

Poteškoće mentalnog zdravlja kao uzrok i posljedica beskućništva

Stipanec, Ivana

Master's thesis / Diplomski rad

2024

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:199:118241>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-26**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

PRAVNI FAKULTET

STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Diplomski studij socijalnog rada

Ivana Stipanec

**POTEŠKOĆE MENTALNOG ZDRAVLJA KAO UZROK I
POSLEDICA BESKUĆNIŠTVA**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2024.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Diplomski studij socijalnog rada

Ivana Stipanec

**POTEŠKOĆE MENTALNOG ZDRAVLJA KAO UZROK I
POSLEDICA BESKUĆNIŠTVA**

DIPLOMSKI RAD

Izv. prof. dr. sc. Marijana Kletečki Radović

Zagreb, 2024.

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Određenje pojmova	2
2.1. <i>Poteškoće mentalnog zdravlja</i>	2
2.2. <i>Beskućništvo</i>	4
3. Konceptualni model povezanosti siromaštva i individualnih, obiteljskih i strukturalnih obilježja	6
4. Poteškoće mentalnog zdravlja kao uzrok beskućništva	9
4.1. <i>Teorija socijalne selekcije</i>	10
5. Poteškoće mentalnog zdravlja kao posljedica beskućništva	12
5.1. <i>Teorija socijalne uzročnosti</i>	14
6. Pregled istraživanja	16
6.1. <i>Prevalencija mentalnih poremećaja među populacijom beskućnika</i>	16
6.2. <i>Odrednice narušenog mentalnog zdravlja nedijagnostičkog karaktera</i>	18
6.3. <i>Mentalno zdravlje kao uzrok beskućništva</i>	20
6.4. <i>Mentalno zdravlje kao posljedica beskućništva</i>	22
7. Pružanje podrške beskućnicima	24
7.1. <i>Prevenција beskućništva</i>	24
7.2. <i>Pružanje psihološke podrške</i>	26
8. Uloga socijalnog radnika	28
9. Zaključak	30
10. Literatura	33
11. Prilozi	45

Poteškoće mentalnog zdravlja kao uzrok i posljedica beskućništva

Sažetak:

Poteškoće mentalnog zdravlja posljednjih su godina u porastu. Skupina koja je posebno u riziku od ovog problema su beskućnici. Narušeno mentalno zdravlje može biti jedan od čimbenika koji prethodi ulasku u beskućništvo, a može se javiti kao njegova posljedica. Cilj rada je, pregledom teorijskih modela i empirijskih istraživanja, prikazati odnos između poteškoća mentalnog zdravlja i beskućništva. Nekoliko različitih teorija te brojna istraživanja potvrdila su utjecaj mentalnog zdravlja na beskućništvo, kao i utjecaj beskućništva na mentalno zdravlje. Zatim, definiran je prikaz dobre prakse, efektivnih mjera prevencije i intervencije za osobe s poteškoćama mentalnog zdravlja koje žive u beskućništvu. Socijalni radnici imaju ključnu ulogu u radu s populacijom beskućnika. Potrebno je da ih osnažuju i zagovaraju njihova prava na više razina. Svrha ovog rada je osvijestiti kod stručnjaka i javnosti jednu od, često zanemarenih, poteškoća koja pogađa populaciju beskućništva te pružiti upute kako raditi na njenom suzbijanju.

Ključne riječi: mentalno zdravlje, poteškoće mentalnog zdravlja, beskućništvo, socijalni rad

Mental health difficulties as a cause and consequence of homelessness

Abstract:

Mental health difficulties have been on the rise in recent years. A group that is particularly at risk of this problem is the homeless population. Impaired mental health can be one of the factors that precedes entering homelessness, and it can occur as its consequence. The aim of this paper is to present the relationship between mental health difficulties and homelessness through a review of theoretical models and empirical research. Several different theories and numerous studies have confirmed the impact of mental health on homelessness, as well as impact of homelessness on mental health. Additionally, this paper gives an overview of good practice, effective prevention measures and intervention for people with mental health difficulties experiencing homelessness. Social workers play a key role in working with the homeless population. It is necessary for them to empower and advocate for the rights of the homeless at multiple levels. The purpose of this paper is to raise awareness among professionals and the public about one of the, often neglected, difficulties affecting the homeless population and to provide guidelines on how to work towards its mitigation.

Key words: mental health, mental health difficulties, homelessness, social work

Izjava o izvornosti

Ja, Ivana Stipanec 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 do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Ivana Stipanec, (v.r.)

Datum: 15.7.2024.

Zahvala

Zahvaljujem svojoj mentorici izv. prof. dr. sc. Marijani Kletečki Radović što me na samom početku diplomskog studija podržala u odabiru ove teme, a zatim usmjeravala tijekom cijelog procesa izrade diplomskog rada.

Hvala mojoj obitelji na ljubavi, pomoći i razumijevanju. Za vrijeme mog studiranja, najbolje ste znali kada me treba držati čvrsto na zemlji, a kada pustiti da poletim.

Posebnu zahvalnost dugujem Adrianu. Hvala ti na bezuvjetnoj podršci i hvala što nikada nisi sumnjao u mene!

Velika hvala mojim prijateljima, onima koji su bili sa mnom prije upisa na fakultet te onima koji su u moj život ušli za vrijeme studiranja. Sama vaša prisutnost pomogla je da se i najveći izazovi čine malenima. Hvala što ste mi omogućili da zajedno rastemo!

Naposljetku, neizmjereno zahvaljujem Josipu. Uljepšao si završetak mog studiranja i svakodnevno nastavljaš uljepšavati svaki dio mog života!

Hvala vam svima, bez vas ne bih bila osoba koja sam danas.

Deda, ovo je za tebe.

1. Uvod

Mentalno zdravlje dio je ljudskog zdravlja i dobrobiti te je ključno za osobni i društveni razvoj. Svjetska zdravstvena organizacija (2022) definira ga kao *stanje mentalnog blagostanja koje ljudima omogućuje da se nose sa životnim stresovima, postanu svjesni svojih sposobnosti, dobro uče i dobro rade te doprinose svojoj zajednici*¹. Poteškoće mentalnog zdravlja posljednjih su godina u porastu. Svjetska zdravstvena organizacija u svom godišnjem izvješću iznosi da države napreduju u prepoznavanju poteškoća mentalnog zdravlja i adekvatno na njih odgovaraju. Unatoč istaknutom napretku, navodi se kako poteškoće mentalnog zdravlja još uvijek znatno utječu na živote brojnih ljudi te se naglašava potreba za poboljšanjem mjera i instrumenata suočavanja s tim poteškoćama (WHO, 2022.). Institut za metriku i evaluaciju zdravlja (IHME) utvrđuje kako se, u 2019. godini, 12 % populacije suočilo s poteškoćama mentalnog zdravlja². Štimac i suradnici u svom radu iznose kako su psihički poremećaji najbrže rastuća kategorija tereta bolesti u Republici Hrvatskoj (Štimac i sur., 2019.). Navedeni podaci ukazuju na to da su poteškoće mentalnog zdravlja aktualan problem koji pogađa velik broj ljudi.

U društvu postoje određene skupine koje se suočavaju s poteškoćama mentalnog zdravlja češće od ostatka populacije, dok im je pristup zdravstvenoj zaštiti otežan. Najčešće se radi o ljudima koji pripadaju marginalnim skupinama, primjerice beskućnicima (Priebe i sur., 2012.). Beskućništvo predstavlja jednu od najtežih posljedica siromaštva i nejednakosti. *UN – Habitat* bilježi zabrinjavajući porast beskućništva u posljednjih 10 godina te navode kako 1,6 milijarde ljudi u svijetu živi u neadekvatnim stambenim uvjetima³. Prema Ujedinjenim narodima beskućništvo može biti apsolutno i relativno. Apsolutno beskućništvo podrazumijeva *uvjete u kojima ljudi nemaju krov nad glavom, već spavaju na otvorenom, u vozilima, napuštenim zgradama ili drugim mjestima koja nisu namijenjena za ljudsko stanovanje. Kod relativnog beskućništva osobe imaju krov nad glavom, ali im nisu osigurani osnovni*

¹ World Health Organization. Mental Health, preuzeto 10.6.2024. s <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

² Institute for health metrics and evaluation. Mental Health, preuzeto 10.6.2024. s <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-risks-issues/mental-health>

³ United Nations. Everyone included – How to end homelessness, preuzeto 10.6.2024. s <https://www.un.org/tr/desa/everyone-included-%E2%80%93-how-end-homelessness>

standardi zdravlja i sigurnosti kao što su adekvatna zaštita od elementarnih nepogoda, pristup pitkoj vodi i sanitarnom čvoru, osobna sigurnost, pravo vlasništva, mogućnost privređivanja i dr. (Družić Ljubotina, 2012.: 18). Dakle, beskućništvo ne predstavlja samo nedostatak mjesta za život, već je puno kompleksniji problem koji se manifestira kroz deprivaciju osnovnih ljudskih prava i potreba (Bedmar i sur., 2022.). Jedno od tih prava je i pravo na zdravstvenu zaštitu, shodno tome i na zaštitu mentalnog zdravlja.

Cilj ovog rada je prikazati koliki učinak narušeno mentalno zdravlje može imati na život beskućnika, odnosno kako ono može biti uzrok i posljedica života u beskućništvu. Prvo će se definirati ključni pojmovi, a zatim predstaviti teorijski model i još dvije teorije koje će pomoći u objašnjavanju teme rada. Zatim slijedi prikaz različitih istraživanja te poglavlje u kojemu će se iznijeti moguće ideje za pružanje podrške osobama koje žive u beskućništvu i imaju poteškoće mentalnog zdravlja. Socijalni radnici dužni su zagovarati prava ranjivih skupina, u ovom slučaju beskućnika, kao i raditi na promociji pozitivnog mentalnog zdravlja. Oni su jedni od stručnjaka koji bi među prvima trebali prepoznati važnost ove problematike i raditi na osnaživanju beskućnika s poteškoćama mentalnog zdravlja. Stoga, posljednji dio rada ukazat će na ulogu socijalnog radnika u osnaživanju populacije beskućnika.

2. Određenje pojmova

2.1. Poteškoće mentalnog zdravlja

Mentalno, psihičko ili duševno zdravlje definira se kao stanje dobrobiti odnosno blagostanja. No, ono što je vrlo važno za razumjeti jest da ono ne predstavlja isključivo odsutnost mentalnih poremećaja⁴. Netko može imati dijagnosticiran mentalni poremećaj, ali svejedno imati dobro mentalno zdravlje. S druge strane, netko tko nema dijagnosticiran mentalni poremećaj, ali se suočava sa stresnim životnim okolnostima, može imati poteškoće mentalnog zdravlja (Keyes i Michalec, 2009.). Mentalno zdravlje može biti narušeno na kratak ili na dug period (Muslić i sur., 2024.). Definicija mentalnog zdravlja ovisi i o kulturi koja ga definira. Ipak, ono što bi pri definiranju

⁴ World Health Organization – Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (summary report), preuzeto 2.7.2024. s <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42940/9241591595.pdf>

trebalo biti zadržano, neovisno o kulturnom kontekstu, su neke univerzalne odrednice mentalnog zdravlja (Galderisi i sur., 2015.).

Svjetska zdravstvena organizacija, 1948. godine, definirala je zdravlje kao stanje cjelovite tjelesne, mentalne i socijalne dobrobiti, a ne samo odsutnost bolesti⁵. Polazeći od ove ideje, Keyes (2002) ističe kako se mentalno zdravlje najbolje može razumjeti kao cjelovito stanje koje se sastoji od prisutnosti i odsutnosti mentalnih bolesti te ostalih simptoma mentalnog zdravlja. Nastavno na takvu ideju mentalnog zdravlja, predstavljen je pojam kontinuuma mentalnog zdravlja (eng. *mental health continuum*) koji se sastoji od potpunog i nepotpunog mentalnog zdravlja. Osobe koje imaju potpuno mentalno zdravlje (eng. *flourishing*) ispunjene su pozitivnim emocijama, a psihosocijalno i društveno funkcioniranje im je uspješno. S druge strane, osobe nepotpunog mentalnog zdravlja (eng. *languishing*) osjećaju prazninu i stagnaciju u funkcioniranju (Keyes, 2002.). Nekoliko godina kasnije teoretičari Keyes i Michalec-2009. koncipiraju model cjelovitog mentalnog zdravlja (eng. *complete mental health*). Uz to, uvode pojam subjektivne dobrobiti koja uključuje brojne odrednice, primjerice pozitivne emocije, zadovoljstvo životom, socijalnu integraciju, i dr. Cjelovito ili pozitivno mentalno zdravlje karakterizirano je odsustvom mentalnog poremećaja i potpunim mentalnim zdravljem (eng. *flourishing*), odnosno odsustvom mentalnih poremećaja i visokom razinom subjektivne dobrobiti (Keyes i Michalec, 2009.).

Mentalne poremećaje karakterizira postojanje klinički prepoznatljivih simptoma koji se najčešće manifestiraju kao kognitivne, emocionalne, ponašajne i funkcionalne teškoće (Mechanic, 1999., prema Keyes, 2003.). Mentalni poremećaji dijagnosticiraju se na temelju broja, trajanja i intenziteta simptoma (Muslić i sur., 2024.). No, ponekad će se ti isti simptomi pojaviti kao normalna i očekivana reakcija na neku stresnu situaciju, primjerice smrt bliske osobe. Osobi koja ih doživljava koristit će stručna pomoć tek kada ti simptomi postanu intenzivniji i počnu ometati njeno funkcioniranje⁶. Neki od najčešćih mentalnih poremećaja su poremećaji iz spektra shizofrenije i drugi psihotični poremećaji, bipolarni poremećaji, depresivni poremećaji, anksiozni

⁵ World Health Organization – Constitution., preuzeto 16.7.2024. s <https://www.who.int/about/governance/constitution>

⁶ American Psychiatric Association – What is Mental Illness?, preuzeto 2.7.2024. s <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>

poremećaji, opsesivno-kompulzivni poremećaji, poremećaji vezani uz traumu i stresor, poremećaji vezani uz psihoaktivne tvari i poremećaji ovisnosti, neurorazvojni poremećaji, poremećaji ličnosti, disruptivni poremećaji i drugi (Američka psihijatrijska udruga, 2014.).

