

Znanje i stavovi studenata pomažućih profesija o učinku socio-ekonomskih prilika na zdravlje budućih korisnika u sustavu socijalne skrbi

Puljko, Marija

Master's thesis / Diplomski rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:374570>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-24**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREB
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Marija Puljko

**ZNANJE I STAVOVI STUDENATA POMAŽUĆIH PROFESIJA O UČINKU
SOCIO-EKONOMSKIH PRILIKA NA ZDRAVLJE BUDUĆIH KORISNIKA
U SUSTAVU SOCIJALNE SKRBI**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2022.

SVEUČILIŠTE U ZAGREB
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA
DIPLOMSKI STUDIJ SOCIJALNE POLITIKE

Marija Puljko

**ZNANJE I STAVOVI STUDENATA POMAŽUĆIH PROFESIJA O UČINKU
SOCIO-EKONOMSKIH PRILIKA NA ZDRAVLJE BUDUĆIH KORISNIKA
U SUSTAVU SOCIJALNE SKRBI**

DIPLOMSKI RAD

Izv. prof. dr. sc. Vanja Branica

Zagreb, 2022.

Sadržaj

1. UVOD	1
2. CILJ	6
3. PROBLEMI	6
4. METODA	7
4.1. Uzorak	7
4.2. Postupak	8
4.3. Mjerni instrumenti	9
4.4. Način obrade podataka	9
5. REZULTATI	10
5.1. Znanje i stavovi studenata o učinku socio-ekonomskih prilika na zdravlje osoba koje žive u uvjetima siromaštva.....	10
5.2. Povezanost znanja i stavova	15
5.3. Povezanost znanju studenata pomažućih profesija i slušanja kolegij o siromaštvu tijekom akademskog obrazovanja	16
5.4. Povezanost stavova i slušanja kolegija o siromaštvu	18
6. RASPRAVA	19
7. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA	23
8. ZAKLJUČAK	24
POPIS TABLICA	27
PRILOG	27
LITERATURA	31

Znanje i stavovi studenata pomažućih profesija o učinku socio-ekonomskih prilika na zdravlje budućih korisnika u sustavu socijalne skrbi

Cilj istraživanja je ispitati stavove i znanje o učinku siromaštva na zdravlje odraslih i djece te o zdravstvenim nejednakostima s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva na uzorku zagrebačkih studenata pomažućih profesija. Istraživanje se provelo korištenjem online upitnika kreiranim za potrebe ovog istraživanja. Na početku upitnika se nalaze pitanja o sociodemografskim podacima sudionika, 21 pitanje o znanju studenata o učinku siromaštva na zdravlje odraslih i djece te o zdravstvenim nejednakostima s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva te upitnik stavova koji se sastojao od 20 tvrdnji. U istraživanju je sudjelovalo 116 studenata od kojih je 43,97% studenata socijalnog rada, 20,69% studenata sestrinstva, 15,52% studenata Edukacijskog rehabilitacijskog fakulteta, 11,21% studenata pedagogije te 8,62% studenata psihologije. Studenti imaju vrlo dobru razinu znanja o dostupnosti zdravstvenih usluga, dok o posljedicama siromaštva na zdravlje pokazuju manju razinu informiranosti. Rezultati istraživanja pokazali su da nema značajnih razlika u znanju i stavovima s obzirom na slušanje kolegija koji u fokusu imaju siromaštvo. Osim toga, rezultati pokazuju da postoji pozitivna korelacije između znanja i stavova.

Ključne riječi: siromaštvo, zdravlje, stavovi, znanje, zdravstvene nejednakosti

Knowledge and attitudes of students of helping professions about the influence of socio-economic conditions on the health of future beneficiaries in the social welfare system

The aim of the research is to examine the attitudes and knowledge about the effect of poverty on the health of adults and children and about the health inequalities faced by people living in poverty on a sample of helping professions students in Zagreb. The research was conducted using an online questionnaire created for the purpose of this research. At the beginning of the questionnaire, there are questions about the sociodemographic data of the participants, 21 questions about student's knowledge about the impact of the effect of poverty on the health of adults and children and the health inequalities faced by people living in poverty, and an attitude questionnaire that consisted of 20 statements. 116 students participated in the research, of which 43.97% were social work students, 20.69% were nursing students, 15.52% were students of the Faculty of Educational Rehabilitation, 11.21% were pedagogy students, and 8.62% were psychology students. Students have a very good level of knowledge regarding questions about the availability of health services, while they show a lower level of information regarding questions concerning the consequences of poverty on health. The results of the research showed that there are no significant differences in knowledge and attitudes regarding listening to courses on poverty and its effects on health. In addition, the results show that there is a positive correlation between knowledge and attitudes.

Key words: poverty, health, attitudes, knowledge, health inequalities

Izjava o izvornosti

Ja, Marija Puljko, pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica diplomskog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristila drugim izvorima od onih navedenih u radu.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima (bilo da su u pitanju mrežni izvori, udžbenici, knjige, znanstveni, stručni ili popularni članci) u radu su jasno označeni kao takvi te adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Marija Puljko

Datum: 9.9.2022.

1. UVOD

Siromaštvo je socijalni problem koji se definira kao stanje u kojem pojedinci ili kućanstvo nemaju materijalnih sredstava za podmirenje osnovnih životnih potreba ili za sudjelovanje u društveno prihvatljivom životnom standardu (Malenica, 2011). Siromaštvo može biti apsolutno i relativno. Malenica (2011) navodi kako apsolutno siromaštvo predstavlja zadovoljavanje minimalnih ili egzistencijalnih ljudskih potreba koje se najčešće svode na prehranu, stanovanje i odijevanje. Pritom se nastoje utvrditi količina i kvaliteta prehrane, odijevanja i stanovanja nužna za biološki opstanak pojedinca. Nakon toga se određuju cijene svih potrepština nužnih za zadovoljenje spomenutih potreba. Apsolutno siromašnima se smatraju oni pojedinci ili obitelji čiji prihodi u određenom razdoblju nisu dovoljni za zadovoljenje osnovnih egzistencijalnih potreba (Malenica, 2011). Pojedinci nisu samo u materijalnoj deprivaciji, već se nalaze i u situaciji da si ne mogu osigurati resurse pomoću kojih mogu sudjelovati u aktivnostima koje su uobičajene ili prihvaćene u društvu kojem pripadaju (Townsend, 1970; prema Šućur, 2006).

Malenica (2011) navodi kako se pojam relativnog siromaštva određuje u odnosu na standard života koji se u određenom društvu i vremenskom razdoblju smatra prihvatljivim i poželjnim. Granica relativnog siromaštva uključuje zadovoljavanje ne samo egzistencijalnih ili primarnih nego i sekundarnih (kulturalnih, obrazovnih, zdravstvenih, sportskih i drugih) potreba (Malenica, 2011). Malenica (2011) navodi kako je iz takvog definiranja vidljivo da je i granica relativnog siromaštva promjenjiva tijekom vremena i to zato što zavisi od rasta životnog standarda stanovništva u danom društvu. Prema analizama pokazatelja siromaštva vidimo da dohodak u kućanstvima raste te se smanjuje stopa rizika od siromaštva. Tako je za 2015. godinu stopa rizika od siromaštva u Hrvatskoj iznosila 20% dok za 2020. godinu ona iznosi 18,3% (Kelebuš, 2021). U tablici 1.1. prikazan je prosjek raspoloživog dohotka po kućanstvu i prosjek ekvivalentnog raspoloživog dohotka od razdoblja 2015. do 2020. godine. U samoj tablici prikazani su i podaci o stopi rizika od siromaštva za navedeni period.

Tablica 1.1. Prosjek raspoloživog dohotka po kućanstvu i prosjek ekvivalentnog raspoloživog dohotka 2015-2020.

	2015.	2016.	2017.	2018.	2019.	2020.
Prosjek raspoloživog dohotka po kućanstvu (u kunama)	84 088	86 550	92 334	97 870	105 932	113 516
Prosjek ekvivalentnog raspoloživog dohotka (u kunama)	43 339	47 442	51 610	55 018	60 009	64 114
Stopa rizika od siromaštva (%)	20	19,9	20	19,3	18,3	18,3

Izvor: Kelebuh, 2021; prema Državni zavod za statistiku, 2021.

Natprosječan rizik za život u siromaštvu imaju kućanstva koja vode osobe s osnovnom školom ili manjim stupnjem obrazovanja, umirovljenici te nezaposlene ili neaktivne osobe. Natprosječan rizik siromaštva imaju i kućanstva u kojima žive starije osobe bez drugih dobnih skupina kao samci, kao i kućanstva u kojima živi jedna odrasla osoba s uzdržavanom djecom. Osobe koje žive u uvjetima siromaštva imaju veću razinu deprivacije od ukupnog stanovništva, više zdravstvenih problema i slabije šanse da poboljšaju svoju financijsku situaciju (Šućur, 2006). Uvjeti i okolnosti života, odnosno socijalno okruženje, prepoznati su kao važni čimbenici zdravlja, stoga se može reći da siromaštvo proizvodi određene negativne posljedice na zdravlje. Siromaštvo i niska primanja povezani su s različitim nepovoljnim zdravstvenim ishodima, uključujući kraće očekivano trajanje života, veće stope mortaliteta dojenčadi i veće stope smrtnosti od raznih oboljenja i uzroka (Gajski, 2007).

