia sobie oraz celów i wartości, jakimi się kieruje (Anczyk et al., 2019a).

7. Przykłady dobrych praktyk

Fundacja Ocalenie

Fundacja Ocalenie, w ramach swoich Centrów Pomocy Cudzoziemcom w Warszawie, Łodzi i Łomży stworzyła kompleksowy model wsparcia migrantów, który można uznać za wzorcowy w kontekście integracji społecznej oraz opieki prawnej i psychologicznej. Kluczowe elementy dobrych praktyk obejmują:

- Holistyczne podejście do wsparcia migrantów - centra oferują pomoc w pokonywaniu barier językowych, informacyjnych i proceduralnych (w tym również tym, którzy doświadczyli dyskryminacji) w tym w kontaktach z urzędami, wypełnianie dokumentów, poszukiwanie mieszkania oraz w rejestracji dzieci do szkół i punktów opieki.
- Zróżnicowany kulturowo zespół mentorów
- Wsparcie psychologiczne i prawne - Centra zapewniają dostęp do psychologów i psychoterapeutów, w tym wsparcie dla osób z traumą czy z PTSD, oraz porad prawnych z zakresu legalizacji pobytu, ochrony międzynarodowej czy przeciwdziałania nieetycznym praktykom pracodawców. Istotnym aspektem wsparcia jest Centrum Pomocy dla Ofiar Tortur, które oferuje pomoc psychologiczną, psychiatryczną, społeczną i prawną.
- Edukacja i rozwój zawodowy - osoby dorosłe mogą korzystać z bezpłatnych kursów języka polskiego, konsultacji zawodowych oraz specjalistycznych projektów dla kobiet (docelowo planowane jest rozszerzenie projektu również dla mężczyzn). Programy partnerskie, np. z IKEA Retail, umożliwiają zdobycie doświadczenia zawodowego przy elastycznych formach zatrudnienia.
- Bezpieczeństwo mieszkaniowe - Fundacja wynajmuje mieszkania na rynku prywatnym i od samorządów, podnajmując je migrantom w przystępnych cenach, co zmniejsza ryzyko bezdomności i zapewnia poczucie bezpieczeństwa.

Więcej informacji na temat działań Fundacji Ocalenie znajduje się tutaj: [Centrum Pomocy Cudzoziemcom - Fundacja Ocalenie](#)

Portal Najlepszych praktyk

Spośród dobrych praktyk, Komisja Europejska stworzyła [portal najlepszych praktyk](#), który ma na celu ułatwienie gromadzenia oraz wymianę i wdrażanie najlepszych i obiecujących praktyk

wśród państw członkowskich Unii Europejskiej. W 2018 roku państwa członkowskie UE uznały zdrowie psychiczne za obszar priorytetowy dla wdrażania najlepszych praktyk, a w 2019 przedstawiono państwom członkowskim wstępny wybór najlepszych praktyk, które następnie kraje wspólnoty uszeregowały zgodnie ze swoimi priorytetami krajowymi. Z trzech najwyższej ocenionych praktyk dwie inicjatywy są obecnie wdrażane przy wsparciu finansowym w ramach rocznego planu pracy na 2020 r. trzeciego programu działań w dziedzinie zdrowia. W ramach wspólnego działania ImpleMENTAL wdrażana jest belgijska reforma systemu zdrowia psychicznego, która koncentruje się na wzmocnieniu usług skoncentrowanych na kliencie i opartych na społeczności lokalnej, oraz austriacki wielopoziomowy program zapobiegania samobójstwom. Działanie to łączy 21 państw członkowskich i jest wspierane wkładem finansowym w wysokości 5,4 mln EUR. Regionalne Biuro WHO dla Europy wspiera działania ImpleMENTAL w zakresie szkoleń i budowania potencjału w ramach umowy o wkładzie na rzecz podejścia do zdrowia psychicznego we wszystkich obszarach polityki, o wartości 11 mln EUR w ramach programu prac EU4Health 2022.

Jednak porównując inne zagadnienia związane ze zdrowiem psychicznym i dobrostanem, niewiele przedsięwzięć adresowanych jest do osób które doświadczyły migracji. W Polsce, spośród tych adresowanych do migrantów, warto wspomnieć o polskiej wersji językowej platformy MENTALHEALTH4ALL (<https://www.mentalhealth4all.eu/pl>). Narzędzie to ma na celu zapewnienie uchodźcom i migrantom wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego poprzez zebranie przystępnych materiałów informacyjnych dotyczących zdrowia psychicznego, systemów opieki zdrowotnej oraz ośrodków wsparcia psychicznego w różnych krajach Europy. Materiały dostępne są w 15 językach.

Iwelcome

Obiecującą dobrą praktyką w obszarze zdrowia psychicznego migrantów jest tworzenie zintegrowanych, wrażliwych na płeć programów wsparcia, które łączą budowanie kompetencji, wzmocnienie psychospołeczne oraz ścisłą współpracę z instytucjami rynku pracy. Projekt I-Welcome, przeznaczony dla kobiet z krajów trzecich, skutecznie działa na rzecz zdrowia psychicznego migrantów uwzględniając nie tylko indywidualne potrzeby ale również bariery strukturalne, takie jak dyskryminacja, ograniczony dostęp do usług czy nierówne szanse na rynku pracy.