Svjetska zdravstvena organizacija uz mentalne poremećaje spominje i stanja mentalnog zdravlja (eng. *mental health conditions*), što predstavlja širi pojam. Taj pojam obuhvaća mentalne poremećaje, psihosocijalni invaliditet i druga mentalna stanja povezana s uznemirenošću, oštećenjem funkcioniranja ili rizikom od samoozljeđivanja⁷. U kontekstu ovog rada, pojam „*mental health conditions*“ će se tumačiti kao sinonim za poteškoće mentalnog zdravlja. Poteškoće mentalnog zdravlja mogu biti prisutne i kada osoba ne ispunjava kriterije za dijagnozu mentalnog poremećaja, odnosno bolesti (Muslić i sur., 2024.). Dodatne poteškoće mentalnog zdravlja mogu se javiti i ako se osobu s mentalnim bolestima stigmatizira i izolira. U tom slučaju mentalno zdravlje može biti narušeno i dovesti do pogoršanja psihičkih smetnji (Jokić-Begić, 2012., prema Kletečki Radović, 2021.). U ovom radu, kroz primjenu teorije i empirijskih istraživanja, poteškoće mentalnog zdravlja neće se promatrati samo kao mentalni poremećaji, već kao i teškoće koje ne ispunjavaju nužno dijagnostičke kriterije, poput povišenih razina stresa, doživljene traume, nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, suicidalnih misli, samoozljeđivanja ili procjene vlastite dobrobiti.

2.2. Beskućništvo

Definicije beskućništva razvijale su se kroz godine, ali još uvijek ne postoji jedna sveobuhvatna. Ona koja je prihvaćena među najviše autora je definicija Europskog saveza organizacija koje rade s beskućnicima - FEANTSA. Oni razvijaju europsku tipologiju beskućništva i stambene isključenosti (u nastavku ETHOS). ETHOS tipologija prvenstveno predstavlja okvir unutar kojeg su definirane tri domene koje čine dom. Odsutnost jedne od tih domena označava beskućništvo. Prema navedenoj tipologiji imati dom znači: imati odgovarajuće obitavalište ili prostor koji je u isključivom posjedu osobe i njegove/njezine obitelji (fizička domena), biti u

⁷ World Health Organization – Mental Disorders, preuzeto 2.7.2024. s <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

mogućnosti održavati privatnost i odnose (društvena domena) i imati zakonsko pravo na korištenje (pravna domena). Iz navedenog se izvode 4 oblika beskućništva. To mogu biti osobe koje žive:

- a) bez krova nad glavom,
- b) bez kuće ili stana,
- c) u nesigurnom stanovanju i
- d) u neadekvatnom stanovanju⁸.

Unatoč opsežnoj definiciji Europskog saveza organizacija koje rade s beskućnicima, mnogo toga je prepušteno samom zakonodavstvu države. Primjerice, u Republici Hrvatskoj beskućnici su prepoznati kao korisnici sustava socijalne skrbi 2011. godine. Danas Zakon o socijalnoj skrbi definira beskućnika kao *osobu koja nema mjesto stanovanja niti sredstva kojima bi mogla podmiriti troškove stanovanja, a smještena je ili koristi uslugu organiziranog stanovanja u prihvatilištu ili prenoćištu ili boravi na javnim ili drugim mjestima koja nisu namijenjena za stanovanje* (Zakon o socijalnoj skrbi, NN 71/2023., čl.15). Uočava se da zakonodavstvo priznaje i relativno beskućništvo kao oblik beskućništva, no ipak u oskudnoj mjeri. Nedovoljna prepoznatost u široj javnosti samo je jedan od problema s kojima se suočavaju osobe koje žive u beskućništvu. Uz to su prisutne zdravstvene tegobe, stigmatizacija (Reilly i sur., 2022.), diskriminacija, ograničen pristup hrani (Sleet i Francescutti, 2021.), doživljeno nasilje (Meinbresse i sur., 2014.) te naposljetku i kraći životni vijek (Romaszko i sur., 2017.). Težina ovih problema ovisit će i o duljini trajanja života u beskućništvu.

Neke se osobe u beskućništvu zadržavaju duže od drugih, neke u status beskućnika kontinuirano ulaze i izlaze, a neke u njemu ostaju bez prekida (Družić Ljubotina i sur., 2016.). Prema kriteriju dužine trajanja beskućništva razvijena je tipologija koja dijeli beskućništvo na tri vrste; tranzicijsko, epizodično i kronično. Tranzicijsko beskućništvo odnosi se na osobe koje samo jednom završe u beskućništvu i to na kratak

⁸ ETHOS - Europska tipologija beskućništva i stambene isključenosti, preuzeto 10.6.2024. s <https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion>

vremenski period. Epizodično beskućništvo predstavlja osobe koje često ulaze i izlaze iz beskućništva. U kroničnom beskućništvu žive osobe kod kojih je takav način života duboko ukorijenjen (Kuhn i Culhane, 1998.). Oni koji se nalaze u tranzicijskom beskućništvu imaju najmanju vjerojatnost za razvijanje ovisnosti, poteškoća mentalnog zdravlja ili ostalih zdravstvenih problema (Kuhn i Culhane, 1998., Perl i Bagalman, 2015.). To potvrđuje još autora, koji su istraživanjem došli do nalaza da su kronično i epizodično beskućništvo u većoj mjeri povezani s narušenim mentalnim zdravljem, nego što je tranzicijsko beskućništvo (Kertesz i sur., 2005., prema McAllister i sur., 2011.). Ta tvrdnja može ići u oba smjera, život u kroničnom beskućništvu možda će utjecati na razvoj poteškoća mentalnog zdravlja, ali moguće je i suprotno. Osobe koje boluju od nekog mentalnog poremećaja, duže će živjeti u beskućništvu nego osobe bez mentalnih bolesti (Hwang, 2008.). S obzirom na to da osobe koje duže ili češće žive kao beskućnici imaju lošije mentalno zdravlje, zaključuje se kako postoji određena povezanost između beskućništva i poteškoća mentalnog zdravlja.

3. Konceptualni model povezanosti siromaštva i individualnih, obiteljskih i strukturalnih obilježja

Prema posljednjim podacima, u uvjetima ekstremnog siromaštva u 2022. godini živjelo je 712 milijuna ljudi diljem svijeta⁹. Svatko može uočiti i prepoznati siromaštvo. No, za bolje razumijevanje, ali i za formiranje mjera socijalne politike, potrebno ga je i ispravno definirati. S obzirom na kompleksnost samog pojma te različitost pristupa, ne postoji univerzalna definicija siromaštva (Družić Ljubotina i Kletečki Radović, 2011.). Siromaštvo ne bi trebalo biti definirano isključivo kroz monetarnu dimenziju, što su različiti sociolozi isticali još osamdesetih godina 20. stoljeća (Townsend, 1979., prema Martinez Jr. i Perales, 2015.). *Scottish Poverty Information Unit* pruža definiciju siromaštva koja obuhvaća i ostale aspekte života koji mogu biti pogođeni siromaštvom. *Ljudi žive u siromaštvu kada im je uskraćen prihod dovoljan za njihove materijalne potrebe te kada su zbog takvih okolnosti isključeni iz*

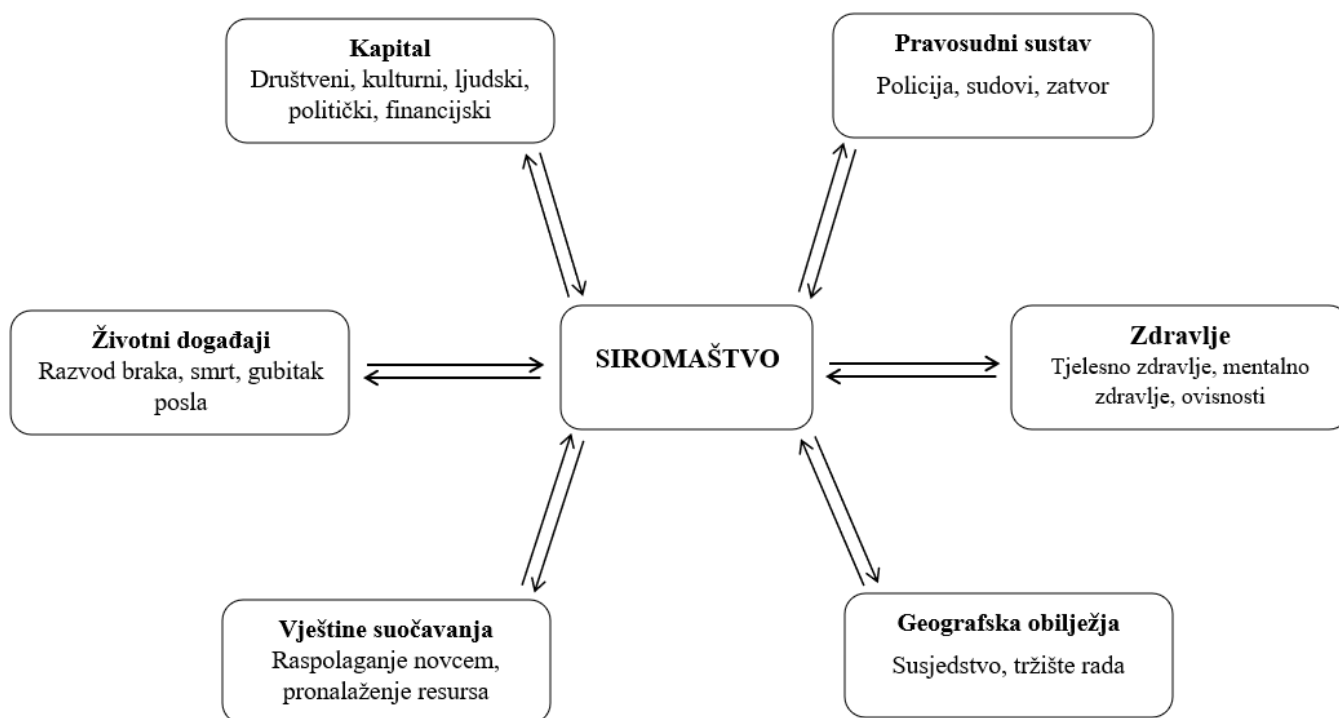
⁹ World Bank Group – Poverty Overview, preuzeto 20.6.2024. s <https://www.worldbank.org/en/topic/poverty/overview#:~:text=Low%2Dincome%20countries%20were%20most,million%20people%20compared%20to%202019.>

sudjelovanja u svakodnevnim aktivnostima društva (BBC, 2014.).¹⁰ Drugi dio definicije ukazuje na to kako su osobe koje žive u siromaštvu, također socijalno isključene.

Ono što neki autori ističu jest da beskućništvo predstavlja ekstreman oblik siromaštva (Šućur, 2014., Družić Ljubotina i sur., 2016.). Na temelju te tvrdnje primijenit će se i konceptualni model povezanosti siromaštva i individualnih, obiteljskih i strukturalnih obilježja (Crane i Heaton, 2008.). Teorijski model objašnjava kako je siromaštvo pod utjecajem različitih čimbenika te kako na njih i samo utječe. Između ostalog, to se odnosi i na čimbenik zdravlja, odnosno tjelesno i mentalno zdravlje. Stoga se može zaključiti i kako mentalno zdravlje utječe te je pod utjecajem života u beskućništvu, kao ekstremnom obliku siromaštva.

Slika 1.

Povezanost između siromaštva i ostalih čimbenika (Crane i Heaton, 2008.: 11)



¹⁰ British Broadcasting Company (BBC) - Definitions of poverty, preuzeto 30.6.2024. s https://www.bbc.co.uk/scotland/education/ms/wealth/def_of_poverty/definitions.shtml#:~:text=People%20live%20in%20poverty%20when,Scottish%20Poverty%20Information%20Unit

Kao i ostali autori, Crane i Heaton (2008.) također naglašavaju kako je siromaštvo kompleksniji pojam od njegovog određenja kao „razine prihoda ispod praga siromaštva“. Siromaštvo označava nedostatak kapitala, prvenstveno financijskog. No, važnu ulogu igraju i ostali oblici kapitala. Nedostatak društvenog kapitala znači da osobe koje žive u siromaštvu nisu društveno umrežene, što bi im olakšalo prevladavanje siromaštva. U manjku im je i ljudski kapital, što znači da često ne završavaju obrazovanje i ne kvalificiraju se za poslove koji bi im pružili adekvatna primanja. Osobe koje žive u siromaštvu nemaju velike mogućnosti zagovaranja vlastitih prava jer im je politički kapital vrlo slab. Kada je riječ o kulturnom kapitalu, moguće je da postoje jezične barijere ili razlike u načinu oblačenja, što ih još više isključuje iz društva. Ove osobe nalaze se u „začaranom krugu“ jer im je zbog društvene izolacije teže steći kulturni kapital. Velika je vjerojatnost da će osobe koje žive u siromaštvu, upravo zbog tog siromaštva, doživjeti neke nepovoljne životne događaje, kao što su razvod braka, smrt partnera, bolest ili gubitak posla. Isti ovi događaji povećat će ranjivost za dugotrajno siromaštvo. Siromaštvo usporava razvijanje životnih vještina. Nije za očekivati da netko, tko iz dana u dan jedva zadovoljava svoje osnovne potrebe, ima dobre temelje za razvijanje vještine raspolaganja novcem. Geografska obilježja igraju važnu ulogu. U siromašnom okruženju manja je ponuda poslova. S druge strane, osobe s niskim primanjima primorane su živjeti u siromašnijim kvartovima gdje će imati manje dostupnih resursa (Crane i Heaton, 2008.).