Zdravlje se definira kao stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti (WHO, 2006). Povelja o unaprjeđenju zdravlja, donesena u Ottawi 1986., definira zdravlje kao stupanj na kojem su pojedinac ili skupina sposobni prepoznati i zadovoljiti svoje potrebe, te navodi da je zdravlje dinamičan proces, a postoje mnogobrojna stanja između potpunog zdravlja i bolesti (WHO, 2006). Položaj društvenih skupina unutar društvene ljestvice bitno se odražava na njihovo zdravstveno stanje i zdravstvenu zaštitu. Razlike u zdravlju i zaštiti zdravlja koje se među društvenim skupinama javljaju kao posljedica njihovog različitog stratifikacijskog položaja nazivaju se **zdravstvene nejednakosti** (Mastilica, 1993). Ljudi se međusobno mogu razlikovati po svom zdravstvenom stanju i zaštiti zdravlja,

ovisno o socioekonomskom statusu što utječe na nejednakosti u njihovom zdravstvenom stanju kao i na nejednakosti u ukupnom zdravstvenom ponašanju; dostupnosti i korištenju zdravstvene zaštite (Mastilica, 1993). Osobe koje žive u uvjetima siromaštva lošijeg su zdravlja i umiru mlađi, imaju više zdravstvenih problema te veća ograničenja u zdravstvenim uslugama i socijalnoj zaštiti (Malenica, 1993). Održavanje dobrog zdravlja jedan je od preduvjeta za stjecanje ekonomskih sredstava. Zdravlje jednog člana kućanstva, odnosno bolest, može spriječiti i druge članove kućanstva da steknu materijalna sredstva za život. Naime, kada siromašne ili socijalno ranjive osobe postaju bolesne ili ozlijeđene čitavo kućanstvo postaje zarobljeno u sve većem gubitku prihoda (OECD, 2003). Ne samo da sama osoba izostaje s posla ili dodatno troši na lijekove, već može doći do situacije kada i druga osoba mora izostajati s radnog mjesta kako bi se mogla brinuti o bolesnoj osobi. Takve situacije moguće je zapaziti u kućanstvima gdje postoje starije i nemoćne osobe o kojima brinu njihova djeca ili u kućanstvima gdje zajedno žive roditelji i djeca s teškoćama u razvoju ili njihova odrasla djeca s invaliditetom koja zahtijevaju dodatnu brigu.

Socijalni pristup zdravlju podrazumijeva da društvena sredina, posebno socijalni uvjeti života igraju značajnu ulogu kako u očuvanju zdravlja tako i u nastanku bolesti. Prema socijalno- medicinskoj paradigmi, bolesti imaju socijalne uzroke i socijalne posljedice. Bolest nikad nije isključivo događaj, odnosno, poremećaj u ljudskom organizmu ili isključivo individualni slučaj (Lewis, 1953, Evang, 1976; prema Mastilica, 1993). Uz visinu prihoda, socioekonomski status uključuje i razinu obrazovanja, vrstu zanimanja, zaposlenost, uvjete na poslu i u mjestu stanovanja, kvalitetu okoliša, raspoloživost i kakvoću hrane, prijevoza, kulturnih i rekreativnih sadržaja, zdravstvenih usluga i slično (Gajski, 2007). Osobe niskih primanja najčešće imaju nisku razinu obrazovanja, nisko plaćeno zanimanje, manju stopu zaposlenosti, lošije poslovne i stambene uvjete, žive u četvrtima s većom zagađenosti okoliša, javni im prijevoz često nije dostupan; također, manje sudjeluju u kulturnim i rekreativnim sadržajima, manje traže zdravstvene usluge i slično (Gajski, 2007). Istraživači na području socijalne medicine ponudili su nekoliko objašnjenja na koji način nizak socioekonomski status dovodi do bolesti:

- **izravan utjecaj:** materijalna oskudica diktira lošu ishranu, stanovanje, sanaciju, okoliš, uvjete na poslu i lošije zbrinjavanje bolesti
- siromaštvo i s njim povezana društvena izolacija proizvode frustraciju i stres koji stvaraju **patološka psihoemocionalna stanja** s negativnim posljedicama na tjelesne funkcije, što dovodi do **usvajanja nezdravih oblika ponašanja** kao što su pušenje, prejedanje, alkoholizam, ovisnost o drogama i sjedilački način života, što dodatno oštećuje zdravlje (Raphael, 1997; prema Gajski, 2007).

Izravni učinci siromaštva na zdravlje najvidljiviji su u stanovnika istočnih zemalja, odnosno zemalja u razvoju okarakterizirane ekonomskom, kulturnom i pravnom nerazvijenošću. Neke od zemalja su Sirija, Sjeverna Koreja, Kuba, Saudijska Arabija, Somalija, Kina, Libija, Jemen, Sudan itd. Izravni učinci siromaštva na zdravlje ispoljavaju se posredstvom pothranjenosti i loših higijenskih uvjeta (Gajski, 2007).

Povezanost društvene klase, očekivanog trajanja života i opće smrtnosti analizirao je Antonovsky (1967; prema Mastilica, 1993) na temelju tridesetak studija i došao je do rezultata da postoji jaka inverzna linearna povezanost između socioekonomske pripadnosti i mortaliteta kao općeg indikatora zdravstvenog stanja. Visok socioekonomski status osnovni je uzročni čimbenik dužeg života. Obolijevanje i pojedine vrste bolesti također su izrazito nejednako distribuirane među društvenim slojevima i u odnosu na socioekonomski status. Zanimanje, prihodi i obrazovanje najznačajniji su od socioekonomskih faktora povezanih s pojavom bolesti. Već u prvim američkim istraživanjima pokazano je kako društvene skupine nižeg socioekonomskog statusa, najčešće nižih prihoda i nižeg obrazovanja, u odnosu na više znatno češće obolijevaju, posebno od kroničnih bolesti, pokazuju veći stupanj nesposobnosti za rad i češću odsutnost s posla zbog bolesti, izraženiji invaliditet i slično (Lawrence, 1948, Graham, 1957, Kadushin, 1964, Antonovsky, 1968, Mechanic, 1972; prema Mastilica, 1993). Istraživanja, također, potvrđuju pozitivnu povezanost višeg socioekonomskog statusa i boljeg zdravstvenog stanja. Što su viši prihodi, stupanj obrazovanja, zanimanje ili subjektivni društveni status viši je i zdravstveni status (Freeborn i sur., 1977, Wolinsky, 1981; prema Mastilica, 1993.). Društveni položaj, odnosno pripadnost određenom društvenom sloju u značajnoj mjeri utječe na zdravstveno stanje i zdravstveno ponašanje. Ljudi iz viših društvenih skupina

i višeg socioekonomskog statusa u pravilu imaju bolje zdravlje (duže očekivano trajanje života, manju smrtnost i učestalost obolijevanja, pozitivnije zdravstveno ponašanje) nego oni iz skupina nižeg socioekonomskog statusa.

U budućem radu, studenti pomažućih profesija dolaziti će u kontakt s osobama koje žive u uvjetima siromaštva. Pružanje potpore i podrške korisnicima, definirano je i primarno znanjem i stavovima samih studenata. Znanje o siromaštvu i njegovim učincima na život osoba, studenti mogu steći kroz teorijske i praktične kolegije na fakultetima, ali i osobno iskustvo koji utječe na formiranje stavova. Stoga, ovim istraživanjem nastojimo steći uvid u stavove i znanje studenata pomažućih profesija. **Stav** se odnosi na skup emocija, uvjerenja i ponašanja prema određenom objektu, osobi, stvari ili događaju. Stavovi su često rezultat iskustva ili odgoja i mogu imati snažan utjecaj na ponašanje. Stavovi su trajni, no mogu se promijeniti (Chaiklin, 2011). Stavovi su naučena tendencija procjenjivanja stvari na određeni način. To može uključivati procjene ljudi, pitanja, objekata ili događaja. Takve evaluacije mogu biti pozitivne ili negativne. Sami stavovi sastoje se od više komponenta, a to su kognitivna komponenta koju čine naše misli ili uvjerenja o temi, emocionalna komponenta koji čini naša percepcija o tome kako nam se čini objekt, osoba, problem ili događaj te kompetentna komponenta koja govori o tome kako stav utječe na naše ponašanje (Chaiklin, 2011). Stavovi su najvećim dijelom stečeni iskustvom i procesom učenja (Aronson i sur., 2005). Stavovi se formiraju kroz interakciju s nekim objektom, osobom ili idejom pritom ta interakcije ne mora biti direktna. Ponekad se stav formira promatrajući vlastito ponašanje. To se najčešće događa kada je naš početni stav slab. Ako nismo sigurni koji je naš stav o nekoj osobi, objektu ili pojavi, promatrat ćemo kako se ponašamo te pritom donijeti zaključak o stavu. Stavovi imaju više funkcija, od kojih je jedna spoznajna funkcija. Spoznajna funkcija odnosi se na informacije koje imamo o svijetu i koje nam omogućuju predviđanje što će se najvjerojatnije dogoditi te nam to daje osjećaj kontrole. Stavovi nam pomažu u organiziranju i strukturiranju našeg iskustva i informacije koje imamo (Aronson i sur., 2005). Osim toga, stavovi imaju i funkciju samoizražavanja koja nam omogućuje komuniciranje naših vrijednosti i osjećaja te funkciju obrane ega koji nam pomažu održati samopouzdanje, ali i opravdati naše ponašanje. Iz svega navedenog, bitno je naglasiti da stavovi mogu utjecati na naše ponašanje i utjecati na profesionalni rad. Stavovi mogu biti pozitivni,

ali i negativni te se može dogoditi da formiramo negativne stavove o pripadnicima određenih skupina ljudi i na taj način stvaramo predrasude. Kada postoji predrasuda, postoji i opasnost od diskriminirajućeg ponašanja prema pripadnicima određene skupine (Aronson i sur., 2005). Kako upravo pomažuće profesije najčešće rade s ranjivim skupinama i osobama koje žive u siromaštvu, koje su izložene većem riziku diskriminacije te negativnom utjecaju siromaštva na zdravlje, zdravstveno ponašanje i dostupnosti zdravstvene zaštite, bitno je istražiti kakve stavove upravo imaju studenti pomažućih profesija prema svojim budućim korisnicima. S obzirom na dostupnu literaturu, ovakvo istraživanje još nije provedeno na ovu temu. Nezavisnu varijablu u ovom slučaju čini obrazovanje za akademsko zvanje u jednoj od pomažućih profesija, a zavisnu varijablu čine upravo stavovi i znanje koje studenti imaju o siromaštvu i njegovom utjecaju na zdravlje.