Kluczowe elementy modelu wykorzystanego w tej inicjatywie to:

- Podnoszenie świadomości praw i uprawnień, w szczególności wsparcia w zakresie świadomości swoich praw oraz mechanizmów antydyskryminacyjnych
- Wzmacnianie dobrostanu i sprawczości m.in. poprzez mentoring, grupy wsparcia i działania budujące pewność siebie
- Wczesne zapewnienie ukierunkowanych form pomocy i szkoleń, oferowanych krótko przyjeździe, aby zapobiec narastaniu trudności psychicznych
- Ścisłą współpracę z pracodawcami i instytucjami, której celem jest podnoszenie świadomości na temat stereotypów, redukcja uprzedzeń i promowanie środowisk pracy wrażliwych kulturowo i równościowo
- Metoda małych kroków wdrażania w pracy (job shadowing)
- Wsparcie kompetencyjne dla profesjonalistów pierwszego kontaktu, w tym nauczycieli, pracodawców, pracowników socjalnych i organizacji pozarządowych
- Wykorzystanie narzędzi cyfrowych, które zapewniają migrantkom dostęp do informacji, zasobów samopomocowych oraz ścieżek kierowania do specjalistów

Takie holistyczne podejście pokazuje, że skuteczna troska o zdrowie psychiczne migrantów wymaga zarówno działań indywidualnych, jak i systemowego zaangażowania pracodawców, instytucji lokalnych i społeczności przyjmującej. Dzięki modułowym materiałom, pakietom szkoleniowym oraz interaktywnym metodom partycypacyjnym łatwo je dostosować do różnych kontekstów krajowych i językowych. Poza ogólnym wsparciem i wzmacnianiem dobrostanu, projekt ten przeciwdziała nierównościom strukturalnym i sprzyja długofalowej integracji. Więcej szczegółów na temat tej inicjatywy, dostępne jest na stronie: iwelcome-project.eu.

Grupy wsparcia EMPOWERment (projekt Mental Health, Fundacja Człowiek)

W okresie 2023-2024 Fundacja Człowiek zrealizowała w ramach projektu MH_UKR grupy wsparcia EMPOWERment dla społeczności polskiej i ukraińskiej. Grupy te stanowiły przykład skutecznego modelu wsparcia psychicznego opartego na idei otwartego dialogu oraz wsparcia rówieśniczego. Do kluczowych elementów tego programu, które można zakwalifikować jako dobre praktyki należą:

- Empowerment uczestników - spotkania skupiały się na wydobywaniu i wzmacnianiu indywidualnych zasobów uczestników, z uwzględnieniem poczucia samokontroli nad własnymi emocjami i zdrowiem psychicznym

- wsparcie uczestników - uczestnicy uczyli się, jak dawać i otrzymywać wsparcie emocjonalne wykorzystując własne doświadczenia do wspierania innych, co sprzyjało budowaniu solidarności i poczucia wspólnoty.
- otwartość i integracja społeczna - grupy łączyły społeczność polską i ukraińską, tworząc przestrzeń do dzielenia się doświadczeniami, wymiany porad i nawiązywania trwałym relacji bez względu na pochodzenie czy pozycję społeczną.
- facylitacja i tematyka spotkań - spotkania prowadzone były przez facylitatorkę, a tematy które były częścią modelu obejmowały zagadnienia, pobudzające refleksje, takie jak: zaufanie, samoocena, przebaczenie, odczuwanie emocji czy wypalenie. Dzięki temu uczestnicy mogli rozwijać kompetencje społeczne i emocjonalne w bezpiecznym środowisku.
- Holistyczne podejście do zdrowia psychicznego - zastosowany model uwzględniał zarówno współpracę grupową, jak i autonomię jednostki, co sprzyjało kształtowaniu poczucia własnej skuteczności i odpowiedzialności za własny dobrostan i zdrowie psychiczne.

Co istotne, grupy EMPOWERment zostały przeprowadzone zarówno wśród osób dorosłych jak i dzieci i nastolatków. Ponadto, w ślad za istotą empowermentu - wartością dodaną tej inicjatywy był fakt, że facylitatorka grup była *ekspertem przez doświadczenie*. Ta inicjatywna stanowi wartościowy przykład działań, które nie tylko integrują, ale przede wszystkim wzmacniają indywidualne zasoby psychiczne i promują kulturę wzajemnego wsparcia. Pełen opis projektu dostępny jest pod adresem: [Grupy wsparcia EMPOWERment | Fundacja Człowiek](#)

EU PROMENS

Program EU-PROMENS (European Programme for Mental Health Exchange, Networking and Skills) stanowi dobrą praktykę w obszarze zdrowia psychicznego, wspieraną przez program EU4Health. Jego celem jest podniesienie kompetencji profesjonalistów pracujących w sektorze zdrowia psychicznego oraz innych sektorów usług społecznych – m.in. nauczycieli, pracowników socjalnych, ekspertów czy pacjentów.

Program zakłada dwuetapowe podejście: po pierwsze - wdrożenie mutlidyscyplinarnych szkoleń (o charakterze hybrydowym), dostosowanych do potrzeb lokalnych i specyfiki różnych krajów. Po drugie - organizację wymian zawodowych (*exchange programme*) podczas których

uczestnicy spędzają dwa tygodnie w jednym z europejskich ośrodków-hubów (m.in. w Holandii, Czechach, Hiszpanii, Austrii, Chorwacji i Finlandii), biorąc udział w wizytach studyjnych, warsztatach oraz job-shadowingu. Tego typu wymiana sprzyja nie tylko wzajemnego uczenia się od siebie nawzajem (*peer to peer learning*) ale też współpracy pomiędzy różnymi profesjonalistami: uczestnicy z różnych sektorów i krajów zdobywają wiedzę na temat różnych systemów wsparcia zdrowia psychicznego, poznają innowacyjne praktyki oraz mają możliwość obserwacji konkretnych strategii opieki opartej na modelu psychospołecznym – uwzględniającym profil prewencyjny, leczenia, reintegracji i wsparcia społecznego. Znaczącym atutem EU-PROMENS jest jego skala i inkluzywność: szkolenia obejmują 24 państwa, oraz wiele sektorów.

Ponadto, podczas tworzenia projektu położono silny nacisk na identyfikację potrzeb szkoleniowych oraz mapowanie interesariuszy. EU-PROMENS opiera się na strategii kompetencji międzysektorowych, która pozwala na tworzenie modułów szkoleniowych dostosowanych do realiów lokalnych, a jednocześnie stanowi punkt wyjściowy do dalszego rozwoju i standaryzacji kompetencji w całej Europie. Inicjatywa ta promuje również trwałą zmianę instytucjonalną: poprzez wymiany, budowanie sieci współpracy między profesjonalistami i tworzenie europejskich hubów. Dzięki temu, EU-PROMENS wzmacnia długofalową współpracę i umożliwia przenoszenie dobrych praktyk między krajami oraz różnymi grupami docelowymi. Więcej informacji znajduje się na stronie: [EU-PROMENS Project Page - EU-PROMENS](#)

8. Rekomendacje

Przytoczone przez nas wyniki badań nie tylko poszerzają stan naszej wiedzy na temat zdrowia psychicznego migrantów i migrantek, ale również mają implikacje praktyczne. Posłużyły nam do wypracowania szeregu rekomendacji odpowiadających na zdiagnozowane dotąd problemy i wyzwania. Porządek tych rekomendacji jest zgodny z tokiem naszego rozumowania w całej ekspertyzie, czyli najpierw przedstawiamy rekomendacje odnoszące się do tego, jak zminimalizować główne czynniki ryzyka, następnie przechodzimy do sugestii rozwiązań wpływających z badań na temat tego, co wspiera zdrowie psychiczne migrantów, by zakończyć rekomendacjami dotyczącymi funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i usług pomocy psychologicznej. W tej części zawieramy też sugestie dalszych badań.