Za potrebe ovog rada, ključan je dio koji objašnjava u kakvom su odnosu zdravlje i siromaštvo. Poseban naglasak stavljen je na zdravlje i u samom teorijskom modelu. Autori navode kako se zdravstveni sustav ne odnosi jednako prema onima koji imaju manje financijske mogućnosti, što se pogotovo uočava kod poteškoća mentalnog zdravlja, poput mentalnih bolesti ili ovisnosti. Navedene poteškoće danas su već dobro prepoznate u društvu, ali njihovo rješavanje često nije adekvatno osigurano za svakoga. Kako bi se relevantnost teorijskog modela za tematiku ovog rada što bolje definirala, objasniti će se u kojoj su interakciji zdravlje i siromaštvo. Naime, loši radni uvjeti, stres i okolinski čimbenici povećavaju rizike od bolesti kod osoba koje žive u siromaštvu, a nedostatna briga dodatno utječe na njihovu ranjivost za siromaštvo. S druge strane, narušeno zdravlje predstavlja prepreku za pronalazak dobrog posla. Kao

posljedica, osobe koje žive u siromaštvu same pronalaze načine kako će se izliječiti. Neki od tih načina često uključuju korištenje različitih supstanca, što dovodi do rizika za razvijanje ovisnosti (Crane i Heaton, 2008.). Poznato je kako ovisnost o psihoaktivnim sredstvima može dovesti do obolijevanja od ostalih poremećaja mentalnog zdravlja¹¹. Drugi su autori, također, utvrdili da je veća vjerojatnost da oni koji imaju narušeno mentalno zdravlje budu u riziku od siromaštva, uđu u siromaštvo te u njemu i ostanu (Johnson, 2008., Lund i sur., 2011., prema Kletečki Radović, 2021.). Uočava se kako jedna nepovoljna životna okolnost puno lakše može dovesti do drugih negativnih događaja, kada je u životu osobe prisutno siromaštvo. S obzirom na uvjete u kojima žive osobe u siromaštvu, velika je vjerojatnost kako se isti tijekom događaja može očekivati i kada se radi o beskućništvu. Život u beskućništvu zasigurno podrazumijeva i život u siromaštvu. Analogijski se može zaključiti kako će se kod osoba koje žive u beskućništvu odvijati vrlo slični procesi. U nastavku će se primijeniti dvije teorije kako bi se bolje objasnio odnos mentalnog zdravlja i beskućništva. Jedna teorija objašnjava poteškoće mentalnog zdravlja kao uzrok, a druga kao posljedicu beskućništva.

4. Poteškoće mentalnog zdravlja kao uzrok beskućništva

Kako bi pojam beskućništva bio jasniji potrebno je razumjeti ono što ga uzrokuje. Uzroci beskućništva su razni, no različita međunarodna istraživanja utvrdila su one najčešće, a to su:

- a) dugotrajno siromaštvo,
- b) dugotrajna nezaposlenost
- c) samohrano roditeljstvo
- d) nizak stupanj obrazovanja
- e) različite vrste ovisnosti
- f) narušeno mentalno zdravlje
- g) narušeno tjelesno zdravlje

¹¹ National Institute of Mental Health (NIH) - Substance Use and Co-Occurring Mental Disorders, preuzeto 1.7.2024. s <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/substance-use-and-mental-health#:~:text=Substance%20use%20and%20SUDs%20can,to%20develop%20a%20mental%20disorder.>

- h) slaba socijalna mreža
- i) izdržavanje zatvorske kazne
- j) gubitak mjesta za stanovanje (Hill i Stamey, 1990., Lee, Jones i Lewis, 1990., Koegel i sur., 1996., Main, 1998., Anderson i Christian, 2003., Družić Ljubotina, 2012., prema Družić Ljubotina i sur., 2016.).

Europska komisija grupirala je uzroke beskućništva u četiri kategorije, a to su

- a) strukturalni uzroci (npr. ekonomska politika i reforme),
- b) institucionalni uzroci (npr. odlazak iz institucije u kojoj su bili smješteni, poput zatvora ili doma za djecu),
- c) uzroci vezani uz odnose (npr. prekid veze ili obiteljsko nasilje) i
- d) osobni uzroci (npr. poteškoće mentalnog zdravlja)¹².

Uočava se kako čimbenici koji dovode do beskućništva mogu biti vrlo raznoliki. Moguće je da se kod jedne osobe pojavi više uzroka te da oni budu međuovisni. Uzroci beskućništva najbliži su uzrocima siromaštva i socijalne isključenosti (Družić Ljubotina i sur., 2022., Karačić i Kletečki Radović, 2023.).

4.1. Teorija socijalne selekcije

Teorija koja bi mogla objasniti kako poteškoće mentalnog zdravlja dovode do beskućništva naziva se teorija socijalne selekcije. Teorija socijalne selekcije govori o tome kako zdravlje osobe utječe na njenu socijalnu mobilnost i društveni položaj. Stoga, prema hipotezi silazne putanje (eng. *downward drift hypothesis*), narušeno mentalno zdravlje može dovesti do socioekonomskog pada (Jin i sur., 2020.). Visina dohotka, stupanj obrazovanja, vrsta zanimanja te percepcija društvenog statusa i klase indikatori su socioekonomskog statusa¹³. Moglo bi se zaključiti kako negativni oblici indikatora socioekonomskog statusa predstavljaju neka od glavnih obilježja beskućništva. Primjerice, vrlo niska razina primanja jedna je od odrednica niskog socioekonomskog statusa. Studije su pokazale da je beskućništvo povezano sa

¹² European Commission: Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG. Measurement of Homelessness at European Union Level, 2007., preuzeto 11.06.2024. s

https://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2007/study_homelessness_en.pdf

¹³ American Psychological Association. Socioeconomic status, preuzeto 12.06.2024. s

<https://www.apa.org/topics/socioeconomic-status>

socioekonomskom marginalizacijom, nezaposlenošću i vrlo niskim primanjima (Baptista i Marlier, 2019.).

Drugi autori koristili su ovu teoriju kako bi objasnili smjer povezanosti konstrukata koji su po svojoj prirodi slični. Ovo je dovelo do različitih istraživanja koja ispituju smjer povezanosti mentalnog zdravlja i siromaštva, ali i njemu sličnih pojmova, poput socioekonomskog statusa i beskućništva (Johnson i sur., 1997., Mossakowski, 2014., Jin i sur., 2020.). U ovom radu teorija socijalne selekcije koristi se za objašnjenje načina na koji poteškoće mentalnog zdravlja dovode do beskućništva. Beskućništvo se promatra kao krajnji rezultat dugotrajnog procesa tijekom kojeg se iscrpljuju društveni i ekonomski resursi osobe kao posljedica njenih poteškoća mentalnog zdravlja (Baumohl, 1989., Baum i Bumes, 1993., prema Johnson i sur., 1997.). Prema ovoj teoriji, poteškoće mentalnog zdravlja neće utjecati isključivo na pad društvenog položaja, već će i otežati prelazak u više društvene položaje onima koji žive u uvjetima siromaštva (Fox, 1990., Dohrenwend i sur., 1992., Eaton i sur., 2010., prema Mossakowski, 2014.).

Ova teorija ne promiče ideju da poteškoće mentalnog zdravlja direktno vode u lošije životne uvjete, odnosno u beskućništvo. Polazi se od tvrdnje da se osobe s poteškoćama mentalnog zdravlja suočavaju s raznim drugim preprekama, što rezultira socioekonomskim padom i ulaskom u beskućništvo. Nekoliko autora navodi specifične izazove s kojima se suočavaju osobe s poteškoćama mentalnog zdravlja, a koji dovode do beskućništva. To su povećani troškovi liječenja, smanjena produktivnost, gubitak zaposlenja i redovitih primanja (Dohrenwend i sur., 1992., Saraceno i sur., 2005., prema Jin i sur., 2020.), stigmatizacija pri traženju posla te diskriminacija (Sharac i sur., 2010.). U slučaju pojave emocionalnih teškoća ili problema u ponašanju kod djece i mladih, može doći i do smanjivanja njihovih obrazovnih postignuća (Johnson i sur., 1999., prema Solomon i sur., 2024.). Proučavanjem navedene teorije, koju su različiti autori potkrijepili svojim istraživanjima, zaključuje se kako poteškoće mentalnog zdravlja mogu biti prediktor koji dovodi do beskućništva. Posljedice narušenog mentalnog zdravlja manifestiraju se kroz različite oblike rizika. Navedeni rizici, pojedinačno ili skupno, mogu dovesti do pada društvenog položaja pa tako i do beskućništva.

Još devedesetih godina 20. stoljeća postojala su oprečna mišljenja o tome treba li fokus istraživanja, koja proučavaju uzroke beskućništva, biti na osobnim ili strukturalnim čimbenicima (Shlay i Rossi, 1992.). Neki autori i danas smatraju kako je pogrešno tražiti uzroke beskućništva u obilježjima pojedinca. Konkretno, kada su u pitanju poteškoće mentalnog zdravlja, navode kako se fokusiranjem isključivo na izlječenje mentalnog zdravlja beskućnika stvara dojam da bi liječenje u potpunosti riješilo problem beskućništva (Bilinović Rajačić i Čikić, 2021.). Isticanjem liječenja mentalnog zdravlja beskućništva, a zanemarivanjem ostalih čimbenika koji do beskućništva dovode, okrivljavaju se žrtve i skreće pozornost s toga da je beskućništvo problem cijelog društva (Ryan, 1976., prema Bilinović Rajačić i Čikić, 2021.). U Hrvatskoj je provedeno kvantitativno istraživanje na reprezentativnom uzorku, koje je ispitivalo determinante kauzalne atribucije siromaštva. Rezultati su pokazali da osobe koje više pripisuju uzroke beskućništva individualnim obilježjima, imaju negativnije stavove o beskućnicima. Također, većinom su ispitanici smatrali beskućnike odgovornima za situaciju u kojoj se nalaze, zbog njihovog narušenog zdravlja ili zlouporabe sredstava ovisnosti (Družić Ljubotina i sur., 2022.). Individualnim obilježjem smatraju se i poteškoće mentalnog zdravlja što ukazuje na to da bi, ako se previše ističu kao uzrok beskućništva, zaista mogle dovesti do povećane stigmatizacije.

Pri proučavanju znanstvenih teorija, uvijek je korisno uzeti u obzir kritike autora suprotnih mišljenja. No, naglašava se kako teorija socijalne selekcije ne govori o tome kako poteškoće mentalnog zdravlja neposredno vode u beskućništvo, već su one rezultat šireg spleta okolnosti. Isključivanjem bilo koje vrste uzroka nemoguće je u potpunosti razumjeti beskućništvo. Iz tog se razloga beskućništvo najbolje shvaća kao *rezultat kompleksne interakcije između nepovoljnih individualnih i strukturalnih događaja* (Busch-Geertsema i sur., 2010.: 11, prema Gjeri Robić, 2017.: 221). Važno je biti upoznat s poteškoćama mentalnog zdravlja te kako one mogu dovesti do beskućništva da bi se takvim osobama mogla pružiti adekvatna i stručna pomoć.

5. Poteškoće mentalnog zdravlja kao posljedica beskućništva

Posljedice beskućništva su same po sebi dovoljno jasne i bez znanstvenog temelja može se pretpostaviti da će one uglavnom biti negativne. Do sada je većinom fokus

istraživanja stavljan na uzroke beskućništva, što je u potpunosti i opravdano. Identificiranje uzroka pomaže u boljem razumijevanju i prevenciji samog beskućništva (Družić Ljubotina, 2012.). Unatoč značaju uzroka beskućništva, ne smije se zanemariti znanstveni i praktični doprinos koji nastaje proučavanjem posljedica beskućništva. U nastavku će se prikazati nekoliko različitih istraživanja i posljedice beskućništva koje su u njima zapažene.

Mitchell i sur. (2023.) u svom sustavnom pregledu literature pretraživali su posljedice beskućništva. Analizom tog preglednog rada uočava se kako su to:

- a) narušeno tjelesno i mentalno zdravlje,
- b) povećan rizik smrtnosti,
- c) kraći životni vijek,
- d) rizik služenja zatvorske kazne,
- e) rizik kriminalne viktimizacije i
- f) manje šanse za zaposlenje.

Neke od navedenih posljedica (rizik kriminalne viktimizacije i manje šanse za zaposlenje) su još teže, odnosno rizici su veći, ako je osoba doživjela beskućništvo u djetinjstvu (Cobb-Clark i Zhu, 2017., prema Mitchell i sur., 2023.). Još neke posljedice koje ostali autori navode su:

- a) slučajne ozljede (Fazel i sur., 2014.),
- b) stigmatizacija i
- c) dehumanizacija (Reilly i sur., 2022.).

Ono što i sami autori navode kao najveći problem pri analiziranju posljedica beskućništva je nepostojanje jedne univerzalne definicije beskućništva. Također, ukazuje se na potrebu za razvijanjem „Osnovnog skupa ishoda“ (eng. *Core Outcome Set; COS*), točnije liste ishoda koje treba mjeriti i objavljivati u znanstvenim istraživanjima, kako bi se dobio jasniji uvid u posljedice beskućništva (Mitchell i sur., 2023.). Beskućništvo može utjecati na različite aspekte ljudskog života, a mnogo njegovih posljedica moguće je otkriti tek nakon provođenja istraživanja koja ispituju perspektivu samih beskućnika. Narušeno mentalno zdravlje zasigurno je jedna od posljedica beskućništva, što većina autora napominje već godinama. Patel i Kleinman

(2003), pri definiranju mentalnog zdravlja, navode kako su mentalno zdravlje i mentalne bolesti određeni različitim međusobno povezanim čimbenicima. Dokaz za to su rizici od mentalnih bolesti koji su, u siromašnim državama, ali i u državama u razvoju, povezani s indikatorima siromaštva. Iako se definicije mentalnog zdravlja razlikuju, kao i politički i kulturni kontekst, činjenica da okolnosti u kojima žive beskućnici povećavaju njihovu ranjivost na mentalne bolesti je svugdje prisutna (Patel i Kleinman, 2003.).

Bilo bi korisno spomenuti i osvrnuti se na socijalne determinante zdravlja, odnosno nemedicinske čimbenike koji utječu na zdravstveno stanje osobe. Oni mogu poboljšati ili pogoršati zdravlje. Neki od čimbenika koji utječu na pogoršanje zdravstvenog stanja su niska razina dohotka, nezaposlenost, nedostatak hrane, socijalna isključenost, neadekvatni stambeni uvjeti, nedostatna zdravstvena zaštita i dr. Što je niži socioekonomski status, to je lošije zdravlje¹⁴. Uočava se kako su ovi čimbenici vrlo slični, ako ne i isti, uvjetima u kojima se nalaze beskućnici. Poteškoće mentalnog zdravlja kao posljedicu beskućništva moguće je objasniti i kroz teoriju socijalne uzročnosti. Ona je, zapravo, suprotna teoriji socijalne selekcije, koja je objašnjena u prethodnom poglavlju.