2. CILJ

Cilj istraživanja je ispitati stavove i znanje o učinku siromaštva na zdravlje odraslih i djece te o zdravstvenim nejednakostima s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva na uzorku zagrebačkih studenata pomažućih profesija.

3. PROBLEMI

Problem 1. Ispitati povezanost između znanja i stavova studenata pomažućih profesija o učinku siromaštva na zdravlje odraslih i djece te o zdravstvenim nejednakostima s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva.

Hipoteza 1. Postoji povezanost između znanja i stavova studenata pomažućih profesija. Bolja razina znanja povezana je i s pozitivnijim stavovima.

Problem 2. Provjeriti postoji li povezanost u znanju studenata pomažućih profesija o učinku siromaštva na zdravlje odraslih i djece te o zdravstvenim nejednakostima s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva i slušanja kolegija o siromaštvu i njegovim učincima na zdravlje tijekom akademskog obrazovanja.

Hipoteza 2. Očekuje se da studenti pomažućih profesija koji su u svom programu slušali o siromaštvu i njegovim učincima na zdravlje imaju bolje znanje o učincima siromaštva na zdravlje ljudi i djece te o zdravstvenim nejednakostima nego studenti koji tijekom obrazovanja nisu slušali o siromaštvu i njegovim učincima na zdravlje.

Problem 3. Provjertiti postoji li povezanost u stavovima studenata pomažućih profesija o učinku siromaštva na zdravlje odraslih i djece te o zdravstvenim nejednakostima s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva i slušanja kolegija o siromaštvu i njegovim učincima na zdravlje.

Hipoteza 3. Očekuje se da studenti pomažućih profesija koji su u svom programu slušali o siromaštvu i njegovim učincima na zdravlje imaju pozitivne stavove prema ljudima koji žive u uvjetima siromaštva nego studenti koji nisu slušali o siromaštvu i njegovim učincima na zdravlje.

4. METODA

4.1. Uzorak

U istraživanju su sudjelovali studenti koji se obrazuju za obavljanje pomažućih profesija na Sveučilištu u Zagrebu. Radilo se o neprobabilističkoj metodi prigodnog uzorka. Online upitnik popunilo je 116 studenata. U tablici 4.1. prikazani su sociodemografski podaci ispitanika. Upitnik je ispunilo 108 studentica, te 8 studenata. Prema prikupljenim podacima, 43,97% studenata studira socijalni rad, 20,69% studenata studira sestinstvo, 15,52% studenata studira na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu, 11,21% studenata studira pedagogiju, a 8,62% studenata studira psihologiju. Zbog malog odaziva studenata različitih studijskih smjerova Edukacijskog-rehabilitacijskog fakulteta, sudionici s navedenog fakulteta nisu se dodatno grupirali po studijskim smjerovima, već su gledani kao cjelina bez obzira na studijski smjer. U istraživanju je sudjelovalo 56% studenata sa završenim preddiplomskim studijem što znači da studiraju na diplomskom studiju dok je njih 44% imalo završenu srednju školu kao prethodni stupanj obrazovanja koji su završili što znači da trenutno studiraju na preddiplomskom studiju. Od 116 studenata

pomažućih profesija, njih 72,4%, je tijekom akademskog obrazovanja učilo o siromaštvu i njegovim učincima na zdravlje dok 27,59% nije imalo kolegije o siromaštvu. Što se tiče samih studenata koji su sudjelovali u upitniku, 92,1% studenata socijalnog rada je tijekom akademskog obrazovanja učilo o siromaštvu i njegovim učincima na zdravlje, dok je na drugim fakultetima postotak manji; 72,2% studenata Edukacijskog-rehabilitacijskog fakulteta, 61,5% studenata pedagogije, 50% studenata sestrinstva te samo 40% studenata psihologije je učilo o siromaštvu i njegovim učincima na zdravlje ljudi.

Tablica 4.1. Sociodemografske karakteristike sudionika

Sociodemografske karakteristike		f	%
Spol	ženski	108	93
	muški	8	7
Studijski smjer	socijalni rad	51	43,97
	ERF	18	15,52
	Psihologija	10	8,62
	Pedagogija	13	11,21
	Sestrinstvo	24	20,69
Stupanj obrazovanja	Završena srednja	52	44
	Završen preddiplomski studij	64	56

4.2. Postupak

Podaci su se prikupljali tijekom razdoblja od 2 tjedna u lipnju 2022. godine. Samo ispunjavanje upitnika trajalo je 5 minuta po studentu. Istraživanje je provedeno putem online upitnika. Podaci su se prikupljali putem društvenih mreža na kojima je aktivna studentska populacija. Upitnik se priložio u različitim studentskim grupama studenata socijalnog rada, psihologije, studenata Edukacijskog rehabilitacijskog fakulteta, sestrinstva i pedagogije te grupe studentskih domova studentski dom Stjepan Radić, studentski dom dr. Ante Starčević i studentski dom Laščina gdje su studenti pomažućih

profesija zamoljeni da sudjeluju u anketi s posebnom uputom da u upitniku sudjeluju samo studenti pomažućih profesija koji se obrazuju na Sveučilištu u Zagrebu.

4.3. Mjerni instrumenti

Korišteni upitnik kreiran je za potrebe ovog istraživanja i izrade diplomskog rada. Na početku samog upitnika nalaze se pitanja o sociodemografskim podacima koji uključuju godinu rođenja i spol studenata te podatke o fakultetu i godini koju pohađaju, prethodnom završenom obrazovanju te jesu li tijekom akademskog obrazovanja učili o siromaštvu i njegovim učincima na zdravlje ljudi.

Korišteni upitnici kreirani su za potrebe ovog istraživanja i prvi puta ponuđeni studentima. Upitnik, kojim se nastojalo ispitati znanje o učinku siromaštva na zdravlje odraslih i djece te o zdravstvenim nejednakostima s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva, sastojao se od 21 pitanja na koje su ispitanici mogli odgovarati s točno ili netočno. Netočni odgovori bodovali su se s 0 bod, a točni s 1 bod tako da ukupni ostvareni rezultat varira od 0 do 21. Vrijednost testa pouzdanosti za upitnik znanja iznosi 0,7 Cronbach alfa. Upitnik znanja nalazi se u prilogu 1.

Stavovi su se ispitali upitnikom koji sadrži 20 tvrdnji, a sudionici su svoje slaganje ili neslaganje s pojedinom tvrdnjom izražavali na skali od 5 stupnjeva. Označavanje broja 1 znači „uopće se ne slažem“, a broja 5 znači „u potpunosti se slažem“. Ukupni stav prema učinku siromaštva na zdravlje odraslih i djece te o zdravstvenim nejednakostima s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva dobiva se zbrajanjem svih odgovora i u tu se svrhu negativno formulirane tvrdnje rekodiraju tako da viši ukupni rezultat znači pozitivniji odnos prema osobama koje žive u uvjetima siromaštva. Rezultat na upitniku stavova se može kretati od 20 do 100 bodova. Test pouzdanosti za upitnik stavova iznosi 0,6 Cronbach alfa. Upitnik stavova nalazi se u prilogu 2.

4.4. Način obrade podataka

Podaci su obrađeni korištenjem IBM-ovog programa SPSS. Za utvrđivanje povezanosti u znanju i stavovima o učincima siromaštva na zdravlje odraslih i djece

te o zdravstvenim nejednakostima s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva, s obzirom na jesu li studenti učili o siromaštvu i njegovim učincima na zdravlje, koristiti će se neparametarski test. Proveden su test pouzdanosti i test valjanosti za upitnik znanja i upitnik stavova. Korišteni su Kolmogorov-Smirnov test za analizu upitnika znanja i stavova te Mann Whitney U test za utvrđivanje povezanosti između studenata koji su tijekom akademskog obrazovanja slušali o siromaštvu i njegovim učincima na zdravlje te onih koji tijekom obrazovanja nisu slušali o siromaštvu.

4.5. Etičke implikacije

Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno te su sudionici mogli odustati od sudjelovanja u istraživanju u bilo kojemu trenutku tijekom ispunjavanja upitnika. Ispitanici su bili informirani da je cilj i svrha istraživanja bila izrada diplomskog rada te da se podaci neće koristiti u druge svrhe. Istraživanje je provedeno online, sudjelovanje je bilo anonimno. U istraživanju se nisu koristili osobni podaci sudionika te se nisu tražili podaci kojima bih ih se mogli povezati s njihovim identitetom te je tako osigurana anonimnost sudionika. Ispitanicima se ponudila mogućnost uvida u rezultate te kontaktiranje istraživača uslijed nekih mogućih nejasnoća ili pitanja.

5. REZULTATI

5.1. Znanje i stavovi studenata o učinku socio-ekonomskih prilika na zdravlje osoba koje žive u uvjetima siromaštva

U ovom podglavljju će biti prikazani rezultati upitnika znanja i upitnika stavova. Studenti pomažućih profesija u upitniku znanja odgovarali su na pitanja koji se tiču učinka siromaštva na zdravlje odraslih i djece te o zdravstvenim nejednakostima s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva. U Tablici 5.1. prikazani su rezultati dijela upitnika koji se odnosi na znanje o siromaštvu i učinku socioekonomskih prilika na zdravlje ljudi te zdravstvenim nejednakostima. Najbolji rezultat s 90,48% točno odgovorenih pitanja ostvarili su studenti pedagogije, a slijede ih studenti Edukacijskog-rehabilitacijskog fakulteta i socijalnog rada. U usporedbi s drugim studijskim smjerovima, najniži, ali i dalje visok postotak točnih odgovora,

ostvarili su studenti sestrinstva s 71,43% točno odgovorenih pitanja. Sveukupno gledajući, studenti pomažućih profesija riješili su 84,23% upitnika točno. Najmanje studenata točno je odgovorilo na prvo pitanje „Linija siromaštva za samačko kućanstvo za 2020. godinu iznosi 2 927 kuna mjesečno“ te je tek 48% studenata na njega odgovorilo točno. Što ukazuje da polovica studenta nema točnu informaciju o tome koliko iznosi linija siromaštva. Na pitanje „U Hrvatskoj su svi državljani zdravstveno osigurani bez obzira na prihode“ točno je odgovorilo 53% studenata. Što također ukazuje na potrebu o boljem informiranju o pravima u sustavu zdravstva.