- Przyspieszenie procedur administracyjnych dotyczących ochrony międzynarodowej i legalizacji pobytu.

Wiele badań, w tym tych przytoczonych w powyższej analizie wskazuje, że długotrwała niepewność prawna jest jednym z czynników najsilniej pogarszających zdrowie psychiczne osób migrujących. Niezbędne więc jest zdecydowane skrócenie czasu procedowania dokumentacji oraz procedur związanych zarówno z decyzją pobytową, jak i tą dotyczącą ochrony międzynarodowej, a także zwiększenie przejrzystości i przewidywalności procedur. Do tego przyczyni się z pewnością pełniejsza informacja i formularze dostępne w głównych językach, którymi posługują się migranci.

- Ułatwienie uznawalności kwalifikacji oraz zatrudnienia specjalistów z doświadczeniem migracyjnym w ochronie zdrowia psychicznego

Osoby z doświadczeniem migracji oraz kompetencjami psychologicznymi lub psychiatrycznymi mogą się znacząco przyczynić do podniesienia adekwatności kulturowej świadczonej w Polsce opieki. Rekomendujemy zatem przyspieszenie uznawania kwalifikacji oraz stworzenie programów przejściowych (*bridging programmes*) dla specjalistów-migrantów, którzy nie tylko mogliby pracować zgodnie ze swoimi kwalifikacjami, ale również wspierać dobrostan i ogólne funkcjonowanie osób migrujących. Jednocześnie należy zapewnić im możliwość korzystania - w razie potrzeby - z profesjonalnego wsparcia tłumacza.

- Ograniczenie detencji do niezbędnego minimum

W odniesieniu do omawianych aspektów sytuacji mieszkaniowej, wspieramy rekomendacje Polskiego Forum Migracyjnego (2024) dotyczącego podjęcia konkretnych i praktycznych kroków przez polskie władze wobec funkcjonowania ośrodków detencyjnych dla cudzoziemców, uznając pierwszeństwo wolności nad detencją. Działania te powinny obejmować skuteczne mechanizmy identyfikacji, uwzględniając sytuację prawną oraz zdrowotną cudzoziemców, poprawy dostępu do pomocy psychologicznej oraz zwiększenie skuteczności rozwiązań instytucjonalnych, poprzez wykorzystanie alternatyw detencji, takich jak np. pracę case-managerów.

- Przeciwdziałanie dyskryminacji na rynku najmu

Zgodnie z art.32 i 33 Konstytucji RP każdy obywatel ma prawo do równego traktowania. Ponadto Polska jest również zobowiązana do przestrzegania prawa unijnego, w tym Dyrektyw Rady 2000/43/WE i 2000/78/WE które zakazują dyskryminacji w obszarach takich jak: rynek

pracy, edukacja, opieka zdrowotna czy usługi publiczne i prywatne, takie jak dostęp do mieszkań. W związku z tym samorzady lokalne powinny prowadzić kampanie edukacyjne i szkolenia dla właścicieli mieszkań oraz biur nieruchomości dotyczące regulacji antidyskryminacyjnych oraz korzyści wynikających z inkluzywnego podejścia do najmu. Jak potwierdzają badania przytoczone w naszej ekspertyzie, uprzedzenia często wynikają ze stereotypów, które nie odzwierciedlają realnych sytuacji i zachowań poszczególnych mniejszości etnicznych. W odniesieniu do powszechnej dyskryminacji na rynku najmu, rekomendujemy wdrożenie obowiązku stosowania przejrzystych i wystandaryzowanych kryteriów najmu (np. jasnych zasad oceny zdolności najemcy) aby ograniczyć subiektywność oceny właścicieli i pośredników, które często są dyskryminujące. Ponadto dla zgłaszania zachowań dyskryminacyjnych powinna zostać stworzona uproszczona ścieżka administracyjna. Samym migrantom i migrantkom doświadczającym dyskryminacji powinno zapewnić się dostęp do przystępnego cenowo poradnictwa prawnego oraz mediacji w procesie wynajmu mieszkania, aby skutecznie mogli dochodzić swoich praw. Osoby narażone na szczególne ryzyko dyskryminacji powinny mieć dostęp do zakwaterowania interwencyjnego lub przejściowego, aby móc osiągnąć stabilność mieszkaniową - niezbędną do odpowiedniego funkcjonowania w społeczeństwie przyjmującym, w tym na rynku pracy.

- Systemowe zwiększenie dostępu do kursów języka polskiego

Znajomość języka kraju przyjmującego jest kluczowa w integracji, poczucia sprawczości, budowania relacji społecznych i korzystania z usług zdrowotnych. W związku z tym, rekomendujemy rozszerzenie liczby kursów języka polskiego, ich dostępności w różnych regionach oraz finansowanie zajęć dedykowanych osobom o niskim poziomie wykształcenia oraz osobom pracującym zmianowo lub łączącym obowiązki służbowe z opieką nad dziećmi. Rozszerzenie dostępu do bezpłatnych i długoterminowych kursów języka polskiego dla migrantów powinno być traktowane jako integralny element profilaktyki zdrowia psychicznego. Badania Montemitro et al. (2021) wskazują, że lepsza znajomość języka kraju przyjmującego wiąże się z niższym nasileniem objawów depresji, lęku i PTSD, a także z większą pewnością siebie w radzeniu sobie z wyzwaniach związanych z korzystaniem z opieki zdrowotnej.