5.1. Teorija socijalne uzročnosti

Prema ovoj teoriji, osobe nepovoljnijeg socioekonomskog statusa imaju veći rizik za razvoj poteškoća mentalnog zdravlja. Kako se teorija socijalne selekcije primjenjuje i na beskućništvo, u ovom radu će se na isti način primjenjivati i teorija socijalne uzročnosti. Ova teorija govori, prvenstveno, kako ekonomska situacija u kojoj osoba živi uzrokuje poteškoće mentalnog zdravlja (Goldstein, 1973., Murali i Oyebode, 2004., prema Turner i Lehning, 2007.). Uvjeti siromaštva uzrokuju poteškoće mentalnog zdravlja kroz različite izazove s kojima se ljudi suočavaju. To može biti kroz financijski stres, smanjen društveni kapital te izloženost životu gdje ljudske osnovne potrebe ne mogu biti redovno zadovoljene (Flisher i sur., 2007., Lund i sur., 2010a,b, Patel i Kleinman, 2003., Wickham i sur., 2017., prema Jin i sur., 2020.). Osobe koje žive u ekstremnim uvjetima siromaštva nailaze na razne opasnosti,

¹⁴ World Health Organization. Social determinants of health, preuzeto 11.06.2024. s https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

primjerice kriminal ili nepogodne ekološke uvjete, poput zagađenja, što će na kraju utjecati na njihovo tjelesno i mentalno zdravlje (Nielsen i sur., 2004.). Osobe koje žive u siromaštvu imaju smanjen pristup kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti te nedostatak sredstava za troškove iste. Osobe koje imaju dijagnosticirane bolesti koje mogu biti uzrokovane ili pogoršane prekomjernim stresom, poput bolesti srca, dijabetesa ili mentalnih bolesti, su u dodatnom riziku. Stres koji doživljavaju radi života u lošim socioekonomskim uvjetima može ubrzati razvoj bolesti (Sapolsky, 2004., prema Santiago i sur., 2011.).

Ova teorija govori i kako se pojedinac nekad može susresti s određenim preprekama u ostvarivanju svojih ciljeva. Tada će raspon između njegovih ambicija i postignuća biti prevelik, a kao odgovor na takvo stanje javit će se stres (Goldstein, 1973., prema Turner i Lehning, 2007.). Nemogućnost ostvarivanja vlastitih ciljeva je nešto s čime se osobe koje žive u beskućništvu konstantno susreću. Nakon izloženosti teškom i dugotrajnom stresu, kojeg mogu uzrokovati razni izazovi na koje osobe u beskućništvu nailaze, velike su vjerojatnosti da će razviti poteškoće mentalnog zdravlja (Turner i Lehning, 2007.). Očekivano je da će osobe koje se nađu u takvoj situaciji imati smanjene životne i socijalne vještine, što im može dodatno otežati izlazak iz beskućništva (Goldstein, 1973., prema Turner i Lehning, 2007.). U tom slučaju se krivnja nikako ne bi smjela prebacivati na pojedince, već odgovornost mora preuzeti cijelo društvo, a pogotovo stručnjaci.

Pri analizi teorije socijalne uzročnosti, kao i teorije socijalne selekcije, važno je uzeti u obzir ono na što mnogi autori upozoravaju. Nema dovoljno istraživanja koja bi točnije ispitala i utvrdila uzročno-posljedični smjer. Na beskućništvo, siromaštvo ili mentalno zdravlje može utjecati još puno različitih čimbenika. Primjerice, čimbenici u ranom djetinjstvu, poput porođajne težine i zdravstvenog stanja, mogu utjecati na djetetove obrazovne uspjehe i zdravlje u odrasloj dobi. Kasnije će ti obrazovni uspjesi utjecati na socioekonomski status osobe te njen položaj u društvu i djelovati kao zaštitni čimbenik od ulaska u beskućništvo (Warren, 2009.). Unatoč smanjenim mogućnostima da se utvrdi je li narušeno mentalno zdravlje uzrok beskućništva, važno je napomenuti ono što većina autora naglašava. Beskućništvo nastaje kao rezultat različitih isprepletenih čimbenika i životnih okolnosti. Usprkos tome što se ne može sa sigurnošću tvrditi što je prethodilo čemu, mentalno zdravlje beskućnika ne smije

biti zanemareno. U nastavku će biti prikazana različita istraživanja koja ističu važnost i utjecaj poteškoća mentalnog zdravlja na beskućnike. Mali broj njih zapravo ispituje kauzalne odnose između beskućništva i mentalnog zdravlja. Ovo bi se svakako trebalo promijeniti provođenjem više longitudinalnih istraživanja. No, ona koja postoje ukazuju na to da se beskućnici često suočavaju s teškoćama mentalnog zdravlja, što je zabrinjavajuće i u tom području je potrebno poduzeti određene mjere.

6. Pregled istraživanja

Istraživanja o beskućništvu provode se već dugo vremena, a u posljednjih se nekoliko desetljeća taj pojam počeo dovoditi u vezu s mentalnim zdravljem. Kako bi se dobilo što opsežniji uvid u odnos između beskućništva i poteškoća mentalnog zdravlja, sljedeća poglavlja prikazat će različite vrste istraživanja u nekoliko geografskih područja sa što većom raznolikosti između ispitanika. Datum objave uključenih istraživanja seže do osamdesetih godina 20. stoljeća. Iako se smatra da u tadašnjim istraživanjima postoje određeni metodološki propusti, nalazi koji su u njima pronađeni itekako su korisni (Hwang, 2008.).

6.1. Prevalencija mentalnih poremećaja među populacijom beskućnika

Bassuk i suradnici (1984) proveli su kvalitativno istraživanje na uzorku od 78 beskućnika koji su se nalazili u prenoćištu u saveznoj državi Massachusetts. Provođeni su intervjui kroz koje se saznalo da oko 30 % ispitanika boluje od shizofrenije, dok ih samo 5 % ima bipolarno afektivni poremećaj, a 3,8 % boluje od velikog depresivnog poremećaja. Ovisnost o alkoholu bila je prisutna kod 29 % ispitanika. Niti jedan mentalni poremećaj nije dijagnosticiran u 9 % ispitanika, a zanimljivo je da je tih 9 % uključivalo djecu i adolescente koji su bili u prenoćištu sa svojim roditeljima te nekoliko muškaraca koji su tek stigli u prenoćište i trebali početi raditi za nekoliko dana (Bassuk i sur., 1984.). Kovess i Lazarus proveli su 1999. godine u Parizu kvantitativno istraživanje s beskućnicima koji su koristili različite vrste prenoćišta ili usluge pučke kuhinje. Od 715 ispitanika, 34 % ih je postalo beskućnikom prije manje od godinu dana. Uočeno je da ih je 16 % imalo neki oblik shizofrenije u životu, a 5,8 % u posljednjih godinu dana. Tijekom cijelog života 33,7 % ispitanika bolovalo je od depresivnog poremećaja, a u posljednjih godinu dana taj broj je iznosio 20,2 %. U

posljednjih godinu dana 21,3 % ispitanika bolovalo je od ovisnosti, od toga je 14,9 % bilo ovisno o alkoholu, a 10,3 % o psihoaktivnim sredstvima. Tijekom cijelog života, 33,9 % bolovalo je od nekog oblika ovisnosti. Ovisnost o psihoaktivnim sredstvima većinom se javljala u kombinaciji s dijagnozom shizofrenije, dok je ovisnost o alkoholu bila karakteristična za osobe koje boluju od depresivnih poremećaja (Kovess i Lazarus, 1999.). Ulaskom u 21. stoljeće počinje se primjenjivati stroža metodologija pri provođenju istraživanja te se preispituju prethodna istraživanja u kojima se nije toliko obraćala pozornost na relevantnost i primjenjivost rezultata (Hwang, 2008.). U Münchenu se 2001. godine među 265 beskućnika muškog spola ispitivala prevalencija mentalnih poremećaja. U prethodnih mjesec dana života ispitanika, kao najčešće zabilježeni bili su poremećaji ovisnosti i anksiozni poremećaji. Uz skupinu beskućnika, istraživanje je provedeno s kontrolnom skupinom muškaraca iste dobi iz Münchena, kako bi se prevalencija mogla usporediti s općom populacijom. Ukupna prevalencija mentalnih poremećaja iznosila je 73,4 % za muškarce beskućnike, a 13,5 % za muškarce kontrolne skupine za opću populaciju (Fichter i Quadflieg, 2001.). Fazel, Geddes i Kushel proveli su 2014. godine pregledno istraživanje s ciljem dobivanja uvida u uzroke beskućništva, stanje beskućnika i njihovog mentalnog zdravlja te korištenje zdravstvenih usluga. Prikazani su rezultati prethodno provedenih istraživanja u zemljama s visokim prihodima; Sjevernoj Americi, Zapadnoj Europi, Novom Zelandu i Australiji. Zaključeno je da su najčešći mentalni poremećaji među populacijom beskućnika ovisnosti o alkoholu i psihoaktivnim sredstvima. Prevalencija psihoze jednako je visoka kao i prevalencija depresije, što inače nije slučaj s nekim drugim visoko-rizičnim populacijama, primjerice zatvorenicima, gdje je dijagnoza depresije obično češća (Fazel i sur., 2014.). U nekoliko različitih istraživanja zabilježene su dvojne dijagnoze. U Kopenhagenu je zabilježeno korištenje psihoaktivnih sredstava kod dvije trećine beskućnika s dijagnosticiranom shizofrenijom (Nordentoft i Wandall-Holm, 2003., prema Fazel i sur., 2014.). Jedno od najnovijih istraživanja provedeno je kako bi se saznalo više o prevalenciji mentalnih poremećaja kod osoba koje žive u beskućništvu. Autori su do rezultata došli koristeći sustavni pregled literature i meta-analizu. Istraživanje je, također, pokazalo da je najveća prevalencija mentalnih poremećaja kod beskućnika bila kod poremećaja ovisnosti. K tome, u populaciji beskućnika uočeno je kako muškarci imaju veću

prevalenciju mentalnih poremećaja (86 %) u odnosu na žene (69 %) (Barry i sur., 2024.). No, jedno drugo istraživanje pokazalo je da žene u beskućništvu imaju poteškoće mentalnog zdravlja u puno većoj mjeri nego muškarci (Sánchez Moreno i de la Fuente Roldán, 2021.). Različiti rezultati istraživanja mogu biti posljedica neusklađenosti definicija, različitih metodoloških pristupa ili ostalih kontekstualnih čimbenika. Sve navedeno ukazuje na potrebu za provođenjem još istraživanja na ovu tematiku.

6.2. *Odrednice narušenog mentalnog zdravlja nedijagnostičkog karaktera*

Kada je riječ o poteškoćama mentalnog zdravlja one se ne moraju uvijek manifestirati u obliku mentalnih poremećaja. Kao što je već objašnjeno u prethodnim poglavljima, osoba se može suočavati s narušenim mentalnim zdravljem, iako joj ne mora biti dijagnosticirana niti jedna mentalna bolest. Isto tako, poteškoće s kojima se netko suočava mogu biti rizik za nastanak mentalnih bolesti. Iz navedenih razloga važno je obratiti pozornost i na ostale poteškoće mentalnog zdravlja u populaciji beskućnika.

Dom je mjesto gdje se stvara i oblikuje velik dio zdravlja. Kod osoba koje žive u neadekvatnim uvjetima ustanovljeno je da stres vezan uz probleme stanovanja ima utjecaj na njihovo mentalno zdravlje (Kearns i sur., 1992.). U literaturi se koristi pojam stresa vezanog uz siromaštvo (eng. *poverty-related stress*) koji se definira kao koncept koji produžuje i pogoršava zdravstvene ishode kroz akumulaciju stresora nastalih radi života u siromaštvu (Wadsworth i Berger, 2006.). Samo neki od stresora koje beskućnici doživljavaju su krađa njihovih osobnih stvari, nemogućnost zadovoljavanja osnovnih potreba, nedosljedno provođenje pravila od strane osoblja u skloništima, dehumanizacija i ponižavanje (Murray, 1996.). Kvalitativna istraživanja daju dublji uvid u probleme s kojima se suočavaju beskućnici pa su tako u jednom navedeni još neki stresori. U jednom istraživanju iz 2007. godine, dio ispitanika naveo je strah i manjak sigurnosti zbog spavanja na otvorenom. Ističe se da osjećaju velike razine stresa kada moraju zaspati na klupi u parku. Razlog zašto često spavaju tijekom dana je taj što moraju paziti na sebe i svoje stvari kada padne mrak. Navedeno je i kako doživljavaju uznemiravanje od strane policije te se stoga osjećaju još manje zaštićeno. S druge strane, iskustva osoba koje su bile u prenoćištima za beskućnike također nisu

bila pozitivna. Neki navode kako nemaju nikakvu privatnost, pravila su previše restriktivna, a doživljavaju i viktimizaciju od strane cijelog sustava (Daiski, 2007.).

Osim stresa, za osobe koje žive u beskućništvu često je doživljavanje traumatičnih događaja (Buhrich, 2000.). Traumatična iskustva koja navode beskućnici uključuju doživljeno fizičko ili seksualno zlostavljanje, smrt djeteta, doživljen napad ili odlazak u zatvor. U istom istraživanju 90 % sudionika navodi kako im je doživljen traumatični događaj uzrokovao poteškoće mentalnog zdravlja (Irving i Harding, 2022.). Otprilike jedna trećina ljudi koji žive u beskućništvu doživjela je neki oblik seksualnog zlostavljanja (O'Donohue i Schewe, 2019.). Žene su posebno izložene riziku od seksualnog zlostavljanja. Sama činjenica života u beskućništvu ženama povećava vjerojatnost da će doživjeti neki oblik seksualnog uznemiravanja ili zlostavljanja te su puno manje zaštićene od žena koje ne žive u beskućništvu (Goodman i sur., 2006).

Istraživanja su, također, pokazala da je beskućništvo povezano s povišenim rizikom za počinjenje samoubojstva (Yohannes i sur., 2023.). Oko 61 % beskućničke populacije imalo je suicidalne misli, a 34 % ih je pokušalo počiniti samoubojstvo. U istoj studiji, 44 % ispitanika živjelo je u beskućništvu tjedan dana ili duže prije navršenih 18 godina. Pronađena je značajna povezanost između dječjeg beskućništva i suicidalnih misli. Najviša prevalencija suicidalnih misli uočena je kod osoba koje u beskućništvu žive duže od šest mjeseci. Najniža razina suicidalnih misli tijekom cijelog života, odnosno prije i za vrijeme života u beskućništvu, zabilježena je kod osoba koje nemaju dijagnosticiran niti jedan mentalni poremećaj (Eynan i sur., 2011.). Istraživanje s mladim beskućnicima zabilježilo je da se njih 33 % samoozljeđivalo kako bi se lakše nosili sa stresnim situacijama. Kod njihovih vršnjaka koji nisu živjeli u beskućništvu prevalencija samoozljeđivanja iznosila je 14 % (Votta i Farrell, 2009.).