Što se tiče pitanja koje se odnose na djecu, najniže ostvareni rezultat ima pitanje „Djeca koja žive u uvjetima siromaštva, u usporedbi s djecom koja ne žive u uvjetima siromaštva, češće pokazuju emocionalne poremećaje“ te je 77% studenata točno odgovorilo na pitanje. Drugi najniži ostvareni rezultat postignut je na pitanju „Djeca koja žive u uvjetima siromaštva, u usporedbi s djecom koja ne žive u uvjetima siromaštva, imaju više razvojnih poteškoća“ te je 79% studenata točno odgovorilo na pitanje. Naime, djeca koja žive u uvjetima siromaštva 1.3 puta češće imaju probleme s učenjem i zaostatke u razvoju u odnosu na djecu koja žive u kućanstvima s prosječnim ili višim prihodima. Djeca koja žive u uvjetima siromaštva ostvaruju 6 do 13 bodova manje na raznim standardiziranim testovima inteligencije i verbalnih vještina, što je dovoljno bodova za pohađanje nastave po individualiziranom programu (Brooks-Gun i Duncan, 1997) što ukazuje na snažan negativan utjecaj koji život u uvjetima siromaštva ima na obrazovanje, što prepoznaju i studenti pomažućih profesija koji su sudjelovali u ovom istraživanju. Dakle, iz navedenog možemo zaključiti da su studenti djelomično informirani o liniji siromaštva i o doseg zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj, dok su više informirani o učincima siromaštva na zdravlje djece.

Tablica 5.1. Postotak točno odgovorenih pitanja znanja u odnosu na maksimalan bodove i studijski smjer (N=116)

Fakulteti	Socijalni rad	ERF	Psihologija	Pedagogija	Sestrinstvo	Ostvareni bodovi u odnosu na maksimalne (%)
Čestice						

Linija siromaštva za samačko kućanstvo za 2020. godinu iznosi 2 927 kuna mjesečno	54,90	38,89	70	61,54	33,33	48%
Socio-ekonomske prilike utječu na dostupnost zdravstvenih usluga.	100	100	100	92,31	100	99%
Osobe s niskim primanjima imaju jednak rizik oboljenja od dijabetesa, malignih bolesti i kardiovaskularnih bolesti nego osobe s višim primanjima.	84,31	100	80	100	62,50	84%
Osobe s niskim primanjima imaju veći rizik obolijevanja od psihičkih poremećaja.	90,20	94,44	80	100	70,83	87%
Osobe s niskim primanjima sklonije su stjecanju ovisnosti o raznim opojnim sredstvima poput alkohola i duhanskih proizvoda.	78,43	77,78	70	100	83,33	84%
Osobe koje žive u siromaštvu izložene su visokoj razini stresa i frustracija nego li osobe s većim primanjima.	98,04	94,44	80	92,31	58,33	90%
Osobe s niskim primanjima imaju teškoće s prepoznavanjem bolesti i simptoma.	88,24	94,44	100	84,62	66,67	86%
Siromaštvo pozitivno utječe na samopouzdanje.	98,04	94,44	90	92,31	91,67	95%
Stopa kroničnih bolesti raste što je niži socioekonomski položaj.	90,20	100	80	92,31	87,50	91%
Osobe koje pripadaju višem društvenom sloju manje čekaju na pregled kod liječnika.	78,43	94,44	90	92,31	75	83%
U Hrvatskoj su svi državljani zdravstveno osigurani bez obzira na prihode.	60,78	27,78	20	53,85	70,83	53%
Djeca koja žive u uvjetima siromaštva u usporedbi s djecom koja ne žive u uvjetima siromaštva povoljnijeg su zdravlja.	94,11	88,89	100	92,31	87,50	92%
Djeca koja žive u uvjetima siromaštva u usporedbi s djecom koja ne žive u uvjetima siromaštva imaju više razvojnih poteškoća.	82,36	100	90	76,92	54,17	79%

Djeca koja žive u uvjetima siromaštva u usporedbi s djecom koja ne žive u uvjetima siromaštva imaju nižu vjerojatnost pojave naknadnih tjelesnih problema.	82,35	100	90	100	62,50	84%
Djeca koja žive u uvjetima siromaštva u usporedbi s djecom koja ne žive u uvjetima siromaštva imaju veću vjerojatnost pojave kognitivnih problema.	90,20	89,99	90	84,62	66,67	85%
Djeca koja žive u uvjetima siromaštva češće imaju stomatoloških problema.	96,08	100	90	100	95,83	97%
Djeca koja žive u uvjetima siromaštva u usporedbi s djecom koja ne žive u uvjetima siromaštva imaju veću vjerojatnost pojave emocionalnih problema.	90,20	94,44	80	100	70,83	87%
Djeca koja žive u uvjetima siromaštva u usporedbi s djecom koja ne žive u uvjetima siromaštva češće pokazuju emocionalne poremećaje.	80,39	88,89	70	92,31	54,17	77%
Djeca koja žive u uvjetima siromaštva u usporedbi s djecom koja ne žive u uvjetima siromaštva rjeđe pokazuju poremećaje u ponašanju.	96,08	100	100	92,31	75	92%
Djeca koja žive u uvjetima siromaštva češće obolijevaju od kronične astme.	88,24	94,44	70	69,92	75	83%
Veća je smrtnost djece čiji su roditelji osobe koje žive u uvjetima siromaštva.	90,20	100	100	100	87,50	93%
UKUPNO	85,71	89,14	82,86	90,48	71,43	84,23%

Iz tablice 5.1. vidljivo je i da su svi studenti točno odgovorili na pitanje „Socio-ekonomske prilike utječu na dostupnost zdravstvenih usluga“. Naime, brojna istraživanja pokazuju značajne razlike u dostupnosti zdravstvenih usluga i visine prihoda. Tako je studija Roosa i Mustarda (1997) otkrila da su zdravstvene usluge dostupnije u bogatijim četvrtima. Šućur i Zrinščak (2007) proveli su istraživanje u Hrvatskoj te su htjeli istražiti razlike u zdravstvenom statusu i pristupu zdravstvenoj

zaštiti prema osobama različitih socioekonomskih prilika, stupnju urbanizacije i regionalnom raspodjeli u Hrvatskoj i zemljama Europske unije. Rezultati istraživanja pokazuju da u Hrvatskoj postoje značajne razlike u zdravstvenom statusu i pristupu zdravstvenoj zaštiti s obzirom na visinu prihoda, mjesto življenja i regije (Šućur i Zrinščak, 2007). Osobe koje žive u uvjetima siromaštva navode da im udaljenost do najbliže medicinske ustanove predstavlja ozbiljan problem, te rezultati pokazuju da su nejednakosti u zdravlju što se tiče stupnja urbanizacije i mjesta življenja u Hrvatskoj bile više izražene nego u zemljama Europske unije. Pristup zdravstvenoj zaštiti bio je problem u svim proučavanim aspektima, posebno za osobe koje žive u uvjetima siromaštva. Osim toga, ovo istraživanje dokazalo je da u Hrvatskoj postoji nepovoljniji položaj osoba koje žive u uvjetima siromaštva, s obzirom na udaljenost od najbliže medicinske ustanove i troškove posjeta liječniku (Šućur i Zrinščak, 2007). Studenti prepoznaju dostupnost zdravstvenim uslugama kao problem, dok raniji rezultati koji su vezani uz razne poremećaje mogu imati i druge uzroke, osim siromaštva, kao što su poremećaji u emocionalnom i kognitivnom razvoju za koje studenti pokazuju manju informiranost i znanje. Drugo pitanje na koje su gotovo svi studenti točno odgovorili je „Djeca koja žive u uvjetima siromaštva češće imaju stomatoloških problema“. Iz navedenog možemo pretpostaviti da je takva veza očita zbog skupoće stomatoloških usluga i specifičnosti takvog oblika zdravstvene zaštite.

Tablica 5.2. Prosjek ostvarenih bodova na upitniku stavova (N=116, max. 100)

Fakulteti	Socijalni rad	ERF	Psihologija	Pedagogija	Sestrinstvo
Ostvareni bodovi	72	71	70	71	69

U tablici 5.2. prikazani su ostvareni bodovi po studijskom smjeru na upitniku stavova. Ukupni broj bodova kretao se od 20 do 100 bodova. Prema ostvarenim rezultatima, možemo zaključiti da studenti najčešće odgovaraju s „3-niti se slažem, niti se ne slažem“. U određenim česticama, studenti pokazuju negativnije stavove prema osobama koje žive u siromaštvu, točnije prema roditeljima koji žive u uvjetima siromaštva, a to su čestice koje se odnose na roditelje; „Roditelji koji žive u uvjetima siromaštva nemaju dovoljno znanja o zdravlju svoje djece“ i „Roditelji koji žive u uvjetima siromaštva ne mogu dovoljno brinuti o zdravlju svoje djece“. Na navedene

tvrdnje, studenti najčešće odgovaraju da se s tvrdnjama slažu. Osim toga, većina se slaže i s tvrdnjom „Osobe s većim stupnjem obrazovanja imaju i veći interes za unapređenje vlastitog zdravlja“ što je u skladu s uvodno prikazanim podacima da osobe s višim stupnjem obrazovanja, više i brinu o svojem zdravlju. Studenti pomažućih profesija u većoj mjeri se ne slažu s tvrdnjama „U Hrvatskoj zdravstvena zaštita je dostupna svima bez obzira na materijalne prilike“, što ponovo ukazuje na prepoznavanje problema dostupnosti zdravstvenim uslugama, „U Hrvatskoj svatko može dobiti liječenje koje mu treba bez obzira na materijalne prilike“ te „Socijalna politika ima odgovarajuće mjere za zdravstvenu zaštitu osoba koje žive u uvjetima siromaštva“. Većina studenata odgovara s „1-ne slažem se uopće“ ili „2-ne slažem se“ i na tvrdnjama „Osobe koje žive u uvjetima siromaštva imaju jednako dostupne zdravstvene usluge kao i drugi“ te „Osobe koje žive u uvjetima siromaštva informirane su jednako kao i drugi o bolestima“. Može se reći da navedeni odgovori ukazuju da studenti prepoznaju povezanost materijalnih prilika i pružanja zdravstvene skrbi u Hrvatskoj na način da oni s lošijim materijalnim statusom imaju poteškoća s dostupnosti zdravstvenih usluga i informacija.