- Wzmocnienie działań na rzecz przeciwdziałania dyskryminacji i poprawy postaw społeczeństwa przyjmującego

Poczucie bezpieczeństwa i społecznej akceptacji ma ogromny wpływ na dobrostan migrantów, dlatego działania na rzecz dobrostanu migrantów i migrantek powinny być też adresowane do społeczeństwa przyjmującego. Rekomendujemy zwiększenie liczby i skuteczności kampanii społecznych, wprowadzenie edukacji antydyskryminacyjnej do szkół. Dodatkowo, badania wskazują na ograniczone możliwości nawiązywania kontaktów, zwłaszcza kontaktów towarzyskich, migrantów ze społeczeństwem przyjmującym. W związku z tym promowanie inicjatyw lokalnych lub sąsiedzkich, które by budowały takie kontakty wydaje nam się szczególnie cenne.

- Wzmacnianie odpowiedzialności mediów za przekazywanie rzetelnych i opartych na faktach informacji o migracjach

Media powinny konsekwentnie przedstawiać informacje dotyczące migracji w oparciu o dane, badania i wiarygodne źródła, zamiast wzmacniać przekazy oparte na lęku, zagrożeniu czy wykluczeniu. Rzetelne przedstawianie faktów może zwiększyć świadomość społeczną, ograniczyć dezinformację oraz redukować społeczne uprzedzenia wobec osób migrujących. Zaleca się opracowanie i wdrażanie standardów etycznych dotyczących języka wykorzystywanego w przekazach medialnych o migracji, w tym eliminowanie terminów stygmatyzujących. Media powinny systematycznie weryfikować używane pojęcia oraz dbać o zgodność przekazu z zasadami etyki dziennikarskiej.

- Rozwój polityk wspierających zdrowie psychiczne na poziomie krajowym i lokalnym

Potrzebna jest aktualizacja rozwiązań legislacyjnych dotyczących zdrowia psychicznego, w szczególności w odniesieniu do potrzeb migrantów. Takie rozwiązania powinny obejmować przede wszystkim integrację usług dostarczanych przez kulturowo-kompetentny personel, współpracę międzysektorową oraz zapewnienie koordynacji między instytucjami publicznymi, NGO-sami i samorządami lokalnymi. Takie lokalne centra wsparcia (albo przy istniejących Centrach Zdrowia Psychicznego albo osobne centra, sprofilowane pod kątem potrzeb osób migrujących lub uchodźców) powinny łączyć opiekę psychiatryczną, psychologiczną i społeczną. Na przykład Jaworski et al. (2025) podkreślają, że potrzebę zintegrowanego podejścia do wsparcia psychicznego uchodźców. Koordynacja tych działań na szczeblu państwowym ma zasadnicze znaczenie dla zapewnienia skutecznego i trwałego wdrażania takich środków wsparcia. Kluczowe jednak jest to, aby uchodźcy (jak i inna grupa migrantów w Polsce) miała dostęp do pomocy psychologicznej w zrozumiałym dla nich języku, a jednocześnie by mogli oni budować więzi ze społeczeństwem przyjmującym.

- Zwiększenie dostępności usług zdrowia psychicznego dostosowanych kulturowo i językowo

Powinno się zapewnić systemowe rozwiązania, które ułatwią migrantom i migrantkom korzystanie z publicznej opieki zdrowotnej, m.in. poprzez programy informacyjne, kampanie edukacyjne oraz uproszczenie procedur rejestracji w systemie ochrony zdrowia. Jak pokazuje nasza analiza, dostęp do usług psychiatrycznych i psychologicznych jest ograniczony, a jej dostępność jest dodatkowo utrudniona czynnikami takimi jak (nieuregulowany) status migracyjny czy nieznanostwo języka.

W związku z kluczową rolą języka i kompetencji kulturowych w zapewnianiu opieki psychologicznej i psychiatrycznej rekomendujemy:

- zatrudnianie tłumaczy i mediatorów kulturowych
- rozwój usług psychologicznych i psychiatrycznych w językach migrantów
- rozwój usług uwzględniających traumę migracyjną
- wsparcie grupowe prowadzone przez społeczności migranckie
- wyznaczanie standardów kompetencji kulturowych i językowych w placówkach zdrowotnych
- promocję i wspólne dzielenie się dobrymi praktykami

Rozwój podejść opartych na społeczności, w podejściu środowiskowym może stanowić mniej stygmatyzującą alternatywę dla tradycyjnego wsparcia psychologicznego, a tym samym sprzyjać tworzeniu środowiska bardziej sprzyjającego zdrowiu psychicznemu i dobrostanowi (Baran et al., 2024; UNHCR, 2024).

- Podnoszenie kompetencji kulturowych personelu medycznego i specjalistów zdrowia psychicznego

Rekomenduje się systemowe włączenie szkoleń z zakresu zagadnień przydatnych w pracy z migrantami do programów kształcenia przyszłych specjalistów. Należy również opracować i wdrożyć treści edukacyjne, które będą kulturowo adekwatne, uwzględnią zróżnicowane potrzeby różnych grup migrantów oraz perspektywę intersekcyjną i złożoną naturę ich dobrostanu psychicznego. Powinny one zostać włączone do programów studiów psychologicznych, psychiatrycznych, pracy socjalnej oraz kierunków medycznych. Specjaliści powinni być przygotowani zarówno do rozpoznawania charakterystycznych dla osób

migrujących symptomów zaburzeń psychicznych, jak i do stosowania podejścia opartego na wrażliwości na traumę (trauma-informed).

- Dalszy rozwój badań nad zdrowiem psychicznym migrantów, z uwzględnieniem perspektywy cyklu życia i specyfiki różnych grup

Nasza ekspertyza pokazała istotne luki badawcze dotyczące specyficznych potrzeb pogłębienia wiedzy empirycznej wśród poniższych grup migrantów:

- kobiet w okresie okołoporodowym
- matek z małymi dziećmi
- migrantów i migrantek w wieku senioralnym (gdyż badania pokazują ich gorszy stan zdrowia psychicznego)
- osób z doświadczeniem przymusowej migracji (jako szczególnie narażonych na ryzyka związane ze zdrowiem psychicznym)
- nowych grup imigrantów w Polsce, np. z krajów azjatyckich i Ameryki Południowej. Dotychczasowe badania były skoncentrowane na największych grupach migrantów z Ukrainy czy Białorusi.