Još jedna odrednica mentalnog zdravlja je i vlastita dobrobit. Subjektivna procjena vlastite dobrobiti ovisit će o brojnim čimbenicima, stoga je moguće da će neki ljudi koji žive u beskućništvu svoju dobrobit procijeniti kao vrlo visoku. Ovo se potvrdilo u jednom istraživanju s beskućnicima, gdje su dva ispitanika navela kako bi ocijenili svoju dobrobit visokom i vrlo visokom. Za njih blagostanje predstavlja stanje uma koje zahtijeva usvajanje pozitivnih stavova o životu na ulici (Thomas i sur., 2012.). Unatoč pozitivnom pogledu na život pojedinaca koji žive u beskućništvu, za većinu njih je

takav način života izuzetno stresan te nisu u mogućnosti zadržati pozitivne misli. U već spomenutom istraživanju, koje je bilo kvalitativnog tipa, ispitanici navode poteškoće koje mogu utjecati na njihovu procjenu dobrobiti. To su nedostatak osjećaja sigurnosti, manjak povjerenja u druge ljude i osjećaj srama (Thomas i sur., 2012.). Drugo istraživanje pokazalo je da prepoznavanje vlastitih snaga i kapaciteta ovisi o dužini trajanja života u beskućništvu. Osobe koje duže žive u beskućništvu percipiraju da imaju manji broj osobnih snaga (Tweed i sur., 2012.).

S obzirom na navedene nalaze istraživanja, zaključuje se da se ne smiju zanemariti odrednice narušenog mentalnog zdravlja koje ne uključuju nužno dijagnozu mentalnih bolesti. Također, ukazuje se na važnost prevencije razvoja mentalnih bolesti u populaciji beskućnika uz liječenje onih već postojećih.

6.3. Narušeno mentalno zdravlje kao uzrok beskućništva

U svojem istraživanju, Galić i Pavlina (2012.) navode kako je 54 % beskućnika imalo poteškoće mentalnog zdravlja. Ta dva pojma su u vrlo uskoj vezi, a teško je utvrditi što je zapravo uzrok, a što posljedica (Galić i Pavlina, 2012.). Kako bi se utvrdilo postojanje kauzalne veze, potrebna su longitudinalna istraživanja, a njih je malo. U nastavku će biti prikazana različita istraživanja gdje se pokušalo utvrditi uzrokuju li poteškoće mentalnog zdravlja beskućništvo te na koji način.

Kako objašnjavaju i same teorije, poteškoće mentalnog zdravlja moguće su uzrok beskućništva, no u većini slučajeva one nisu jedini čimbenik koji vodi pojedinca u beskućništvo (Sullivan i sur., 2000.). Isprepletenost različitih puteva do beskućništva uočava se na primjeru jednog sudionika u kvalitativnom istraživanju s beskućnicima u Republici Hrvatskoj. Iz njegovog iskustva vidljivo je kako je nekoliko čimbenika igralo ulogu pri ulasku u beskućništvo, a to su bili neriješeno stambeno pitanje, poteškoće mentalnog zdravlja te narušeni obiteljski odnosi (Šikić-Mićanović, 2023.). Još jedno istraživanje pokazalo je kako je podrška obitelji vrlo važna kod osoba koje imaju poteškoće mentalnog zdravlja. Narušeno mentalno zdravlje u kombinaciji s nedostatkom obiteljske podrške dovodilo je ispitanike do života u beskućništvu. U istom istraživanju, sveukupno 15 % ispitanika navelo je da su imali poteškoće mentalnog zdravlja prije ulaska u beskućništvo (Chamberlain i Johnson, 2011.).

U jednom longitudinalnom istraživanju ispitivali su se rizični čimbenici za život u kroničnom beskućništvu kod osoba koje su tek postale beskućnici. Rezultati su pokazali da veći utjecaj na trajanje beskućništva ima psihosocijalno stanje nego sama dijagnoza mentalnih poremećaja. Osobe koje uspješno funkcioniraju i imaju bolje vještine suočavanja, kraće će se zadržati u beskućništvu (Caton i sur., 2005.).

U Sjedinjenim Američkim Državama provodile su se longitudinalne ankete pod nazivom „Nacionalno epidemiološko istraživanje o alkoholu i srodnim stanjima“ (NESARC). Navedeno istraživanje provodilo se u dva vala; prvi put u razdoblju od 2001. do 2002. godine, a drugi put u razdoblju od 2004. do 2005. godine. Korištenjem podataka dobivenih u ovom longitudinalnom istraživanju, autori (Elbogen i sur., 2021) su došli do važnog zaključka. Teži oblici mentalnih poremećaja mogu biti prediktor ulaska u beskućništvo. Također, mentalni poremećaji mogu uzrokovati beskućništvo uz posredovanje varijable doživljenih financijskih teškoća (Elbogen i sur., 2021.). Još jedno takvo istraživanje pokazalo je da ovisnost o alkoholu i ovisnost o psihoaktivnim sredstvima povećavaju šanse za ulazak u beskućništvo, kod osoba koje prije toga nikad nisu bile beskućnici (Thompson i sur., 2013.). Istraživanjem koje se provodilo kroz 18 mjeseci ustanovljeno je da ovisnost o različitim supstancama može biti uzrok beskućništva, ali samo kada se povezuje s drugim rizičnim čimbenicima, posebice antisocijalnim i ilegalnim ponašanjem (McQuiston i sur., 2014.). Jedan od važnih autora teorije socijalne selekcije, u svom radu iznosi kako je ta teorija više važna za dijagnozu shizofrenije, odnosno da su velike vjerojatnosti da će shizofrenija biti mentalna bolest koja uzrokuje ulazak u beskućništvo (Dohrenwend i sur., 1992.).

U svojem retrospektivnom istraživanju, Iwundu i suradnici (2020.) ispitivali su postoje li razlike u beskućništvu koje je nastupilo u odrasloj dobi i onom koje je nastupilo u mladosti. Došli su do rezultata koji pokazuju da su teži oblici mentalnih bolesti, poput shizofrenije i bipolarno afektivnog poremećaja povezani s ulaskom u beskućništvo u mladoj dobi. Ovi oblici mentalnih bolesti obično se javljaju u dobi od 22 do 24 godine (Kessler i sur., 2007., prema Iwundu i sur., 2020.). Stoga, rezultate koji povezuju postojanje navedenih bolesti u prošlosti s beskućništvom, kod mladih i kod odraslih, autori objašnjavaju na sljedeći način. Mladi s dijagnozom mentalne bolesti suočavaju se s više stresora te većim preprekama u ostvarivanju zdravstvene zaštite što može rezultirati ulaskom u beskućništvo za vrijeme mladosti, koje će povećati vjerojatnost

za beskućništvo u odrasloj dobi (Dworsky i sur., 2013., Henry i sur., 2019., prema Iwundu i sur., 2020.).

Ono što je, također, važno spomenuti u ovom dijelu su nepovoljna iskustva u djetinjstvu (eng. *adverse childhood experiences-ACE*). Nepovoljna iskustva u djetinjstvu uključuju razne stresore i traume koje je dijete doživjelo prije nego je navršilo 18 godina. Doživljene traume i stresori mogu utjecati na razvoj mentalnih bolesti kasnije u životu (Anda i sur., 2004.). U kvantitativnom istraživanju provedenom u Sjedinjenim Američkim Državama na uzorku od 92 ispitanika, pokazalo se kako su nepovoljna iskustva u djetinjstvu vrlo snažan rizični čimbenik za ulazak u beskućništvo (Herman i sur., 1997.). Jedno novije istraživanje u Walesu potvrdilo je navedenu tezu. Također, u njemu se ističe da su otpornost i mreža socijalne podrške čimbenici koji mogu utjecati na odnos između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i beskućništva, odnosno djelovati kao zaštitni čimbenici (Grey i Woodfine, 2019.).

Ono što je slično u skoro svim prikazanim istraživanjima je to da same poteškoće mentalnog zdravlja uglavnom nisu i ne mogu biti uzrok beskućništva. Ovaj zaključak u skladu je s tvrdnjama autora koji ističu kako do ulaska u beskućništvo dolazi radi ispreplitanja različitih životnih okolnosti. Vrlo je važno razumjeti koji čimbenici utječu na ulazak u beskućništvo jer će se jedino tako moći pružiti i sveobuhvatne mjere podrške ili prevencije.

6.4. *Narušeno mentalno zdravlje kao posljedica beskućništva*

Kada se istražuje problem beskućništva, fokus je češće na njegovim uzrocima nego na posljedicama (Pinillo, 2021.). Usprkos manjem broju istraživanja, neki autori ističu kako su ona uvijek pokazivala slične rezultate o posljedicama beskućništva za mentalno zdravlje, što se ne može reći i za rezultate istraživanja o uzrocima (Padgett, 2020.). U nastavku će biti prikazana različita istraživanja koja govore o tome kako život u beskućništvu može utjecati na mentalno zdravlje.

Sustavnim pregledom literature ustanovljeno je da su učinci beskućništva po zdravlje ozbiljni i dugotrajni te da podrazumijevaju sve dijelove zdravstvenog sustava (Fornaro i sur., 2022.). Chamberlain i Johnson proveli su istraživanje na uzorku od 3941

ispitanika u Melbourneu. U istraživanju se kombinirala metoda studije slučaja i provođenja intervjua, a rezultati su pokazali kako 16 % ispitanika navodi da su razvili poteškoće mentalnog zdravlja nakon što su postali beskućnici (Chamberlain i Johnson, 2011.). Neki autori zagovaraju ideju koja govori da se utjecaj beskućništva na zdravlje može najbolje razumjeti ako se uspoređi populacija beskućnika s kontrolnom skupinom istog socioekonomskog statusa, koja je po većini karakteristika slična beskućnicima. U sljedećem istraživanju to su bile osobe koje imaju smještaj, ali koriste sve usluge namijenjene beskućnicima, poput pučkih kuhinja ili javnih kupališta. Za potrebe ovog istraživanja koristila se vrlo uska definicija beskućništva, koja ga objašnjava samo kao život bez „krova nad glavom“. Rezultati su pokazali da, unatoč sličnim životnim okolnostima, osobe koje žive u beskućništvu iskazuju više poteškoća mentalnog zdravlja (Muñoz i sur., 2005.). Također, osobe koje duži vremenski period provedu u beskućništvu, imaju veće izgleda da će oboljeti od nekih mentalnih bolesti, nego one koje se u beskućništvu zadržavaju kraće (Richards i sur., 2023.). Niža prevalencija poteškoća mentalnog zdravlja, kod osoba koje su tek ušle u beskućništvo, povezana je s manje suočavanja sa stresnim životnim situacijama. Stresori doživljeni u djetinjstvu i za vrijeme života u beskućništvu u odrasloj dobi, povećavaju vjerojatnost narušenog mentalnog zdravlja (Lippert i Lee, 2015.).

Longitudinalna studija u Australiji pokazala je da se osobama koje su prethodno bili beskućnici, a u međuvremenu im je osiguran smještaj, mentalna dobrobit povećala (Johnstone i sur., 2015.). Čak je uočeno i pozitivno mentalno zdravlje i poboljšanje u funkcioniranju kod beskućnika koji percipiraju smještaj u kojem se nalaze kvalitetnim (Aubry i sur., 2016.). U uzorku od 1940 ispitanika, 43 % beskućnika imalo je probleme sa zlouporabom alkohola i psihoaktivnih sredstava. Od tih 43 %, dvije trećine ispitanika razvilo je navedene probleme nakon što su postali beskućnici. Korištenje psihoaktivnih sredstava pomaže ljudima kada se nađu u stresnim situacijama, kao što je beskućništvo, da se adaptiraju na nove životne okolnosti ili izbjegnu suočavanje s realnošću. U većini slučajeva, to će rezultirati razvijanjem ovisnosti ili nekog drugog mentalnog poremećaja (Johnson i Chamberlain, 2008.).

Kako je shizofrenija karakteristična za potencijalno uzrokovanje beskućništva, isto tako se testiranjem teorije socijalne uzročnosti došlo do zaključka da se depresija i poremećaji ovisnosti češće javljaju kao posljedica beskućništva (Dohrenwend i sur.,

1992.). U usporedbi s cijelom populacijom, smrt samoubojstvom češća je u populaciji osoba koje žive u beskućništvu (Henkind i sur., 2023.). Život u beskućništvu neće samo pridonijeti razvoju mentalnih poremećaja, već će i otežati oporavak od istih. Beskućništvo se može protumačiti kao nepovoljno ili čak traumatično životno iskustvo koje povećava ranjivost ljudi što stvara dodatne izazove, naročito osobama s poteškoćama mentalnog zdravlja. Stope oporavka niže su kod osoba koje su duži vremenski period živjele u beskućništvu (Castellow i sur., 2015.).

Kroz istraživanja se uglavnom proteže ista teza koja govori o tome da su posljedice beskućništva nepovoljne za mentalno zdravlje. Ograničenje ovih istraživanja je što ne koristi svako istu definiciju beskućništva. Unatoč tome, njihovi rezultati ostaju poprilično slični. Ti rezultati potrebni su kako bi se bolje razumjela dinamika između beskućništva i poteškoća mentalnog zdravlja. Kada povezanost ta dva pojma postane jasnija, jasnije će biti i formiranje javnih politika, mjera prevencije i podrške. U sljedećem poglavlju, poseban će se osvrt dati upravo na te aktivnosti.

7. Pružanje podrške beskućnicima

Opća deklaracija o ljudskim pravima iz 1948. godine u članku 25. navodi da *svatko ima pravo na životni standard koji odgovara zdravlju i dobrobiti njega samoga i njegove obitelji, uključujući prehranu, odjeću, stanovanje, liječničku njegu i potrebne socijalne usluge, kao i pravo na sigurnost u slučaju nezaposlenosti, bolesti, nesposobnosti, udovištva, starosti ili nekog drugog nedostatka sredstava za život u uvjetima koji su izvan njegove kontrole* (Opća deklaracija o ljudskim pravima, 1948.). Usprkos prepoznatom naporu da se zaštite prava svakog čovjeka, ne može se reći kako osobe koje žive u beskućništvu uživaju ovakav životni standard. Kako bi se implementirale što kvalitetnije politike vezane uz beskućništvo, potrebno je prikupljati relevantne informacije, pratiti rezultate istraživanja i educirati se o novim pojavama koje se vežu uz konstrukte beskućništva i mentalnog zdravlja. Djelovati se može na mnogo razina, intervencijama usmjerenim na poteškoće mentalnog zdravlja, na beskućništvo ili kombinaciju oba problema.