5.2. Povezanost znanja i stavova

Postavljeni problem bio je ispitati postoji li povezanost između znanja i stavova studenata pomažućih profesija o učinku siromaštva na zdravlje ljudi i djece te o zdravstvenim nejednakostima s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva. Postavljena je hipoteza da postoji povezanost između znanja i stavova studenata pomažućih profesija te da je bolja razina znanja povezana s pozitivnijim stavovima. Studenti pomažućih profesija tijekom akademskog obrazovanja imaju kolegije o siromaštvu te dolaze u doticaj s ljudima i djecom koji žive u uvjetima siromaštva, što utječe i na same stavove studenata kao što je navedeno u uvodnom dijelu. Tablica 5.3. prikazuje da postoji povezanost između znanja i stavova. Povezanost stavova i znanja utvrđena je korištenjem Pearsonovog koeficijenta korelacije.

Tablica 5.3. Povezanost znanja i stavova

		Znanje o učinku siromaštva na zdravlje odraslih i djece te zdravstvenim nejednakostima s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva	Stavovi o učinku siromaštva na zdravlje odraslih i djece te zdravstvenim nejednakostima s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva
Znanje o učinku siromaštva na zdravlje odraslih i djece te zdravstvenim nejednakostima s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 116	,403** ,000 116
Stavovi o učinku siromaštva na zdravlje odraslih i djece te zdravstvenim nejednakostima s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,403** ,000 116	1 116

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Hipoteza je afirmativna i dobivena je značajna povezanost ($r=0,40$). Tijekom obrazovanja, studenti stječu teorijsko znanje koje mogu upotrijebiti u radu s ljudima koji žive u uvjetima siromaštva te dobivaju detaljniji uvid u samu problematiku vezanu uz siromaštvo. Navedeno utječe na kognitivnu komponentu od koje se sastoji stav, te se na taj način mijenjaju i naša uvjerenja o siromaštvu te se zajedno s time mijenja i emocionalna komponenta koju čini naša percepcija o tome kako nam se čini osoba ili problem te se time mijenja i naše ponašanje (Chaiklin, 2011). Kao studentima pomažućih profesija koji će raditi s ranjivim skupinama, bitno je da sami studenti tijekom obrazovanja ne stvore predrasude o istim skupinama.

5.3. Povezanost znanja studenata pomažućih profesija i slušanja kolegij o siromaštvu tijekom akademskog obrazovanja

Navedeni problem bio je provjeriti postoji li povezanost u znanju studenata pomažućih profesija o učinku siromaštva na zdravlje odraslih i djece te o zdravstvenim nejednakostima s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva, te slušanja kolegija o siromaštvu i njegovim učincima na zdravlje tijekom akademskog

obrazovanja. Postavljena je hipoteza da se očekuje da studenti pomažućih profesija koji su u svom programu slušali o siromaštvu i njegovim učincima na zdravlje imaju bolje znanje o učincima siromaštva na zdravlje odraslih i djece te o zdravstvenim nejednakostima nego studenti koji nisu slušali o siromaštvu i njegovim učincima na zdravlje.

Tablica 5.4. Povezanost znanja i slušanja kolegija o siromaštvu

	Jeste li na fakultetu učili o siromaštvu i njegovom učinku na zdravlje?	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Znanje o učinku siromaštva na zdravlje odraslih i djece te zdravstvenim nejednakostima s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva	0	32	52,06	1666,00
	1	84	60,95	5120,00
	Total	116		
	Znanje o učinku siromaštva na zdravlje odraslih i djece te zdravstvenim nejednakostima s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva			
Mann-Whitney U				1138,000
Wilcoxon W				1666,000
Z				-1,292
Asymp. Sig. (2-tailed)				,197

a. Grouping Variable: Jeste li na fakultetu učili o siromaštvu i njegovom učinku na zdravlje?

Tijekom analize povezanosti rezultata ostvarenih na upitniku znanja o učincima siromaštva na zdravlje odraslih i djece te o zdravstvenim nejednakostima s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva i slušanja kolegija o siromaštvu ne može koristiti analiza varijance (ANOVA) jer je raspodjela rezultata na znanju značajno odstupala od normalne na Kolmogorov-Smirnov-om testu, te jer postoje velike razlike u brojnosti grupa i zbog toga što je test homogenosti varijance značajan, proveo se je neparametarski test, odnosno, Mann Whitney U test. Prilikom testiranja, razlike se nisu pokazale značajnima, što je prikazano u tablici 5.4.. Iz čega možemo zaključiti da tijekom akademskog obrazovanja samo slušanje kolegija o siromaštvu nije povezano s boljim znanjem o siromaštvu. Hipoteza se stoga odbacuje; studenti pomažućih profesija koji su u svom programu slušali o siromaštvu i njegovim učincima na zdravlje nemaju bolje znanje o učincima siromaštva na zdravlje odraslih

i djece te o zdravstvenim nejednakostima nego studenti koji tijekom obrazovanja nisu slušali o siromaštvu i njegovim učincima na zdravlje.

5.4. Povezanost stavova i slušanja kolegija o siromaštvu

Problem je bio provjeriti postoji li povezanost u stavovima studenata pomažućih profesija o učinku siromaštva na zdravlje odraslih i djece te o zdravstvenim nejednakostima s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva te slušanja kolegija o siromaštvu i njegovim učincima na zdravlje. Postavljena je hipoteza da se očekuje da studenti pomažućih profesija koji su u svom programu slušali o siromaštvu i njegovim učincima na zdravlje imaju pozitivne stavove prema ljudima koji žive u uvjetima siromaštva nego studenti koji nisu slušali o siromaštvu i njegovim učincima na zdravlje jer su studenti koji su slušali o siromaštvu više informirani o samoj problematici siromaštva i drugim pojavama koje se vežu uz siromaštvo.

Tablica 5.5. Independent Samples Test (T-test)

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
Stavovi o učinku siromaštva na zdravlje odraslih i djece te zdravstvenim nejednakostima s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva	3,544	,062	-1,658	114	,100	-2,158	1,302	-4,736	,421	
			-1,924	78,511	,058	-2,158	1,122	-4,391	,075	

U tablici 5.5. prikazani su rezultati provedenog t-testa. Rezultati t-testa pokazuju da nije utvrđena značajna povezanost s obzirom na slušanje kolegija o siromaštvu. Stoga se navedena hipoteza odbacuje. Iz prethodnog slijedi; studenti koji su u svom programu slušali o siromaštvu i njegovim učincima na zdravlje nemaju pozitivne stavove prema ljudima koji žive u uvjetima siromaštva u odnosu na studente koji nisu slušali o siromaštvu i njegovim učincima na zdravlje.

6. RASPRAVA

Uvjeti i okolnosti života odavno su prepoznati kao važni zdravstveni čimbenici. Materijalna deprivacija pogoršava zdravlje i skraćuje život. Ljudi na svakoj višoj stepenici ljestvice prihoda u prosjeku su zdraviji od onih na stepenici ispod njih. Život u siromaštvu povezan je s povećanim morbiditetom i mortalitetom, te je utvrđena korelacija siromaštva s dijabetesom, malignim bolestima, tuberkulozom, kroničnim opstruktivnim bronhitisom, astmom, ozljedama, mnogim psihijatrijskim poremećajima, migrenom i naročito kardiovaskularnom bolešću (Gajski, 2007). Uz visinu prihoda, socioekonomski status uključuje i razinu obrazovanja, vrstu zanimanja, zaposlenost, uvjete na poslu i u mjestu stanovanja, kvalitetu okoliša, raspoloživost i kakvoću hrane, prijevoza, kulturnih i rekreativnih sadržaja, zdravstvenih usluga i slično (Gajski, 2007). Osobe niskih primanja najčešće imaju nisku razinu obrazovanja, nisko plaćeno zanimanje, manju stopu zaposlenosti, lošije poslovne i stambene uvjete, žive u četvrtima s većom zagađenosti okoliša, javni im prijevoz često nije dostupan; također, manje sudjeluju u kulturnim i rekreativnim sadržajima, manje traže zdravstvene usluge i slično (Gajski, 2007). Osim na odrasle osobe, siromaštvo izričito nepovoljno utječe i na zdravlje djece te se ti učinci prenose i u odraslu dob.

U Analizi pokazatelja siromaštva po zemljama EU-a i Hrvatske za 2020. godinu, Ivan Kelebuh (2021) navodi kako u Hrvatskoj stopa rizika siromaštva iznosi 18,3%. Prema Nacionalnom planu borbe protiv siromaštva i socijalne isključenosti za razdoblje od 2021. do 2027. godine, prag rizika od siromaštva za jednočlano kućanstvo je iznosilo 35 124,00 kn na godinu, dok je za kućanstvo s dvije odrasle osobe i dvoje djece iznosilo 73 761,00 kn na godinu, te na temelju toga možemo zaključiti da je za

samačko kućanstvo prag rizika od siromaštva iznosio 2 927 kn na mjesec, dok je za obitelj s dvije odrasle osobe i dvoje djece iznosio 6 146,75 kn mjesečno (Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike, 2021).