W związku z powyższym rekomendujemy finansowanie badań, które pozwoliłyby na bardziej precyzyjne uchwycenie czynników wpływających na poczucie dobrostanu tych grup, dzięki którym możliwe będzie opracowanie bardziej precyzyjnych, zróżnicowanych i skutecznych interwencji wspierających te osoby. Ponadto regularne monitorowanie i ocena stanu zdrowia migrantów pomoże w rozpoznaniu potrzeb, barier i skuteczności interwencji zdrowotnych w odniesieniu do migrantów.

9. Bibliografia

- Almeida, S., Fernando, M., Hannif, Z., & Dharmage, S. C. (2015). Fitting the mould: The role of employer perceptions in immigrant recruitment decision-making. *The International Journal of Human Resource Management*, 26(22), 2811–2832. <https://doi.org/10.1080/09585192.2014.1003087>
- Anczyk, A., Grzymała-Moszczyńska, H., Krzysztof-Świdorska, A., & Prusak, J. (2019b). Wielokulturowość w pracy psychologa: Etyka i praktyka w kontekście diagnozy klinicznej i pracy terapeutycznej. *Psychologia Wychowawcza*, 57(15), 111–125. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0013.2968>
- Babakova, O., Fiałkowska, K., Kindler, M., & Zessin-Jurek, L. (2022). *Who is a 'true' refugee? On the limits of Polish hospitality*. 41, 1–15.
- Baert, S. (2018). Hiring Discrimination: An Overview of (Almost) All Correspondence Experiments Since 2005. In S. M. Gaddis (Ed.), *Audit Studies: Behind the Scenes with Theory, Method, and Nuance* (pp. 63–77). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-71153-9_3
- Baran, M., Grzymała-Moszczyńska, H., Zjawińska, M., Sugay, L., Pujszo, I., Ovsienko, Y., Naritsa, V., Niedziałek, J., & Boczkowska, M. (2024). Superhero in a skirt: Psychological resilience of Ukrainian refugee women in Poland. A thematic analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 24(4), 100506. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2024.100506>
- Berry, J. W. (2006). Stress perspectives on acculturation. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 43–57). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511489891.007>
- Birkelund, G. E., Johannessen, L. E. F., Rasmussen, E. B., & Rogstad, J. (2020). Experience, stereotypes and discrimination. Employers' reflections on their hiring behavior. *European Societies*, 22(4), 503–524. <https://doi.org/10.1080/14616696.2020.1775273>
- Blachnicka-Ciacek, D., & Trąbka, A. (2024). 'Football was the key': The role of sports in facilitating migrants' belonging and inclusion in Poland. *Leisure Studies*, 43(6), 932–945. <https://doi.org/10.1080/02614367.2022.2088834>
- Blachnicka-Ciacek, D., Trąbka, A., Budginaite-Mackine, I., Parutis, V., & Pustulka, P. (2021). Do I deserve to belong? Migrants' perspectives on the debate of deservingness and belonging. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 47(17), 3805–3821. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2021.1932444>
- Bloch, A., & McKay, S. (2015). Employment, Social Networks and Undocumented Migrants: The Employer Perspective. *Sociology*, 49(1), 38–55. <https://doi.org/10.1177/0038038514532039>
- Bloch N., Szmydt Z. (2024). *Miejsca zbiorowego zakwaterowania dla osób uchodźczych w Polsce – analiza doświadczeń, identyfikacja wyzwań i scenariusze na przyszłość*. Warszawa: Komitet Badań nad Migracjami PAN. https://kbnm.pan.pl/images/Ekspertyza_KBnM_PAN_2024.pdf [dostęp: 8.11.2025].
- Bojarczuk, S., & Jancewicz, B. (2024). *Discrimination in the rental market in Warsaw*. *CMR Spotlight*, 65(10).

- Bojarczuk.S., & Muhlau. P., (2017). 'Mobilising social network support for childcare: The case of Polish migrant mothers in Dublin' *Social Networks* 53, 101-110.
- Burleson, B. (2008). What counts as effective emotional support?: explorations of individual and situational differences. In M. T. Motley (Ed.) *What counts as effective emotional support?: Explorations of individual and situational differences* (pp. 207-228). SAGE Publications, Inc., <https://doi.org/10.4135/9781412990301.n10>
- CBOS (2022). *Polacy wobec wojny na Ukrainie i ukraińskich uchodźców* (Komunikat z badań Nr 101/2022). https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2022/K_101_22.PDF
- CBOS (2025). *Polacy o pomocy uchodźcom z Ukrainy i dalszych losach wojny* (Komunikat z badań Nr 96/2025). https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2025/K_096_25.PDF
- Chrzanowska, A., Klaus, W., (red.) (2011). *Poza systemem: dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce*. Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej.
- Chwieduk, A. (2022). 'External Limbo' – 'Internal Limbo'. On the Detention of Immigrants in Polish Guarded Centres for Foreigners. *Studia Migracyjne – Przegląd Polonijny*, 2022 (XLVIII)(Nr 4 (186)), 129–156.
- Cierpiał-Wolan, M., Cuchí, P., Cosio, F. G. de, Beqiri, M., Hossain, R., & Rozkrut, D. (2024). Measuring and assessing the health of refugees from Ukraine in Poland: Quantitative-qualitative mixed-methods approach. *Wiadomości Statystyczne. The Polish Statistician*, 69(10), 28–40. <https://doi.org/10.59139/ws.2024.10.2>
- Côté-Olijnyk, M., Perry, J. C., Paré, M.-È., & Kronick, R. (2024). The mental health of migrants living in limbo: A mixed-methods systematic review with meta-analysis. *Psychiatry Research*, 337, 115931. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115931>
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
- De Castro, C., Reigada, A., & Gadea, E. (2020). The devaluation of female labour in fruit and vegetable packaging plants in Spanish Mediterranean agriculture. *Organization*, 27(2), 232-250.
- De Lange, T., & Vankova, Z. (2022). The recast EU blue card directive: towards a level playing field to attract highly qualified migrant talent to work in the EU?. *European Journal of Migration and Law*, 24(4), 489-515.
- Di Stasio, V., & Lancee, B. (2020). Understanding why employers discriminate, where and against whom: The potential of cross-national, factorial and multi-group field experiments. *Research in Social Stratification and Mobility*, 65, 100463. <https://doi.org/10.1016/j.rssm.2019.100463>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., Lucas, R. E., & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61(4), 305–314. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.305>