7.1. Prevencija beskućništva

Eurofound provodi istraživanje pod nazivom *Living, working and COVID-19* da bi prikazali utjecaj pandemije na živote ljudi. U 2022. godini u Europskoj Uniji 3 % populacije smatralo je da je „vrlo vjerojatno“ da će morati napustiti smještaj u kojem se nalaze tijekom sljedeća tri mjeseca jer ga više neće moći plaćati. Za još 3 % populacije to je „poprilično vjerojatno“ (Eurofound, 2023.). S obzirom na to da ovaj problem još uvijek nije suzbijen u većini država, rezultati ukazuju na potrebu za njegovim rješavanjem.

Optimalno rješenje za suzbijanje beskućništva bila bi prevencija. Prevencija beskućništva definira se kao skup politika i intervencija koje smanjuju vjerojatnost da će osoba doživjeti beskućništvo. Također, podrazumijeva se i osiguravanje resursa te podrške za osobe koje već žive u beskućništvu, kako bi im se pružio stalan smještaj, ostvarila društvena integracija i smanjio rizik od povratka u beskućništvo (Smith, 2022.). Ovakav pristup prepoznaje i Europska Unija koja razvija konceptualni okvir beskućništva. Prema njemu, beskućništvo se promatra kao dinamičan proces s naizmjeničnim ulascima i izlascima. Cilj je identificirati čimbenike koji bi mogli dovesti do beskućništva, a na temelju toga provoditi preventivne mjere. U slučaju da osoba ipak uđe u beskućništvo, nastoji se što više smanjiti trajanje života u beskućništvu te pružiti siguran smještaj i potrebna podrška (Europski Parlament, 2023.).

Housing first model pokazao se najboljim rješenjem za suzbijanje beskućništva. Model je osmišljen kako bi se beskućnicima pružila dugoročna podrška. Ne zahtijeva od njih da dokažu da su spremni za samostalan život, što je čest slučaj u ostalim oblicima intervencija. Sve što je potrebno jest spremnost na održavanje ugovora o najmu. Nakon što se riješi pitanje smještaja, ostale nepovoljne okolnosti, poput poteškoća mentalnog zdravlja, mogu se početi rješavati (Jones i sur., 2021.). Maslowljeva hijerarhija potreba primjenjiva je kod ovog modela, gdje je očito kako će ljudi moći zadovoljiti ostale potrebe tek nakon što ostvare one osnovne. *Housing first* model nije koristan isključivo za beskućnike. On pomaže u rasterećenju sustava i isplativ je za cijelo društvo (Zadelj Kovač i sur., 2023.).

Finska je jedna od država koja uspješno primjenjuje *Housing first* model već dugi niz godina te jedina u Europskoj Uniji koja je uspjela drastično smanjiti broj beskućnika

(Henley, 2019.). Finska u svojim izvješćima navodi da se, iako je osiguravanje smještaja ključno, zahtijeva promjena na razini cijelog društva. Potrebna je promjena u kulturi i razmišljanju, načinu rada, režimu financiranja, pristupu stambenim pitanjima (Jones i sur., 2021., Demos Helsinki, 2021., Kaakinen, 2023., prema Europskom Parlamentu, 2023.). Po uzoru na trendove kretanja stope beskućništva u Finskoj, Pula je prvi grad u Hrvatskoj u kojem je pokrenut *Housing first* projekt. Osnivanjem nevladine organizacije „*What about me*“ te odobrenjem nadležnih struktura, 2023. godine započela je implementacije prvog *Housing first* modela u državi¹⁵. Ono što je najvažnije kako bi se implementirale kvalitetne politike je razumijevanje dinamike beskućništva te djelovanje u skladu s tim informacijama (Europski Parlament, 2023.).

7.2. Pružanje psihološke podrške

Za početak, kada je riječ o poteškoćama mentalnog zdravlja, čini se da bi bilo idealno kada bi se one što prije prepoznale i tretirale. Rano otkrivanje neophodan je dio sustava zdravstvene zaštite te se smatra kako je bolje uočiti i liječiti poteškoće mentalnog zdravlja ranije, nego kada se one već razviju¹⁶. No, kada su u pitanju osobe koje žive u beskućništvu, nije toliko izgledno da će one same potražiti pomoć koja se veže uz poteškoće mentalnog zdravlja. Štoviše, pomoć će potražiti tek kada im ona bude prijeko potrebna i neophodna (Rae i Rees, 2015.). S obzirom na uvjete u kojima se nalaze, beskućnicima nisu zadovoljene osnovne ljudske potrebe te se iz tog razloga ne mogu fokusirati na one ostale, poput zdravstvenog stanja (Franco i sur., 2021.). Adaptacija Maslowljeve hijerarhije potreba za populaciju beskućnika prikazuje da prvoj razini potreba pripadaju hrana, zaklon, odjeća i financijska sredstva, a sljedeće su tek zdravstvene i socijalne usluge (Fleury i sur., 2021.).

S druge strane, beskućnici često navode negativna iskustva sa zdravstvenim sustavom. Istraživanja su pokazala da imaju kompleksnije zdravstvene potrebe od ostatka

¹⁵ Housing First Europe Hub. WHAT ABOUT ME? – The first Housing First pilot project in Croatia, preuzeto 20.7.2024. s <https://housingfirsteurope.eu/blog/what-about-me-the-first-housing-first-pilot-project-in-croatia/>

¹⁶ Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Rano prepoznavanje i rana intervencija kod problema mentalnog zdravlja u zajednici - Smjernice za rano prepoznavanje u Hrvatskoj, preuzeto 10.7.2024. s <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/04/Osiguravanje-optimalne-zdravstvene-skrbi-za-osobe-s-poremecajima-mentalnog-zdravlja-CRO-MHD.pdf>

populacije, što im predstavlja još jednu barijeru u ostvarivanju prava na kvalitetnu zdravstvenu skrb (Fountain i sur., 2003., O'Carroll i O'Reilly, 2008., prema McNeill i sur., 2022.). U kvalitativnom istraživanju kojeg su proveli Mc Conalogue i suradnici 2021. godine u Gloucestershireu, beskućnici su naveli da im je pružanje psihološke pomoći bilo uskraćeno ako su konzumirali droge ili alkohol, što znači da nisu imali pristup zdravstvenoj zaštiti u slučajevima kada im je možda bila najpotrebnija. Nakon što se beskućnicima pruži medicinska pomoć, daljnje zadržavanje u bolnici nije potrebno i jedina opcija je da se „vrate“ životu na ulici. To dovodi do začaranog kruga, opetovanih posjeta hitnoj službi i trošenja novčanih resursa zdravstvenog sustava (Sleet i Francescutti, 2021.).

Beskućnici pripadaju višestruko ranjivoj skupini koja treba biti prepoznata u planiranju psihosocijalnih intervencija. K tome, podrazumijeva se uloga ostalih struktura koje sudjeluju u kreiranju javnih politika kako bi se beskućnicima omogućilo pravo na dostojanstven život te ih se uključilo u društvo (Božičević i sur., 2012.). U literaturi se u posljednje vrijeme sve češće spominje pojam inkluzivnog zdravlja (eng. *inclusion health*). Inkluzivno zdravlje fokusira se na isključene društvene skupine koje se suočavaju s preprekama u ostvarivanju prava iz zdravstvenog sustava te čija prava je potrebno zagovarati radi njihove nezastupljenosti u političkim mjerama i intervencijama (Martyn i sur., 2023.). Nakon suradnje s nekoliko različitih službi i organizacija te sa samim ugroženim skupinama, Nacionalna zdravstvena služba u Engleskoj razvila je kvalitetan plan promoviranja inkluzivnog zdravlja. Prema njima inkluzivno zdravlje počiva na sljedećim načelima:

1. obvezivanje na poduzimanje aktivnosti za promoviranje inkluzivnog zdravlja,
2. shvaćanje osobina i potreba ljudi koji pripadaju ugroženim skupinama,
3. razvijanje radne snage,
4. pružanje dostupnih i integriranih usluga i
5. predstavljanje ostvarenog napretka i poboljšanja¹⁷.

Ključni ciljevi inkluzivnog zdravlja su istaknuti posljedice ekstremnih nejednakosti, potrebu za preventivnim i ranim intervencijama te potrebu za poboljšanim pristupom

¹⁷ NHS England. A national framework for NHS – action on inclusion health, preuzeto 12.7.2024. s <https://www.england.nhs.uk/long-read/a-national-framework-for-nhs-action-on-inclusion-health/>

osnovnim uslugama za one pogođene socijalnom isključenošću. Ovakav pristup liječenja pokazao se uspješnijim od zasebnih intervencija (Luchenski i sur., 2018.). Kako bi se proširilo korištenje ovog modela, potrebno je implementiranje ideja inkluzivnog zdravlja u socijalnu politiku te evaluacija rezultata.

8. Uloga socijalnog radnika

Socijalni radnici mogu pomagati beskućnicima na brojne načine. Danas se mentalnom zdravlju pristupa putem multidisciplinarnog pristupa, u kojem je i socijalni rad pronašao svoju ulogu. Multidisciplinarni pristup inače je osmišljen za poteškoće mentalnog zdravlja, a ovdje će se konkretno primijeniti na beskućnike s poteškoćama mentalnog zdravlja. Naime, prema njemu socijalni radnici sudjeluju u:

1. promociji mentalnog zdravlja,
2. prevenciji mentalnih poremećaja,
3. potpori rehabilitaciji, oporavku i socijalnom uključivanju osoba s poteškoćama mentalnog zdravlja i
4. promicanju ljudskih prava, uklanjanju diskriminacije i stigmatizacije osoba s poteškoćama mentalnog zdravlja (Kletečki Radović, 2021.).

Različite struke naporno rade na isticanju važnosti mentalnog zdravlja. No, uvijek će postojati dio ljudi koji ignoriraju mentalno zdravlje kao važnu komponentu ukupnog zdravlja. Moguće je da će to biti zbog neznanja ili predrasuda. Socijalni radnici dužni su educirati javnost o važnosti mentalnog zdravlja i brige o njemu. S obzirom na specifičnost populacije beskućnika, do njih bi se moglo doći kroz udruge koje s njima surađuju, prihvatilišta ili prenočišta te kontaktiranjem djelatnika Hrvatskog zavoda za socijalni rad. Održavanje edukacije na mjestima koja beskućnici inače ne posjećuju ne bi imalo smisla. Stoga bi najbolje rješenje bilo održati edukacije u prihvatilištima. Ovo ne osigurava odaziv beskućnika pa uvijek ostaje mogućnost individualnog pristupa. Socijalni radnici koji svakodnevno rade s beskućnicima, mogu ih poticati na očuvanje mentalnog zdravlja.

Prevenција mentalnih poremećaja odvijala bi se na sličan način. Moguće je održati radionice u prihvatilištima ili udrugama koje rade s beskućnicima. Pomoglo bi predstavljanje osoba koje su nekada živjele u beskućništvu, a k tome imale poteškoće

mentalnog zdravlja. Od njih bi ostali mogli čuti korisne savjete te bi se osjećali kao da ih netko razumije. Pri tome, važno je da socijalni radnik uvijek održava suradnički odnos sa svim korisnicima, poštuje njihovo samoodređenje i ne postavlja se kao nadređeni. Jasno je kako socijalni radnici imaju znanje potrebno za educiranje i podizanje svijesti, ali beskućnici su oni s iskustvenim znanjem. Oni će najbolje znati kako se osjećaju, kroz što prolaze i što im je potrebno. U slučaju da netko odbija potražiti pomoć, dužnost je socijalnog radnika da ga informira o mogućim posljedicama, a nakon toga poštuje njegovu odluku, čak i ako ju smatra neispravnom.

Socijalni radnici sudjeluju u rehabilitaciji i oporavku, što bi u ovom kontekstu vjerojatno označavalo prestanak beskućništva, a ne samo liječenje od mentalne bolesti. Nakon što bi se osobi osigurao smještaj te pružila potrebna psihološka pomoć, socijalni bi radnik preuzeo nastavak cijelog procesa. Beskućnike s problemima mentalnog zdravlja, kao višestruko ranjivu skupinu, bit će još teže uključiti u društvo. Njima je potrebno kontinuirano praćenje i podrška, gdje će ih se učiti o nekim životnim vještinama. Osvrtom na konceptualni model povezanosti siromaštva i individualnih, obiteljskih i strukturalnih obilježja (Crane i Heaton, 2008), uočava se kako su nedostatne vještine suočavanja čimbenik koji može dovesti do siromaštva. Nakon što je osoba već izašla iz beskućništva, to je nešto što nikako ne bi bilo poželjno. Prema Zakonu o socijalnoj skrbi, socijalni radnici pružaju uslugu socijalnog mentorstva i usmjeravaju se na jačanje osobnih snaga i sposobnosti za uspješnije rješavanje nepovoljnih životnih prilika te bolju integraciju u zajednicu u kojoj osoba živi (Zakon o socijalnoj skrbi, NN 71/2023., čl.85, st.1). Kroz ovu uslugu socijalni radnici mogu omogućiti osobama koje su bile beskućnici i imaju poteškoće mentalnog zdravlja da postanu ravnopravni članovi društva, pronađu i zadrže posao te općenito uspješno funkcioniraju na svakodnevnoj razini.

Ipak, sve navedeno predstavlja velike izazove za nekoga tko je doživio tako stresna iskustva i još uvijek je ranjiv. Upravo iz tog razloga, socijalni radnici zaduženi su za zagovaranje prava beskućnika. Zagovaranje prava može se provoditi za sve osobe koje žive ili su živjele u beskućništvu, neovisno o tome imaju li ili nemaju poteškoće mentalnog zdravlja. Iako je važno da socijalni radnici rade na osnaživanju tih osoba, objektivno stanje je takvo da se oni ne mogu sami boriti za svoja prava. Kao osobe koje već doživljavaju diskriminaciju, socijalnu isključenost i narušeno im je

dostojanstvo, male su vjerojatnosti da će im prioritet biti borba za vlastita prava. Socijalni radnici dužni su u društvu zastupati beskućnike, ukazivati na uzroke beskućništva kako bi se uklonilo mišljenje uvriježeno u društvu koje potiče narativ da su beskućnici lijeni i sami krivi za situaciju u kojoj se nalaze. Potrebno je ukazati na to što sve pripada pojmu beskućništva, odnosno da postoje osobe koje žive u apsolutnom i relativnom beskućništvu. Društvo nije dovoljno informirano o tome tko se sve smatra beskućnikom i u kakvim sve uvjetima oni mogu živjeti. Važno je zagovarati i ostala prava, poput uključenosti na tržište rada s poslovima primjerenim njihovom mentalnom stanju ili prava iz zdravstvenog sustava, pri čijem ostvarivanju brojni beskućnici nailaze na prepreke. Socijalni radnici, uz poštivanje Etičkog kodeksa socijalnog rada, jedni su od glavnih sudionika u pomaganju osobama koje žive u beskućništvu s poteškoćama mentalnog zdravlja.