Djeca koja žive u siromaštvu također osjećaju negativne učinke siromaštva na zdravlje. Istraživanja su pokazala da djece koja žive u siromaštvu češće umiru u prvoj godini života, rađaju se malena, hrane se adaptiranim mlijekom, pasivni su pušači u kućanstvu, postaju pretila, obolijevaju od kronične astme, imaju problema sa zdravljem zuba, lošiji uspjeh u školi te češće umiru u nesrećama (Wickham i sur., 2016). Djeca koja žive u uvjetima siromaštva nepovoljnijeg su zdravlja te imaju više razvojnih i drugih poteškoća od ostale djece (Brooks-Gunn i Duncan, 1997). Prema Brook-Gunn i Duncanu (1997) djeca koja žive u dugotrajnom siromaštvu češće pokazuju emocionalne probleme u odnosu na djecu koja ne žive u siromaštvu. Emocionalni problemi često se grupiraju u dvije kategorije: eksternalizirane probleme u ponašanju koji uključuju agresiju, tuče i izljeve bijesa te internalizirane probleme u ponašanju koji uključuju anksioznost, socijalno povlačenje i depresiju. Istraživanje McLeoda i Shanahan (1993) otkrilo je da se za djecu u dobi od četiri do osam godina, dugotrajno siromaštvo pozitivno povezuje s prisutnošću internaliziranih simptoma depresije i anksioznosti te istraživanje Palacios-Berriosa i Hansona (2019) navodi da siromaštvo dovodi do promjena u amigdali mozga koje kod djece uzrokuje depresiju, anksioznost, posttraumatski stres i agresiju te da dolazi do promjena u hipokampusu koje uzrokuju probleme s pamćenjem i raspoloženjem te se povezuju s poremećajima regulacije emocija i ponašanja.

U rezultatima je vidljivo da studenti imaju znanja o učinku siromaštva na zdravlje odraslih i djece te o zdravstvenim nejednakostima s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva. Najtočnije odgovore davali na pitanja koja se tiču dostupnosti zdravstvene zaštite i učestalosti korištenja određenih usluga kao što su stomatološke usluge, a manje točnih odgovora koji se tiče samih učinaka siromaštva na samo zdravlje ljudi i djece. Manju informiranost studenti pokazuju na pitanjima koja su vezana uz djecu te posljedice siromaštva na njihovo cjelokupno zdravlje kao što su emocionalni i razvojni poremećaji. Što se tiče rezultata, kada uzmemo u obzir slušanje kolegija o siromaštvu i njegovim učincima na zdravlje, vidljivo je da ne

postoje značajna povezanost. Što se tiče povezanosti znanja i stavova, pronađena je pozitivna korelacija. Znači što je znanje bolje, to su i pozitivniji stavovi prema osobama koje žive u uvjetima siromaštva, što je i očekivano s obzirom na dostupnu literaturu o povezanosti znanja i stavova koja navodi je znanje relevantno za stav jer stav čine razna uvjerenja i iskustva s objektom stava. S druge strane povećanje znanja povezano je i s većim utjecajem na stavove te time i na ponašanje, ali i na dosljednost samih stavova (Fabrigar i sur., 2006).

Kao što je u uvodnom dijelu rečeno, studenti pomažućih profesija u svojim budućim karijerama, radit će s ranjivim skupinama u koje spadaju i osobe, obitelji i djeca koja žive u uvjetima siromaštva. Iz ove povezanosti, vidljivo je da učenje o određenim pojavama i informiranost o samoj problematici koja pogađa određene ranjive skupine, u ovom slučaju znanje o siromaštvu, može utjecati da se spriječe predrasude prema određenim ranjivim skupinama te da se time senzibiliziraju stručnjaci za specifične izazove i prepreke s kojima se susreću osobe i djece koje žive u siromaštvu te da se na taj način prevenira potencijalno diskriminirajuće ponašanje, bilo u poslovnom ili privatnom životu. Gledajući rezultate upitnika znanja i stavova s obzirom jesu li studenti pomažućih profesija slušali kolegije o siromaštvu i njegovim učincima na zdravlje, možemo pretpostaviti da studenti znanje stječu i na druge načine, zato su važne i tribine, javne rasprave i drugi oblici javnog zagovaranja negativnih učinaka koje život u siromaštvu ima na zdravlje te aktivaciju zajednica i države za poboljšanje kvalitete života.

U sličnom istraživanju Dermitas i sur. (2021) htjeli su istražiti percepciju studenata socijalnog rada i sestrinstva o uzrocima siromaštva i zdravstvenim nejednakostima. Rezultati istraživanja pokazali su da su studenti socijalnog rada uzrok siromaštva pripisivali društvenoj nepravdi i nedostatku mogućnosti, dok su studenti sestrinstva imali fatalistička objašnjenja ili uvjerenja tvrdeći da su ishodi unaprijed određeni i stoga se ne mogu promijeniti. U obje skupine, studenti koji su se složili da postoje problemi i nedostaci u pružanju zdravstvenih usluga i da postoji loše zdravlje među siromašnim skupinama. Studenti koji nemaju sustavno razumijevanje siromaštva i zdravstvenih nejednakosti pokazali tendenciju zauzimanja više individualističkih

perspektiva povezanih sa sudbinom (Dermatas i sur., 2021). Sama percepcije studenata o uzrocima siromaštva utjecale su na njihove stavove o zdravstvenim nejednakostima (Dermatas i sur., 2021). Istraživanje Linda i sur. (2004) ispitivalo je uvjerenja studenata sestrinstva o odnosu između siromaštva i zdravlje te čimbenike koji utječu na ta uvjerenja. Istraživanje je pokazalo da su se studenti sestrinstva pridržavali strukturalnog objašnjenja odnosa između siromaštva i zdravlja te da su studenti koji su pohađali kolegije koji naglašavaju strukturalne čimbenike koji pridonose siromaštvu i njegovim negativnim zdravstvenim posljedicama imali pozitivnije stavove (Linda i sur., 2004).

Castillo i Becerra (2012) istraživali su percepciju studenata preddiplomskog i diplomskog studija socijalnog rada prema osiromašenom stanovništvu i politikama socijalne skrbi u Sjedinjenim Američkim Državama. Primarna svrha ovog istraživanja bila je ispitati odnos između socio-demografskih karakteristika studenata socijalnog rada i njihove percepcije politike siromaštva i socijalne skrbi u Sjedinjenim Američkim Državama. Rezultati istraživanja pokazali su da spol, rasa i etnička pripadnost, obrazovni status i socioekonomski status studenata socijalnog rada utječu na njihovu percepciju siromaštva i politike socijalne skrbi u Sjedinjenim Američkim Državama (Castillo i Becerra (2012). Osim toga, istraživanje je pokazalo da se studenti socijalnog rada neće složiti da je siromaštvo povezano sa socijalno-strukturalnim čimbenicima kao što su nejednake mogućnosti te da muški studenti socijalnog rada pripisuju siromaštvo individualističkim čimbenicima kao što su nedostatak motivacije i želje za radom (Castillo i Becerra, 2021). Istraživanje Scheffer i sur. (2019). provedeno je u Ujedinjenom Kraljevstvu i u Sjedinjenim Američkim Država kojim su ispitivali stavove studenata sestrinstva prema socijalnoj pravdi i siromaštvu prije i nakon učenja o društvenim determinantama zdravlja i zdravstvenim nejednakostima. Ovo istraživanje je pokazalo da se studentice sestrinstva uglavnom nisu slagale sa stigmatizirajućim izjavama o ljudima koji žive u siromaštvu i uglavnom su se slagale s izjavama koje promiču socijalnu pravdu (Scheffer i sur., 2019). Međutim, studenti iz SAD-a značajno su imali pozitivne stavove i prema socijalnoj pravdi i prema siromaštvu. Statistički značajne pozitivne promjene u stavovima prema siromaštvu i

socijalnoj pravdi nakon njihovih tečajeva uočene su samo među američkim studenticama medicinskih sestara (Scheffer i sur., 2019).

7. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA

Upitnici znanja i stavova o učincima siromaštva na zdravlje odraslih i djece te o zdravstvenim nejednakostima s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva kreirani su za potrebe ovog istraživanja te je stoga bitno je naglasiti da nije sigurno koliko dobro upitnik mjeri to što se njime nastojalo mjeriti te je zbog toga sam upitnik upitne pouzdanosti i valjanosti. Valjanost se odnosi na prikladnost, smislenost i korisnost zaključaka i tumačenja izvedenih iz testovnih rezultata. S obzirom na navedeno, upitno je koliko su valjana tumačenja koja izvodimo na temelju korištenog upitnika u istraživanju (Milas, 2005). Što se tiče pouzdanosti, pojam se definira kao odsutnost greške mjerenja i kao dosljednost mjernog postupka, pri čemu oba određenja upućuju na isti stupanj ponovljenosti rezultata. Greške mogu potjecati iz različitih izvora te se najčešće pripisuju ljudskom čimbeniku. Ispitanici mogu tijekom istraživanja biti umorni, nemotivirani, bolesni ili nepažljivi što će njihov uradak u testu učiniti slabijim u odnosu na vlastite mogućnosti, jednako kao što se mogu prikazati i boljim nego što u stvarno jesu, ako su zdravi, odmorni i motivirani (Milas, 2005). Sam test, upute ili cjelokupna testovna situacija mogu postupak mjerenja učiniti nerazumljivim, nejasnim ili nedovoljno jednoznačnim što također dovodi do greške mjerenja (Milas, 2005). Usljed svega navedenoga moguće je da upitnik ne mjeri u potpunosti to što se njime htjelo izmjeriti te je zbog toga potrebno i dalje raditi na konstrukciji i unaprjeđenju upitnika. Osim toga, upitnik je prvi puta korišten tijekom istraživanja te nije bilo prethodnih testiranja upitnika da se provjeri koliko su upute i čestice razumljive i jasne ispitanicima. S obzirom da su se podaci prikupljali online, upitno je koliko su sami ispitanici davali istinite odgovore što se tiče stavova, odnosno, moguće je da odgovori ispitanika ne odražavaju njihove stavove i vrijednosti što dovodi do pogreške mjerenja. Osim toga, treba imati na umu da istraživač nema kontrole nad ispunjavanjem upitnika te da je pitanje koliko su ispitanici pažljivo rješavali same upitnike te jesu li bili usredotočeni na istraživanje ili su obavljali i neke druge poslove što može imati negativne učinke na kvalitetu istraživanja. Osim toga, nemamo mogućnost nadzora nad time tko je zapravo ispunio anketu. Uzorak su činile

studentske grupe jer su dostupnije stoga treba pripaziti da rezultati nisu reprezentativni u odnosu na opću populaciju niti se mogu uopćavati na sve studente pomažućih profesija. U istraživanju su se ispitivali samo neki pripadnici istraživane populacije, a ne svi, što dovodi do pogreške uzorkovanja. Treba imati na umu da nisu svi studenti na društvenim mrežama te da nisu svi članovi online studentskih grupa. Tijekom prikupljanja podataka, uočen je neodaziv određenih studentskih smjerova da sudjeluju u istraživanju te se zbog toga sama analiza podataka morala prilagoditi jer se određeni studentski smjerovi nisu mogli adekvatno grupirati kao i ostali. Osim toga, podaci su se prikupljali tijekom kraćeg vremenskog razdoblja, što je također moguće dovelo do neodaziva određenih studenata.