- Djundeva, M., & Ellwardt, L. (2020). Social support networks and loneliness of Polish migrants in the Netherlands. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 46(7), 1281–1300. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2019.1597691>
- Dumke, L., Wilker, S., Hecker, T., & Neuner, F. (2024). Barriers to accessing mental health care for refugees and asylum seekers in high-income countries: A scoping review of reviews mapping demand and supply-side factors onto a conceptual framework. *Clinical Psychology Review*, 113, 102491. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102491>
- Elshahat, S., Moffat, T., & Newbold, K. B. (2022). Understanding the Healthy Immigrant Effect in the Context of Mental Health Challenges: A Systematic Critical Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 24(6), 1564–1579. <https://doi.org/10.1007/s10903-021-01313-5>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>.
- Eurostat. (2025). *Job vacancy statistics*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Job_vacancy_statistics (dostęp 8.11.2025).
- Fakhoury, J., Burton-Jeangros, C., Consoli, L., Duvoisin, A., Courvoisier, D., & Jackson, Y. (2021). Mental health of undocumented migrants and migrants undergoing regularization in Switzerland: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 175. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03149-7>
- Fiałkowska, K., & Matuszczyk, K. (2021). Safe and fruitful? Structural vulnerabilities in the experience of seasonal migrant workers in agriculture in Germany and Poland. *Safety Science*, 139, 105275. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105275>
- Forray, A. I., Oltean, O., Hanft-Robert, S., Madzamba, R., Liem, A., Schouten, B., Anthonissen, C., Swartz, L., Cherecheș, R. M., Higgen, S., Hall, B. J., & Mösko, M. (2024). Uncovering multi-level mental healthcare barriers for migrants: A qualitative analysis across China, Germany, Netherlands, Romania, and South Africa. *BMC Public Health*, 24(1), 1593. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19046-z>
- Galewicz, W. (2014). Zdrowie jako prawo człowieka. *Diametros*, 42: 57-82, <https://doi.org/10.13153/DIAM.42.2014.682>
- Giesebrecht, J., Reich, H., Weise, C., Nater, U. M., & Mewes, R. (2024). Links between ethnic discrimination, mental health, protective factors, and hair cortisol concentrations in asylum seekers living in Germany. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2400835. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2400835>
- Gkiouleka, A., & Huijts, T. (2020). Intersectional migration-related health inequalities in Europe: Exploring the role of migrant generation, occupational status & gender. *Social Science & Medicine*, 267, 113218. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113218>
- Glass, C. M., Mannon, S., & Petrzelka, P. (2014). Good mothers as guest workers: Constructing the trope of compliant maternity in Spain's strawberry industry. *international journal of sociology*, 44(3), 8-22.
- Górny, A. (2023). *Potrzeby osób doświadczających przymusowej migracji z Ukrainy*, CMR Spotlight 12(57).
- Górny A., Grzymała-Moszczyńska H., Klaus W., Łodziński S. (2017). *Uchodźcy w Polsce. Sytuacja prawna, skala napływu i integracja w społeczeństwie polskim oraz rekomendacje*. Warszawa: Komitet Badań nad Migracjami PAN

- https://kbnm.pan.pl/images/KBnM_PAN_ekspertyza_Uchod%C5%BAcy_w_Polsce.pdf [dostęp 8.11.2025]
- Górny, A., & Kaczmarczyk, P. (2023). Between Ukraine and Poland. Ukrainian migrants in Poland during the war. *CMR Spotlight*, 48(2), 1–15.
- Graham, C. (2010). Happiness Around the World: The Paradox of Happy Peasants and Miserable Millionaires. In *Happiness Around the World: The Paradox of Happy Peasants and Miserable Millionaires*. <https://doi.org/10.1093/acprof:osobl/9780199549054.001.0001>
- Grzymała-Moszczyńska, H. (2010), *Potrzeby nowych kompetencji zawodowych psychologów w związku z polską sytuacją migracyjną*, [w:] H. Grzymała-Moszczyńska, A. Kwiatkowska, J. Roszak (red.), *Drogi i rozdroża. Migracje Polaków w Unii Europejskiej po 1 maja 2004 roku. Analiza psychologiczno-socjologiczna*, Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos.
- Grzymała-Moszczyńska, H. (2024). The Role of Religion in Coping with Refugee Trauma: Agency and Resilience. [w:] F. Cadeddu (Ed.), *Religion and Diversity: Fifth Annual Conference 2022*. De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783111026176>
- Grupa Granica (2024). *Mamy tu tylko jedną wojnę: imigrację, siebie. Polityka pushbacków i przemocy służb na granicy polsko-białoruskiej*. Warszawa: We Are Monitoring. wearemonitoring.org.pl/wp-content/uploads/2024/07/RaportGranica_online.pdf (dostęp: 13.11.2025).
- GUS (2023). *Health of Refugees from Ukraine in Poland 2023*. <https://healthofrefugees.stat.gov.pl/report>. [dostęp 13.11.2025].
- GUS (2025). *Cudzoziemcy wykonujący pracę w Polsce w maju 2025 r.* <https://stat.gov.pl/statystyki-eksperymentalne/kapital-ludzki/cudzoziemcy-wykonujacy-prace-w-polsce-w-maju-w-2025-r-,15,31.html> (dostęp 8.11.2025).
- GUS (2025b). *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2022-2024*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-latach-2022-2024,27,5.html> (dostęp 8.11.2025).
- Hajak, V. L., Sardana, S., Verdeli, H., & Grimm, S. (2021). A Systematic Review of Factors Affecting Mental Health and Well-Being of Asylum Seekers and Refugees in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 643704. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.643704>
- Harrison, J. L., & Lloyd, S. E. (2013). New Jobs, new workers, and new inequalities: explaining employers' roles in occupational segregation by nativity and race. *Social Problems*, 60(3), 281-301.
- Hendriks, M., & Bartram, D. (2019). Bringing Happiness Into the Study of Migration and Its Consequences: What, Why, and How? *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 17(3), 279–298. <https://doi.org/10.1080/15562948.2018.1458169>
- IOM (2025). https://pl.linkedin.com/posts/iom-poland_world-suicide-prevention-day-2025-activity-7371460276648484864-3-nu (dostęp: 8.11.2025).
- Igarashi, A., & Mugiyama, R. (2023). Whose tastes matter? Discrimination against immigrants in the Japanese labour market. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 49(13), 3365-3388.
- Jarosz, S., & Klaus, W. (2023). *Polska szkoła pomagania. Przyjęcie osób uchodźczych z Ukrainy w Polsce w 2022 roku*. Konsorcjum Migracyjne.