9. Zaključak

Beskućništvo i poteškoće mentalnog zdravlja rastući su problemi u svijetu. Većina država poduzima određene napore, no oni i dalje nisu na zadovoljavajućoj razini. Oba pojma mogu se definirati na različite načine, ali optimalne definicije su poprilično široke te obuhvaćaju više različitih aspekata, što pomaže u razumijevanju populacije beskućništva i pojma mentalnog zdravlja. Činjenica da osobe žive u beskućništvu, a k tome se suočavaju s različitim problemima mentalnog zdravlja, čini ih višestruko ranjivima. Beskućništvo se smatra ekstremnim oblikom siromaštva, što je koristilo za primjenu teorijskih koncepata na temu ovog rada.

Dvije teorije i konceptualni model korišteni su kako bi se bolje razumio odnos između beskućništva i mentalnog zdravlja. Teorija socijalne uzročnosti i teorija socijalne selekcije objašnjavaju kako socioekonomski status može dovesti do poteškoća mentalnog zdravlja, odnosno kako poteškoće mentalnog zdravlja mogu uzrokovati pad socioekonomskog statusa. Konceptualni model povezanosti siromaštva i individualnih, obiteljskih i strukturalnih obilježja govori o tome kako je siromaštvo pod utjecajem različitih čimbenika te kako i samo na njih utječe. Spomenuti teorijski koncepti primijenili su se na konstrukt beskućništva i njegov odnos s poteškoćama mentalnog zdravlja. Kada je riječ o narušenom mentalnom zdravlju kao uzroku beskućništva, često se radi o više isprepletenih čimbenika koji se s njim javljaju u

kombinaciji i dovode osobu na marginu društva. Pri shvaćanju mentalnog zdravlja kao uzroka beskućništva, važno je da ta činjenica ne dovede do okrivljavanja žrtve. S obzirom na stigmatizaciju koju doživljavaju osobe s teškoćama mentalnog zdravlja koje ne žive u beskućništvu, moguće je da bi isto, ako ne i više, doživjele i osobe koje u beskućništvu žive. Rezultati reprezentativnog istraživanja o stavovima prema beskućnicima u Hrvatskoj potvrdili su ovu tvrdnju i pokazali da ljudi većinom krive beskućnike za situaciju u kojoj su se našli, primjerice radi njihovog narušenog zdravlja. Narušeno mentalno zdravlje kao posljedica beskućništva nešto je što se čini vrlo očitim i bez provođenja bilo kakvog istraživanja.

Život u beskućništvu izrazito je stresno i traumatično iskustvo te će se rijetko koja osoba s time moći nositi bez posljedica po svoje tjelesno i mentalno zdravlje. U korist ovim tvrdnjama idu i provedena istraživanja, koja su ih potvrdila. Prevalencija mentalnih bolesti i ostalih poteškoća mentalnog zdravlja zaista je veća kod osoba koje žive u beskućništvu, nego kod ostatka populacije. Osobe koje imaju poteškoće mentalnog zdravlja identificirane su kao skupina s većim rizikom od beskućništva. Također, više poteškoća mentalnog zdravlja utvrđeno je kod osoba koje žive u kroničnom beskućništvu, nego kod onih koje su tek nedavno postale beskućnici. Nedostatak istraživanja veže se uz postojanje oskudnog broja longitudinalnih istraživanja, koja bi bolje objasnila uzročno-posljedičnu vezu između beskućništva i poteškoća mentalnog zdravlja.

Pri provođenju različitih mjera pomoći i podrške beskućnicima važno je razumjeti dinamiku beskućništva. Kada su stručnjaci dobro upoznati s pojmom beskućništva, kako do njega dolazi, kakvi se trendovi unutar njega odvijaju, lakše će raditi na njegovoj prevenciji. Za donositelje politika, ključno je prepoznavanje rizičnih skupina kod kojih je potrebno spriječiti ulazak u beskućništvo. U slučaju da prevencija ne uspije, koriste se druge mjere pomoći osobama koje su se našle u beskućništvu. Najučinkovitijim pokazao se *Housing first* model koji ne dozvoljava beskućnicima da se zadržavaju u beskućništvu, već funkcioniра na principu brzog smještavanja beskućnika u siguran i stalan dom. Ovaj model potvrđeno smanjuje beskućništvo te bi vlade različitih država trebale težiti njegovom provođenju.

Razvoj poteškoća mentalnog zdravlja, kao čestu pojavu kod populacije beskućnika, potrebno je prevenirati putem rane intervencije. No, kao što je slučaj s beskućništvom, isto se odnosi i na probleme mentalnog zdravlja, koji često neće moći biti prepoznati na vrijeme. U slučaju da ju uopće odluče potražiti, beskućnici često nailaze na poteškoće pri ostvarivanju zdravstvene zaštite. Koncept inkluzivnog zdravlja promovira zagovaranje prava iz zdravstvenog sustava za osobe koje su isključene iz društva. On objedinjuje nekoliko različitih intervencija, što rezultira pozitivnim ishodima za beskućnike s različitim zdravstvenim tegobama.

Socijalni radnici jedni su od stručnjaka koji najviše dolaze u doticaj s beskućnicima i upravo je iz tog razloga njihova uloga ključna. Oni su dužni promicati mentalno zdravlje, raditi na prevenciji mentalnih poremećaja, sudjelovati u rehabilitaciji beskućnika te zagovarati njihova prava u javnosti. U radu s beskućnicima potrebno je da im socijalni radnici daju korisne savjete i informacije, pokažu empatiju i potiču ih na samostalno ostvarivanje ciljeva. Socijalni radnici trebaju imati dobre pregovaračke i komunikacijske vještine kako bi mogli dati svoj glas za one koje ostatak društva ne vidi i ne čuje.

10. Literatura

1. American Psychiatric Association (2022). *What is Mental Illness?* Posjećeno 2.7.2024. na mrežnoj stranici American Psychiatric Association: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>
2. American Psychiatric Association (2022). *What is Mental Illness?* Posjećeno 2.7.2024. na mrežnoj stranici American Psychiatric Association: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>
3. American Psychological Association (bez god.) *Socioeconomic status*. Posjećeno 12.06.2024. na mrežnoj stranici American Psychological Association: <https://www.apa.org/topics/socioeconomic-status>
4. Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
5. Anda, R. F., Fleisher, V. I., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Whitfield, C. L., Dube, S. R., & Williamson, D. F. (2004). Childhood Abuse, Household Dysfunction, and Indicators of Impaired Adult Worker Performance. *The Permanente journal*, 8(1), 30–38.
6. Aubry, T., Duhoux, A., Klodawsky, F., Ecker, J., & Hay, E. (2016). A Longitudinal Study of Predictors of Housing Stability, Housing Quality, and Mental Health Functioning Among Single Homeless Individuals Staying in Emergency Shelters. *American journal of community psychology*, 58(1-2), 123–135.
7. Baptista, I., & Marlier, E. (2019), *Fighting homelessness and housing exclusion in Europe: A study of national policies*, European Social Policy Network (ESPN). Brussels: European Commission.
8. Barry, R., Anderson, J., Tran, L., Bahji, A., Dimitropoulos, G., Ghosh, M., Kirkham, J., Messier, G., Patten, S. B., Rittenbach, K., & Seitz, D. (2024). Prevalence of Mental Health Disorders Among Individuals Experiencing Homelessness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Psychiatry*, 81(7), 691–699.
9. Bassuk, E. L., Rubin, L., & Lauriat, A. (1984). Is homelessness a mental health problem? *The American journal of psychiatry*, 141(12), 1546–1550.

10. Bedmar, M. A., Bennasar-Veny, M., Artigas-Lelong, B., Salvà-Mut, F., Pou, J., Capitán-Moyano, L., García-Toro, M., & Yáñez, A. M. (2022). Health and access to healthcare in homeless people: Protocol for a mixed-methods study. *Medicine*, *101*(7), 1-6.
11. Bilinović Rajačić, A., & Čikić, J. (2021). *Beskućništvo: Teorija, prevencija, intervencija*. Novi Sad: Filozofski fakultet.
12. British Broadcasting Company (2014). *Definitions of poverty*. Posjećeno 30.6.2024. na mrežnoj stranici British Broadcasting Company: https://www.bbc.co.uk/scotland/education/ms/wealth/def_of_poverty/definitions.shtml#:~:text=People%20live%20in%20poverty%20when,Scottish%20Poverty%20Information%20Unit
13. Buhrich, N., Hodder, T., & Teesson, M. (2000). Lifetime prevalence of trauma among homeless people in Sydney. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *34*(6), 963–966.
14. Castellow, J., Kloos, B., & Townley, G. (2015). Previous Homelessness as a Risk Factor for Recovery from Serious Mental Illnesses. *Community mental health journal*, *51*(6), 674–684.
15. Caton, C. L., Dominguez, B., Schanzer, B., Hasin, D. S., Shrout, P. E., Felix, A., McQuiston, H., Opler, L. A., & Hsu, E. (2005). Risk factors for long-term homelessness: findings from a longitudinal study of first-time homeless single adults. *American journal of public health*, *95*(10), 1753–1759.
16. Chamberlain, C., & Johnson, G. (2011). Pathways into adult homelessness. *Journal of Sociology* *49*(1), 60-77.
17. Crane, D. R., & Heaton, T. B. (2008). *Handbook of families and poverty*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore: SAGE Publications.
18. Daiski, I. (2007). Perspectives of homeless people on their health and health needs priorities. *Journal of advanced nursing*, *58*(3), 273–281.
19. Dohrenwend, B. P., Levav, I., Shrout, P. E., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B. G., Skodol, A. E., & Stueve, A. (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science*, *255*(5047), 946–952.

20. Družić Ljubotina, O. (2012). Koliko (ne) znamo o beskućništvu? U: Družić Ljubotina, O. (ur.), *Beskućništvo: Pogled iz različitih perspektiva*, (str. 15-28). Zagreb: Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom.
21. Družić Ljubotina, O., & Kletečki Radović, M (2011). Siromaštvo i socijalni rad: Koliko je siromaštvo doista „tema“ socijalnog rada? *Ljetopis socijalnog rada*, 18(1), 5-29.
22. Družić Ljubotina, O., Kletečki Radović, M., & Ogresta, J. (2016). *Slika podrške beskućnicima u Hrvatskoj*. Zagreb: Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom.
23. Družić Ljubotina, O., Kletečki Radović, M., & Ogresta, J. (2022). Determinants of Causal Attributions of Homelessness in Croatia. *Revija za socijalnu politiku*, 29(2), 163-189.
24. Elbogen, E. B., Lanier, M., Wagner, H. R., & Tsai, J. (2021). Financial Strain, Mental Illness, and Homelessness: Results From a National Longitudinal Study. *Medical care*, 59(2), 132-138.
25. ETHOS (2005). *Europska tipologija beskućništva i stambene isključenosti*. Posjećeno 10.6.2024. na mrežnoj stranici ETHOS: <https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion>
26. Eurofound (2023). *Unaffordable and inadequate housing in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
27. European Commission: Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG (2007). *Measurement of Homelessness at European Union Level*. Posjećeno 11.06.2024. na mrežnoj stranici European Commission: https://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2007/study_homelessness_en.pdf
28. Europski Parlament (2023). *Homelessness in the European Union*. Posjećeno 12.7.2024. na mrežnoj stranici Europskog Parlamenta: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2023/755915/IPOL_STU\(2023\)755915_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2023/755915/IPOL_STU(2023)755915_EN.pdf)
29. Eynan, R., Langley, J., Tolomiczenko, G., Rhodes, A. E., Links, P., Wasylenki, D., & Goering, P. (2002). The association between homelessness and suicidal ideation

- and behaviors: results of a cross-sectional survey. *Suicide & life-threatening behavior*, 32(4), 418–427.
30. Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*, 384(9953), 1529–1540.
 31. Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2001). Prevalence of mental illness in homeless men in Munich, Germany: results from a representative sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(2), 94-104.
 32. Fornaro, M., Dragioti, E., De Prisco, M., Billeci, M., Mondin, A. M., Calati, R., Smith, L., Hatcher, S., Kaluziński, M., Fiedorowicz, J. G., Solmi, M., de Bartolomeis, A., & Carvalho, A. F. (2022). Homelessness and health-related outcomes: an umbrella review of observational studies and randomized controlled trials. *BMC medicine*, 20(1)
 33. Franco, A., Meldrum, J., & Ngaruiya, C. (2021). Identifying homeless population needs in the Emergency Department using Community-Based Participatory Research. *BMC Health*, 21(428)
 34. Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association*, 14(2), 231–233.
 35. Galić, R., & Pavlina, J. (2012). Beskućništvo u gradu Zagrebu: Prikaz istraživanja. U: Družić Ljubotina, O. (ur.), *Beskućništvo: Pogled iz različitih perspektiva*, (str. 46-63). Zagreb: Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom.
 36. Gjeri Robić, N. (2017). Dvadeset godina beskućništva u Hrvatskoj (1991. – 2011.) te mogućnosti za istraživanja povijesti beskućništva. *Revija za socijalnu politiku*, 24(2), 219-237.
 37. Goodman, L., Fels, K., & Glenn, C. (2006). *No Safe Place: Sexual Assault in the Lives of Homeless Women*. Posjećeno 5.7.2024. na mrežnoj stranici <https://vawnet.org/material/no-safe-place-sexual-assault-lives-homeless-women>
 38. Grey C. N. B., & Woodfine L. (2019). *Voices of those with lived experiences of homelessness and adversity in Wales: Informing prevention and response*. Cardiff: Public Health Wales NHS Trust.