8. ZAKLJUČAK

Rezultati pokazuju da su studenti djelomično informirani o liniji siromaštva i dosegu zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj te su više informirani što se tiče učinka siromaštva na zdravlje djece. Studenti prepoznaju da postoji povezanost materijalnih prilika i pružanja zdravstvene skrbi na način da osobe koje imaju lošiji materijalni status imaju poteškoća s dostupnosti zdravstvenih usluga i informacija. Bitno je prepoznati da studenti pokazuju manju informiranost i znanje da siromaštvo može biti jedan od mogućih uzroka emocionalnih i kognitivnih poremećaja kod djece. Rezultati dobiveni u istraživanju pokazuju da postoji povezanosti između znanja i stavova, što znači da je bolje znanje povezano i s pozitivnijim stavovima. Što se tiče stavova, studenti pokazuju negativnije stavove u česticama koje se odnose na roditelje koji žive u uvjetima siromaštva te smatraju da roditelji nemaju dovoljno znanja o zdravlju svoje djece te da se o samom zdravlju djece ne mogu dovoljno brinuti. Što se tiče samih povezanosti između znanja i stavova sa slušanjem kolegija o siromaštvu tijekom akademskog obrazovanja, tu nije pronađena nikakva korelacija; studenti koji tijekom obrazovanja slušaju kolegije o siromaštvu nemaju bolje znanje o učincima siromaštva na zdravlje odraslih i djece te o zdravstvenim nejednakostima s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva niti pozitivnije stavove prema osobama koje žive u uvjetima siromaštva.

Socijalni radnici će u svojim karijerama raditi s ljudima i djecom koji žive u uvjetima siromaštva, trebali bi staviti veći naglasak na učenje o siromaštvu i učincima koje ono proizvodi na zdravlje ljudi. Stavovi su važan prediktor načina na koji se ljudi ponašaju (Kraus, 1995). Rezultati istraživanja Dermitas i sur. (2021) sugeriraju potrebu za razvojem studijskih programa koji će studente opremiti s razumijevanjem siromaštva kao sustavnog uzroka zdravstvene nejednakosti. S obzirom na vezu između znanja i stavova koja je dobivena u ovom istraživanju, ali i na vezu stavova i ponašanja, važno je da se ispituju stavovi studenata kako bi im se pomoglo da preispitaju, modificiraju ili promijene svoje vrijednosti, uvjerenja, znanje i ponašanje u cilju ublažavanja ili uklanjanja predrasuda u radu s navedenom ranjivom skupinom, odnosno da povećaju svjesnost i razumijevanje povezanosti i različitih utjecaja koje život u siromaštvu ostavlja na zdravlje ljudi i dostupnost zdravstvene zaštite. Studenti pomažućih profesija moraju biti svjesni da nedostatak informacija, predrasude i diskriminacija rezultiraju otvorenim i prikrivenim oblicima ugnjetavanja, koji sprječavaju manje moćne i privilegirane skupine da ostvare svoj puni potencijal kao članovi društva (Castello i Beccera, 2012). Profesija socijalnog rada treba biti predvodnik koji se zalaže promicanju razvoja, održavanja i održivosti zdravih pojedinaca, obitelji i zajednica, stoga programi socijalnog rada, ali i drugih pomažućih profesija moraju studentima pružiti priliku da steknu odgovarajuće znanje i vještine za primjenu koncepata povezanih sa siromaštvom i politikama socijalne skrbi u različitim populacijama, okruženjima i svakoj vrsti ekonomske i političke situacije. Zauzvrat, studenti pomažućih profesija, a posebno socijalnog rada moraju biti otvoreni za uključivanje u kritičko razmišljanje i dijalog koji dovodi u pitanje *status quo* (Castello i Becerra, 2012).

Socijalni radnici bi trebali zagovarati i ukazivati na specifične zdravstvene okolnosti, potrebe i rizike osoba koje žive u uvjetima siromaštva te se, u suradnji s drugim pomažućim profesijama, zalagati za dostupniju i kvalitetniju zdravstvenu zaštitu i pružanje zdravstvenih usluga. Stručnjaci mogu kroz aktivnosti organizacija civilnog društva ostvariti suradnju kojom bi se kroz aktivizam zalagalo za smanjivanje zdravstvenih nejednakosti i koje bi mogle razviti usluge koje bi omogućivale osobama koje žive u uvjetima siromaštva dostupniju zdravstvenu zaštitu. Kroz čitav niz reformi

trebalo bi se poticati sve ključne ustanove i pružatelje usluga da budu što dostupniji osobama koje žive u uvjetima siromaštva radi prevladavanja rizičnih čimbenika kojima su izloženi. Poseban naglasak treba staviti na jačanje ekološkog sustava djeteta koje živi u uvjetima siromaštva, osnaživanje obitelji, zajednice i društva u cjelini te na sudjelovanje u socijalnim akcijama koje zagovaraju strukturalne promjene u društvu s ciljem ublažavanja i sprečavanja posljedica siromaštva na djecu (Šučur i sur., 2015). Daljnja istraživanja ovakvog tipa bila bi korisna ne samo za studente, već i za obrazovne ustanove koje nude studijske programe pomažućih profesija. Uvidom u samo znanje i stavove može se vidjeti koje informacije studentima nedostaju te u skladu s time se mogu prilagoditi i promijeniti studijski programi kako bi se studenti pripremili za budući rad u sustavu socijalne skrbi.

S obzirom da je dio studenata populacija koja se planira zaposliti u sustavu socijalne skrbi ili drugim nadležnim institucijama koje osmišljavaju mjere i programa socijalne politike, bitno je da se njihove odluke temelje na znanstveno utvrđenim činjenicama, a ne na predrasudama ili stavovima o određenoj skupini. Kao što je rečeno, studenti bi trebali razviti kritičko razmišljanje i dijalog koji će ih dovesti do toga da sami preispituju svoje stavove i razmišljanja te da ih navesti da odlučuju na temelju empirijski nalaza, a ne na temelju predrasuda. Budući stručnjaci u socijalnoj politici moraju biti u mogućnosti razvijati politiku s prioritetom promicanja, zaštite i poboljšanja zdravlja osoba koje žive u uvjetima siromaštva te se zdravstveni sustav mora razvijati na način da se uzmu u obzir sve specifičnosti s kojima se suočavaju osobe koje žive u uvjetima siromaštva kako bi se pokušale smanjiti zdravstvene nejednakosti. Neophodni su snažni institucionalni i organizacijski kapacitet radi praćenja korištenje resursa i poboljšavanja strategija ljudskih resursa (OECD, 2003). Razvoj kvalitetnih usluga javnog i privatnog sektora koje odgovaraju zdravstvenim potrebama i zahtjevima ljudi koji žive u siromaštvu moraju biti prioritet, zbog čega je potrebno usredotočiti se na bolesti koje utječu na siromašne, kao što su bolesti povezane s raznim ovisnostima, psihički poremećaji, poremećaji u ponašanju, emocionalni i kognitivni problemi, bolesti srca, loša prehrana i slično. Pristup se treba temeljiti na strategijama koje dopiru do siromašnih i ranjivih skupina te je potrebno

osmisлити mjere koje će stimulirati potražnju za zdravstvenim uslugama te povećati odgovornost zdravstvenih službi prema siromašnim zajednicama (OECD, 2003).

POPIS TABLICA

Tablica 1.1. Prosjek raspoloživog dohotka po kućanstvu i prosjek ekvivalentnog raspoloživog dohotka 2015-2020, stranica broj 2.

Tablica 4.1. Sociodemografske karakteristike sudionika, stranica broj 8.

Tablica 5.1. Postotak točno odgovorenenih pitanja u odnosu na maksimalan bodove i studijski smjer (N=116), stranica broj 11.

Tablica 5.2. Prosjek ostvarenih bodova na upitniku znanja (N=116, max. 120), stranica broj 14.

Tablica 5.3. Povezanost znanja i stavova, stranica broj 16.

Tablica 5.4. Povezanost znanja i slušanje kolegija o siromaštvu, stranica broj 17.

Tablica 5.5. Independent Samples Test (t-test), stranica broj 18.

PRILOG

Prilog 1. Upitnik znanja

Čestice	Mogući odgovori	
	Točno	Netočno
Linija siromaštva za samačko kućanstvo za 2020. godinu iznosi 2 927 kuna mjesečno.		
Socio-ekonomske prilike utječu na dostupnost zdravstvenim uslugama.		
Osobe s niskim primanjima imaju jednak rizik oboljenja od dijabetesa, malignih bolesti i kardiovaskularnih bolesti nego osobe s višim primanjima.		
Osobe s niskim primanjima imaju veći rizik obolijevanja od psihičkih poremećaja.		
Osobe s niskim primanjima sklonije su stjecanju ovisnosti o raznim opojnim sredstvima poput alkohola i duhanskih proizvoda.		