- Jaroszewicz, M., Grzyski, J., & Krępa, M. (2022). The Ukrainian refugee crisis demands new solutions. *Nature Human Behaviour*, 6(6), 750.
- Jaworski, A., Szyszka, M., Sosińska, D., Tomaszewicz, N., Bednarchuk, R., Kulawik, K., & Piotrowski, P. (2025). Comparison of psychological distress, loneliness, and social network structure between Ukrainian war refugees and Polish citizens: A cross-sectional study in Wrocław. *Frontiers in Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1621003>
- Johnson-Singh, C. M., Sengoelge, M., Engström, K., & Saboonchi, F. (2024). Social participation and depression among resettled Syrian refugees: Examining a moderated mediation of social support and bonding or bridging social capital. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1295990>
- Kaczmarczyk, P. (2023). How serious is the risk of de-skilling of Ukrainian war refugees (and what we can do about it). *CMR Spotlight*, 9(54), 1–9
- Kawczyńska-Butrym, Z. (2012). Migrant w sytuacji choroby. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2011(Tom 9, Numer 2), 113–118.
- Kazakou, A., & Thomas, F. (2025). The mental health and wellbeing of Belarusians in exile in Lithuania, Poland and Georgia. *Journal of Migration and Health*, 11, 100331. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2025.100331>
- Kindler, M., Górny, A., & Jaźwińska, E. (2022). Między nami? Więzy i kontakty społeczne z Polakami w życiu codziennym osób z Ukrainy w Warszawie i okolicach. *Studia Socjologiczne*, 1(244), 105–136. <https://doi.org/10.24425/sts.2022.140598>
- Kindler, M., Wójcikowska-Baniak, K. (2018). Sieci społeczne a integracja migrantów Ukraińskich w Polsce: Raport z badań jakościowych, *CMR Working Papers*, No. 107/165, Warszawa: Ośrodek Badań nad Migracjami UW.
- Kleininger-Wanik, C., & Wanke, M. (2024). Ungoverned Living: Exploring Migrant Residency Practices in Poland. In F. Lo Piccolo, A. Mangiaracina, G. Paternostro, & V. Todaro (Eds), *In and Out: Rights of Migrants in the European Space* (pp. 33–45). Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-031-51131-8_3
- Kuo, B. C. H. (2014). Coping, acculturation, and psychological adaptation among migrants: A theoretical and empirical review and synthesis of the literature. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 2(1), 16–33. <https://doi.org/10.1080/21642850.2013.843459>
- Lushchak, O., Velykodna, M., Bolman, S., Strilbytska, O., Berezovskyi, V., & Storey, K. B. (2024). Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: A nationwide cross-sectional study. *The Lancet Regional Health - Europe*, 36, 100773. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100773>
- Lukasiewicz, K. (2012), “Adaptacja do biedy? Ubóstwo wśród uchodźców czeczeńskich w Polsce”, in: A. Paszko (red.), *Edukacja międzykulturowa w Polsce wobec nowych wyzwań*, Kraków: Willa Decjusza.
- Mannon, S. E., Petrzela, P., Glass, C. M., & Radel, C. (2012). Keeping them in their place: Migrant women workers in Spain’s strawberry industry. *International Journal of Sociology of Agriculture and Food*, 19(1), 83-101.

- Martin, F., & Sashidharan, S. P. (2023). The Mental Health of Adult Irregular Migrants to Europe: A Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 25(2), 427–435. <https://doi.org/10.1007/s10903-022-01379-9>
- Martiniello, B. (2025). ‘My name is a barrier’: Coping with discrimination in the rental housing market. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 51(17), 4412–4436. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2025.2508512>
- Matuszczyk, K. (2024). Towards a good employership? Phased strategies of Polish farmers employing seasonal migrant workers. *Journal of Rural Studies*, 111, 103394. <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2024.103394>
- McKee, K., Soaita, A. M., & Hoolachan, J. (2020). ‘Generation rent’ and the emotions of private renting: Self-worth, status and insecurity amongst low-income renters. *Housing Studies*, 35(8), 1468–1487. <https://doi.org/10.1080/02673037.2019.1676400>
- McPherson, M., Smith-Lovin, L., & Cook, J. M. (2001). Birds of a Feather: Homophily in Social Networks. *Annual Review of Sociology*, 27(Volume 27, 2001), 415–444. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.415>
- Mergener, A., & Maier, T. (2019). Immigrants’ chances of being hired at times of skill shortages: results from a factorial survey experiment among German employers. *Journal of International Migration and Integration*, 20, 155-177.
- Missinne, S., & Bracke, P. (2012). Depressive symptoms among immigrants and ethnic minorities: A population based study in 23 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(1), 97–109. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0321-0>
- Montemitto, C., D’Andrea, G., Cesa, F., Martinotti, G., Pettorruso, M., Giannantonio, M. D., Muratori, R., & Tarricone, I. (2021). Language proficiency and mental disorders among migrants: A systematic review. *European Psychiatry*, 64(1), e49. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2224>
- Moriarty, E., Wickham, J., Krings, T., Salamonska, J., & Bobek, A. (2012). ‘Taking on almost everyone?’ Migrant and employer recruitment strategies in a booming labour market. *The International Journal of Human Resource Management*, 23(9), 1871-1887.
- Niedźwiedzki D., Schmidt J., Stęпка M., Tacik P. (2021). *Strzeżone ośrodki dla cudzoziemców w Polsce jako kultura organizacyjna. Analiza prawna, politologiczna, socjologiczna i antropologiczna*. Warszawa: Komitet Badań nad Migracjami PAN. https://kbnm.pan.pl/images/EKSPERTYZA_PAN_2021_o%C5%9Brodki_strze%C5%BCone.pdf [dostęp: 8.11.2025].
- Najwyższa Izba Kontroli. (2023). *Informacja o wynikach kontroli: Cudzoziemcy w Polsce*. Warsaw: NIK
- Oberg, K. (1960). Cultural Shock: Adjustment to New Cultural Environments. *Practical Anthropology*, 7(4), 177–182. <https://doi.org/10.1177/009182966000700405>
- Ovcharenko, O. (2024). Zachowanie zdrowia psychicznego uchodźców w warunkach ucieczki przed wojną do Polski z Ukrainy. *Przegląd Krytyczny*, 6(1), 31–50. <https://doi.org/10.14746/pk.2024.6.1.3>
- Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135(4), 531–554. <https://doi.org/10.1037/a0016059>

- Pawlak-Kałużyńska, A. (2022). Zdrowie a samotność i osamotnienie migrantów zarobkowych. *Przegląd Socjologiczny*, 71(2), 9–34. <https://doi.org/10.26485/PS/2022/71.2/1>
- Pawlak-Kałużyńska, A. (2024). Emigracja a dobrostan fizyczny i psychiczny. *Kultura i Społeczeństwo*, 68(4), 147–165. <https://doi.org/10.35757/KiS.2024.68.4.7>
- Peach, C. (2006). Islam, ethnicity and South Asian religions in the London 2001 census. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 31: 353-370. <https://doi.org/10.1111/j.1475-5661.2006.00214.x>
- Polskie Forum Migracyjne (2024). Wszyscy wokół cierpią. Raport na temat pomocy psychologicznej Fundacji Polskie Forum Migracyjne dla osób przebywających w strzeżonych ośrodkach dla cudzoziemców. Warszawa. https://forummigracyjne.org/wp-content/uploads/2024/06/Wszyscy_wokol_cierpia_PL_ONLINE-1.pdf dostęp: 8.11.2025.
- Putnam, R.D. (1995). Bowling Alone: America's Declining Social Capital. *Journal of Democracy* 6(1), 65-78. <https://dx.doi.org/10.1353/jod.1995.0002>.
- Rosner, R., Hagl, M., Bücheler, L., & Comtesse, H. (2022). Homesickness in asylum seekers: The role of mental health and migration-related factors. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1034370>
- Ryan, D. A., Kelly, F. E., & Kelly, B. D. (2009). Mental Health Among Persons Awaiting an Asylum Outcome in Western Countries: A Literature Review. *International Journal of Mental Health*, 38(3), 88–111. <https://doi.org/10.2753/IMH0020-7411380306>
- Sagan, A., Kowalska-Bobko, I., Biechowska, D., Rogala, M., & Gałązka-Sobotka, M. (2022). Implementation of Mental Health Centres Pilots in Poland since 2018: A Chance to Move towards Community-Based Mental Health Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5774. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095774>
- Samson, Z. (2025). (Un)deserving victims: The *race-gender-geopolitics* nexus of migration discourses in Poland. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 51(1), 286–305. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2024.2404227>
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2015). *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: GWP.
- Spadavecchia, C., & Yu, J. (2021). Highly-Skilled Migrants, Gender, and Well-Being in the Eindhoven Region. An Intersectional Analysis. *Administrative Sciences*, 11(3), Article 3. <https://doi.org/10.3390/admsci11030072>
- Szeredzińska, R. (2022). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, w: Monika Sajkowska, Renata Szeredzińska (red.). *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, 136-157.
- UDSC. (2025). *Obywatele Ukrainy w Polsce – raport*. <https://www.gov.pl/web/udsc/obywatele-ukrainy-w-polsce--aktualne-dane-migracyjne2> (access: 05.08.2025).
- UNHCR. (2024). *Navigating health and well-being challenges for refugees from Ukraine*. <https://data.unhcr.org/en/documents/details/108629>
- UNICEF. (2023). *Majority of Ukrainian refugee mothers in Poland experiencing high or severe levels of distress - UNICEF study*. <https://www.unicef.org/eca/press-releases/majority->

[ukrainian-refugee-mothers-poland-experiencing-high-or-severe-levels](#) (dostęp: 13.11.2025)

- Ward, C., Okura, Y., Kennedy, A., & Kojima, T. (1998). The U-Curve on trial: A longitudinal study of psychological and sociocultural adjustment during Cross-Cultural transition. *International Journal of Intercultural Relations*, 22(3), 277–291. [https://doi.org/10.1016/S0147-1767\(98\)00008-X](https://doi.org/10.1016/S0147-1767(98)00008-X)
- WHO. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a3368698-a5f7-491c-b26b-ee58b08868c6/content> (dostęp 13.11.2025).
- WHO. (2023). *Mental health of refugees and migrants: Risk and protective factors and access to care* (Global Evidence Review on Health and Migration (GEHM) Series). WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081840>
- WHO (2025). *Health of refugees from Ukraine in Poland: a comparative analysis of 2022–2023 surveys and data innovations*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/6377/8/1/1/health_of_refugees_in_poland_2022-2023.pdf [dostęp: 13.11.2025].
- Winogrodzka, D., Trąbka, A., & Pietrusińska, M. J. (2024). ‘It’s about mindset’. How do young migrants in Poland build their resilience? *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 50(12), 2858–2878. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2023.2285715>
- Wojnicka, K., & Pustułka, P. (2019). Research on men, masculinities and migration: Past, present and future. *NORMA*, 14(2), 91–95. <https://doi.org/10.1080/18902138.2019.1622058>
- ZUS. (2025). *Cudzoziemcy w polskim systemie ubezpieczeń społecznych 2024* (s. 1–49). ZUS. https://www.zus.pl/documents/10182/2322024/Cudzoziemcy+w+polskim+systemie+ubezpiecze%C5%84+spo%C5%82ecznych_2024.pdf/cd967177-14c1-e5ad-7af2-a272696b20e6?version=1.0&t=1747742055902&download=true