Osobe koje žive u siromaštvu izložene su visokoj razini stresa i frustracija nego li osobe s većim primanjima.	Točno	Netočno
Osobe s niskim primanjima imaju teškoće s prepoznavanjem bolesti i simptoma.	Točno	Netočno
Siromaštvo pozitivno utječe na samopouzdanje.	Točno	Netočno
Stopa kroničnih bolesti raste što je niži socioekonomski položaj.	Točno	Netočno
Osobe koje pripadaju višem društvenom sloju manje čekaju na pregled kod liječnika.	Točno	Netočno
U Hrvatskoj su svi državljani zdravstveno osigurani bez obzira na prihode.	Točno	Netočno
Djeca koja žive u uvjetima siromaštva u usporedbi s djecom koja ne žive u uvjetima siromaštva povoljnijeg su zdravlja.	Točno	Netočno
Djeca koja žive u uvjetima siromaštva u usporedbi s djecom koja ne žive u uvjetima siromaštva imaju više razvojnih poteškoća.	Točno	Netočno
Djeca koja žive u uvjetima siromaštva u usporedbi s djecom koja ne žive u uvjetima siromaštva imaju nižu vjerojatnost pojave naknadnih tjelesnih problema.	Točno	Netočno
Djeca koja žive u uvjetima siromaštva u usporedbi s djecom koja ne žive u uvjetima siromaštva imaju veću vjerojatnost pojave kognitivnih problema.	Točno	Netočno
Djeca koja žive u uvjetima siromaštva češće imaju stomatoloških problema.	Točno	Netočno
Djeca koja žive u uvjetima siromaštva u usporedbi s djecom koja ne žive u uvjetima siromaštva imaju veću vjerojatnost pojave emocionalnih problema.	Točno	Netočno
Djeca koja žive u uvjetima siromaštva u usporedbi s djecom koja ne žive u uvjetima siromaštva češće pokazuju emocionalne poremećaje.	Točno	Netočno
Djeca koja žive u uvjetima siromaštva u usporedbi s djecom koja ne žive u uvjetima siromaštva rjeđe pokazuju poremećaje u ponašanju.	Točno	Netočno

Djeca koja žive u uvjetima siromaštva češće obolijevaju od kronične astme.	Točno	Netočno
Veća je smrtnost djece čiji su roditelji osobe koje žive u uvjetima siromaštva.	Točno	Netočno

Prilog 2. Upitnik stavova

Čestice upitnika					
Osobe koje žive u uvjetima siromaštva imaju jednako dostupne zdravstvene usluge kao i drugi.	1	2	3	4	5
Osobe koje žive u uvjetima siromaštva podložne su većem stresu i frustracijama.	1	2	3	4	5
Osobe koje žive u uvjetima siromaštva informirane su jednako kao i drugi o bolestima.	1	2	3	4	5
Osobe koje žive u uvjetima siromaštva mogu biti jednako sretne kao i osobe s većim primanjima.	1	2	3	4	5
Osobe koje žive u uvjetima siromaštva mogu si priuštiti zdravu prehranu.	1	2	3	4	5
Osobe koje žive u uvjetima siromaštva ne mogu si priuštiti dodatne lijekove.	1	2	3	4	5
Osobama koje žive u uvjetima siromaštva ne treba dodatno prilagoditi zdravstvene usluge i pomoć.	1	2	3	4	5
Država treba izdvojiti veća sredstva kako bi se pružila odgovarajuća zdravstvena zaštita osobama koje žive u uvjetima siromaštva.	1	2	3	4	5
Siromaštvo utječe na zdravlje cijelog kućanstva.	1	2	3	4	5
Roditelji koji žive u uvjetima siromaštva nemaju dovoljno znanja o zdravlju svoje djece.	1	2	3	4	5

Roditelji koji žive u uvjetima siromaštva ne mogu dovoljno brinuti o zdravlju svoje djece.	1	2	3	4	5
Roditelji koji žive u uvjetima siromaštva češće će potrošiti financijske resurse na sredstva ovisnosti nego li na zdravu hranu.	1	2	3	4	5
Roditelji koji žive u uvjetima siromaštva češće će potrošiti financijske resurse na režije, stoga im neće ostati dovoljno za zdravu prehranu.	1	2	3	4	5
Socijalna politika ima odgovarajuće mjere za zdravstvenu zaštitu osoba koje žive u uvjetima siromaštva.	1	2	3	4	5
Pripadnost višem društvenom sloju značajno utječe na smanjenje smrtnosti djece.	1	2	3	4	5
Osobe s većim stupnjem obrazovanja imaju i veći interes za unaprjeđenje vlastitog zdravlja.	1	2	3	4	5
Osobe koje žive u uvjetima siromaštva trebaju češće zdravstvene usluge nego osobe drugih socioekonomskih skupina.	1	2	3	4	5
Ljudi brinu o svom zdravlju bez obzira na materijalne prilike.	1	2	3	4	5
U Hrvatskoj zdravstvena zaštita je dostupna svima bez obzira na materijalne prilike.	1	2	3	4	5
U Hrvatskoj svako može dobiti liječenje koje mu treba bez obzira na materijalne prilike.	1	2	3	4	5

LITERATURA

1. Aronson, E., Wilson, T. D. i Akert, R. M. (2005). *Socijalna psihologija*. Mate.
2. Brooks-Gunn, J., Duncan G.,J. (1997). The Effect of Poverty on Children. *The future of children*. 7(2). 55-71.
3. Castillo, J. T. & Becerra, D. (2012). The Perception of Poverty and Social Welfare Policies among Undergraduate and Graduate Social Work Students in the United States. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 22(4). 375-391.
4. Chaiklin, H. (2011). Attitudes, Behavior and Social Practice. *Journal of Sociology and Social Welfare*. 38(1). 31-54.
5. Demirtas, B., Polat, G., Özalp Ates, F. S., Ka'opua, L., S. (2021). Poverty and health inequalities: Perceptions of social work students and nursing students. *International Nursing Review*. 69(1). 96-105.
6. Fabrigar, L. A, Smith, S. M., Petty, R. E., Crites Jr. S. L., (2006). Understanding Knowledge Effects on Attitude-Behavior Consistency: The Role of Relevance Complexity, and Amount of Knowledge. *Journal of Personality and Social Psychology*. 90(4). 556-577.
7. Gajski, L. (2007). Socijalni čimbenici bolesti. *Nova prisutnost*. 3(2). 287-304.
8. Ivan Kelebuš. (2021). *Analize pokazatelja siromaštva po zemljama EU-a i Hrvatske za 2020. godinu*. TEB poslovno savjetovanje. Posjećeno 17.3.2022. na mrežnoj stranici TEB poslovnog savjetovanja: <https://www.teb.hr/>
9. Kraus, S. J. (1995). Attitudes and the prediction of behaviour: A meta-analysis of the empirical literature. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 21(1). 58-75.
10. Malenica, Z. (2011). Siromaštvo u Hrvatskoj (1990-2010). *Politička misao*. 48(3). 65-81.
11. Mastilica, M. (1993). Zdravstvene nejednakosti: društvena stratifikacija, zdravlje i zdravstvena zaštita (I). *Revija za sociologiju*. 24(3-4). 163-181.
12. McLeod, J., D., Shanahan, M., J. (1993). Poverty, Parenting and Children's Mental Health. *American Sociological Review*. 58(3). 351-66.
13. Milas, G. (2005). *Istraživačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima*. Naklada Slap. Jastrebarsko.

14. Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike (2021). *Nacionalni plan borbe protiv siromaštva i socijalne isključenosti za razdoblje od 2021. do 2027. godine*. Posjećeno 1.7.2022. na mrežnim stranicama Ministarstva rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike: <https://mrosp.gov.hr/>
15. OECD. (2003). *Dac Guidelines and Reference Series: Poverty and Health*. World Health Organization. France.
16. Palacios-Berrios, E., E., Hanson J., L. (2019). Poverty and Self-regulation: Connecting Psychosocial Processes, Neurobiology, and the Risk for Pshychopathology. *Comprehensive Psychiatry*. 90(12). 52-64.
17. Reutter, L. I, Sword, W., Meagher-Steward, D., Rideout, E. (2004). Nursing student's belief about poverty and health. *Journal of Advanced Nursing*. 48(3). 299-309.
18. Roos, N., P., Mustard, C., A. (1997). Variation in Health and Health Care Use by Socioeconomic Status in Winnipeg, Canada: Does the System Really Work? Yes and No. *The Milbank Quarterly*. 75(1). 89-111.
19. Scheffer, M., Lasater. K, Atherton, I., M., Kyle, R., G. (2019). Student Nurses' Attitudes to Social Justice and Poverty: An International Comparison. *Nurse Education Today*. 80. 59-66.
20. Šućur, Z. (2006). Objektivno i subjektivno siromaštvo u Hrvatskoj. *Revija socijalne politike*. 13(3-4). 237-255
21. Šućur, Z., Kletečki Radović, M., Družić Ljubotina, O., Babić, Z. (2015). *Siromaštvo i dobrobit djece predškolske dobi u Republici Hrvatskoj*. UNICEF. Zagreb.
22. Šućur, Z. i Zrinščak Z. (2007). Bolne razlike: samoprocjena nejednakosti zdravlja u Hrvatskoj i Europskoj zajednici. *Croatian Medica Journal*. 48(5). 653-666.
23. Wickham, S., Anwar, E., Barr, B., Law, C., Taylor-Robinson, D. (2016). Poverty and child health in the UK: using evidence for action. *Arch Dis Child*. 101(8). 759-766.
24. World Health Organization. *Ustav Svjetske zdravstvene organizacije*. BD 45/2006.