39. Henkind, R., Carmichael, H., Stearns, D. R., Thomas, M., Abbitt, D., Myers, Q. W. O., & Velopulos, C. G. (2023). Suicide Among Persons Experiencing Homelessness. *The Journal of surgical research*, 284, 213–220.
40. Henley, J. (2019). "It's a Miracle": Helsinki's Radical Solution to Homelessness" Posjećeno 12.7.2024. na mrežnoj stranici The Guardian: <https://www.theguardian.com/cities/2019/jun/03/its-a-miracle-helsinkis-radical-solution-to-homelessness>
41. Herman, D. B., Susser, E. S., Struening, E. L., & Link, B. L. (1997). Adverse childhood experiences: are they risk factors for adult homelessness? *American journal of public health*, 87(2), 249–255.
42. Housing First Europe Hub (2024). *WHAT ABOUT ME? – The first Housing First pilot project in Croatia*. Posjećeno 20.7.2024. na mrežnoj stranici Housing First Europe Hub: <https://housingfirsteurope.eu/blog/what-about-me-the-first-housing-first-pilot-project-in-croatia/>
43. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2018). *Rano prepoznavanje i rana intervencija kod problema mentalnog zdravlja u zajednici - Smjernice za rano prepoznavanje u Hrvatskoj*. Posjećeno 10.7.2024. na mrežnoj stranici Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo: <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/04/Osiguravanje-optimalne-zdravstvene-skrbi-za-osobe-s-poremecajima-mentalnog-zdravlja-CRO-MHD.pdf>
44. Hwang, S. (2008). Mental illness and mortality among homeless people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(2), 81-82.
45. Institute for health metrics and evaluation (bez god.) *Mental Health*. Posjećeno 10.6.2024. na mrežnoj stranici Institute for health metrics and evaluation: <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-risks-issues/mental-health>
46. Irving, A., & Harding, J. (2022). *The prevalence of trauma among people who have experienced homelessness in England*. Posjećeno 5.7.2024. na mrežnoj stranici <https://www.oasiscommunityhousing.org/wp-content/uploads/2022/10/The-prevalence-of-trauma-among-people-who-have-experienced-homelessness.pdf>
47. Iwundu, C. N., Chen, T. A., Edereka-Great, K., Businelle, M. S., Kendzor, D. E., & Reitzel, L. R. (2020). Mental Illness and Youth-Onset Homelessness: A

- Retrospective Study among Adults Experiencing Homelessness. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 1-13.
48. Jimenez-Solomon, O., Garfinkel, I., Wall, M., & Wimer, C. (2024). When money and mental health problems pile up: The reciprocal relationship between income and psychological distress. *SSM - Population Health*, 25(9), 1-12.
49. Jin, Y., Zhu, D., & He, P. (2020). Social causation or social selection? The longitudinal interrelationship between poverty and depressive symptoms in China. *Social Science & Medicine*, 249, 1-13.
50. Johnson, G., & Chamberlain, C. (2008). Homelessness and Substance Abuse: Which Comes First? *Australian Social Work*, 61(4), 342-356.
51. Johnson, T. P., Freels, S. A., Parsons, J. A., & Vangeest, J. B. (1997). Substance Abuse and Homelessness: Social Selection or Social Adaptation? *Addiction*, 92(4), 437 – 445.
52. Johnstone, M., Parsell, C., Jetten, J., Dingle, G., & Walter, Z. (2015). Breaking the cycle of homelessness: Housing stability and social support as predictors of long-term well-being. *Housing Studies*, 31(4), 410–426.
53. Jones, S., Albanese, F., & Revelli, M. (2021). *Achieving a new systems perspective to ending homelessness through housing first: A policy and practice guide*. Posjećeno 14.7.2024. na mrežnoj stranici https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2022/05/Systems_Perspective_Policy_and_Practice_Guide.pdf
54. Karačić, Š., & Kletečki Radović, M. (2023). Problem beskućništva u sustavu socijalne skrbi: Izazovi i mogućnosti. *Ljetopis socijalnog rada*, 30(1), 163-183.
55. Kearns, R. A., Smith, C. J., & Abbott, M. W. (1992) The stress of incipient homelessness. *Housing Studies*, 7(4), 280-298.
56. Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Research*, 43(2), 207-222.
57. Keyes, C. L. M. (2003). Complete mental health: An agenda for the 21st century. U: Keyes, C. L. M., & Haidt, J. (ur.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (str. 293–312). American Psychological Association.
58. Keyes, C. L. M., & Michalec, B. (2009). Viewing Mental Health from the Complete State Paradigm. U: Scheid, T. L., & Brown T. N. (ur.). *A Handbook for*

- the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems* (str. 125–134), Cambridge: Cambridge University Press.
59. Kletečki Radović, M. (2021). Socijalni rad u zaštiti mentalnog zdravlja. U: Mužinić Marinić, L. (ur.), *Psihijatrija u zajednici* (str. 201-222), Zagreb: Biblioteka socijalnog rada.
 60. Kovess, V., & Mangin Lazarus, C. (1999). The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(11), 580–587.
 61. Kuhn, R., & Culhane, D. P. (1998). Applying cluster analysis to test a typology of homelessness by pattern of shelter utilization: results from the analysis of administrative data. *American journal of community psychology*, 26(2), 207–232.
 62. Lippert, A. M., & Lee, B. A. (2015). Stress, coping, and mental health differences among homeless people. *Sociological Inquiry*, 85(3), 343–374.
 63. Luchenski, S., Maguire, N., Aldridge, R. W., Hayward, A., Story, A., Perri, P., Withers, J., Clint, S., Fitzpatrick, S., & Hewett, N. (2018). What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *The Lancet*, 391(10117), 266–280.
 64. Martinez Jr, A., & Perales, F. (2017). The Dynamics of Multidimensional Poverty in Contemporary Australia. *Social Indicators Research*, 130(2), 479-496.
 65. Martyn, E., Eisen, S., Longley, N., Harris, P., Surey, J., Norman, J., Brown, M., Sultan, B., Maponga, T. G., Iwuji, C., Flanagan, S., Ghosh, I., Story, A., & Matthews, P. C. (2023). The forgotten people: Hepatitis B virus (HBV) infection as a priority for the inclusion health agenda. *eLife*, 12, 1-22.
 66. Mc Conalogue, D., Maunder, N., Areington, A., Martin, K., Clarke, V., & Scott, S. (2021). Homeless people and health: a qualitative enquiry into their practices and perceptions. *Journal of public health (Oxford, England)*, 43(2), 287–294.
 67. McAllister, W., Lennon, M. C., & Kuang, L. (2011). Rethinking research on forming typologies of homelessness. *American journal of public health*, 101(4), 596–601.
 68. McNeill, S., O'Donovan, D., & Hart, N. (2022). Access to healthcare for people experiencing homelessness in the UK and Ireland: a scoping review. *BMC health services research*, 22(1), 1-13.

69. McQuiston, H. L., Gorroochurn, P., Hsu, E., & Caton, C. L. (2014). Risk factors associated with recurrent homelessness after a first homeless episode. *Community mental health journal*, 50(5), 505–513.
70. Meinbresse, M., Brinkley-Rubinstein, L., Grassetto, A., Benson, J., Hamilton, R., Malott, M., & Jenkins, D. (2014). Exploring the experiences of violence among individuals who are homeless using a consumer-led approach. *Violence and victims*, 29(1), 122–136.
71. Mitchell, E., Waring, T., Ahern, E., O'Donovan, D., O'Reilly, D., & Bradley, D. T. (2023). Predictors and consequences of homelessness in whole-population observational studies that used administrative data: a systematic review. *BMC Public Health*, 23(1), 1-12.
72. Mossakowski, K. N. (2014). Social Causation and Social Selection. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*, 2154–2160.
73. Muñoz, M., Crespo, M., & Pérez-Santos, E. (2005). Homelessness Effects on Men's and Women's Health: A Comparison Between a Representative Homeless Sample and an At-Risk Group. *International Journal of Mental Health*, 34(2), 47-61.
74. Murray, R. B. (1996). Stressors and coping strategies of homeless men. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 34(8), 16–22.
75. Muslić, Lj., Rukavina, T., & Raguž Pečur, B. (2024). *Znate li što je mentalno zdravlje? Dobrodošli u pojmovnik mentalnog zdravlja!* Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
76. National Institute of Mental Health (2024). *Substance Use and Co-Occurring Mental Disorders*. Posjećeno 1.7.2024. na mrežnoj stranici National Institute of Mental Health: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/substance-use-and-mental-health#:~:text=Substance%20use%20and%20SUDs%20can,to%20develop%20a%20mental%20disorder>
77. NHS England (2023). *A national framework for NHS – action on inclusion health*. Posjećeno 12.7.2024. na mrežnoj stranici NHS England: <https://www.england.nhs.uk/long-read/a-national-framework-for-nhs-action-on-inclusion-health/>

78. Nielsen, M. J., Juon, H. S., & Ensminger, M. (2004). Preventing long-term welfare receipt: the theoretical relationship between health and poverty over the early life course. *Social Science & Medicine*, 59(11), 2285-2301.
79. O'Donohue, W. T., & Schewe, P. A. (2019). Handbook of Sexual Assault and Sexual Assault Prevention. Posjećeno 5.7.2024. na mrežnoj stranici https://www.researchgate.net/publication/336659595_Handbook_of_Sexual_Assault_and_Sexual_Assault_Prevention
80. *Opća deklaracija o ljudskim pravima* (1948). Opća skupština Ujedinjenih naroda. Posjećeno 12.7.2024. na mrežnoj stranici https://www.pariter.hr/wp-content/uploads/2014/10/opca_deklaracija_o_ljudskim-pravima.pdf
81. Padgett, D. K. (2020). Homelessness, housing instability and mental health: making the connections. *BJPsych bulletin*, 44(5), 197–201.
82. Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609–615.
83. Perl, L., & Bagalman, E. (2015). Chronic Homelessness: Background, Research, and Outcomes. Posjećeno 20.6.2024. na mrežnoj stranici <https://sgp.fas.org/crs/misc/R44302.pdf>
84. Pinillo, M. (2021). Precursors and outcomes: A look at mental health in relation to homelessness. *Modern Psychological Studies*, 26(1), 1-27.
85. Priebe, S., Matanov, A., Schor, R., Straßmayr, C., Barros, H., Barry, M. M., Díaz-Olalla, J.M., Gabor, E., Greacen, T., Holcnerová, P., Kluge, U., Lorant, V., Moskalewicz, J., Schene, A. H., Macassa, G., & Gaddini, A. (2012). Good practice in mental health care for socially marginalised groups in Europe: a qualitative study of expert views in 14 countries. *BMC Public Health*, 12(248), 1-12.
86. Rae, B. E., & Rees, S. (2015). The perceptions of homeless people regarding their healthcare needs and experiences of receiving health care. *Journal of advanced nursing*, 71(9), 2096–2107.
87. Reilly, J., Ho, I., & Williamson, A. (2022). A systematic review of the effect of stigma on the health of people experiencing homelessness. *Health & social care in the community*, 30(6), 2128–2141.
88. Richards, J., Henwood, B. F., Porter, N., & Kuhn, R. (2023). Examining the Role of Duration and Frequency of Homelessness on Health Outcomes Among

- Unsheltered Young Adults. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 73(6), 1038–1045.
89. Romaszko, J., Cymes, I., Dragańska, E., Kuchta, R., & Glińska-Lewczuk, K. (2017). Mortality among the homeless: Causes and meteorological relationships. *PloS one*, 12(12), 1-16.
90. Sánchez Moreno, & de la Fuente Roldán (2021). *Social exclusion and COVID-19: the impact of the pandemic on the health, welfare and living conditions of homeless people*. Posjećeno 8.7.2024. na mrežnoj stranici https://informecovidpsh.faciam.org/wp-content/uploads/2022/02/informe-Covid19_Faciam-EN-HR.pdf
91. Santiago, C. D., Wadsworth, M. E., & Stump, J. (2011). Socioeconomic status, neighborhood disadvantage, and poverty-related stress: Prospective effects on psychological syndromes among diverse low-income families. *Journal of Economic Psychology*, 32(2), 218-230.
92. Sharac, J., McCrone, P., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). The economic impact of mental health stigma and discrimination: a systematic review. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 19(3), 223–232.
93. Shlay, A. B., & Rossi, P. H. (1992). Social science research and contemporary studies of homelessness. *Annual review of sociology*, 18, 129-160.
94. Sleet, D. A., & Francescutti, L. H. (2021). Homelessness and Public Health: A Focus on Strategies and Solutions. *International journal of environmental research and public health*, 18(21), 1-6.
95. Sleet, D. A., & Francescutti, L. H. (2021). Homelessness and Public Health: A Focus on Strategies and Solutions. *International journal of environmental research and public health*, 18(21), 1-6.
96. Smith, A. (2022). *Multiple Barriers: The Multilevel Governance of Homelessness in Canada*. University of Toronto Press. Posjećeno 10.7.2024. na mrežnoj stranici JSTOR: <https://www.jstor.org/stable/10.3138/j.ctv2sm3bcz>
97. Sullivan, G., Burnam, A., & Koegel, P. (2000). Pathways to homelessness among the mentally ill. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 35(10), 444–450.

98. Šikić-Mićanović, L. (2023). Pathways to Homelessness and Social Exclusion: Research with Rough Sleepers in Croatia. *Studia Ethnologica Croatica* 35(1):95-113.
99. Štimac, D., Pavić Šimetin, I., & Ištvanović, A. (2019). Early recognition of mental health problems in Croatia. *European Journal of Public Health*. 29(4), 594.
100. Šućur, Z. (2014). Stari i novi siromasi u hrvatskom društvu: empirijski uvid. *Bogoslovska smotra*, 84(3), 577-610.
101. Thomas, Y., Gray, M. A., & McGinty, S. (2012). An Exploration of Subjective Wellbeing Among People Experiencing Homelessness: A Strengths-Based Approach. *Social Work in Health Care*, 51(9), 780–797.
102. Thompson, R. G., Jr Wall, M. M., Greenstein, E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2013). Substance-use disorders and poverty as prospective predictors of first-time homelessness in the United States. *American journal of public health*, 103(2), 282-288.
103. Turner, K., & Lehning, A. J. (2007). Psychological Theories of Poverty. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 16(1-2), 57-72.
104. Tweed, R. G., Biswas-Diener, R., & Lehman, D. R. (2012). Self-perceived strengths among people who are homeless. *The journal of positive psychology*, 7(6), 481–492.
105. United Nations (bez god.) *Everyone included – How to end homelessness*. Posjećeno 10.6.2024. na mrežnoj stranici United Nations: <https://www.un.org/tr/desa/everyone-included-%E2%80%93-how-end-homelessness>
106. Votta, E., & Farrell, S. (2009). Predictors of psychological adjustment among homeless and housed female youth. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 18(2), 126–132.
107. Wadsworth, M. E., & Berger, L. E. (2006). Adolescents coping with poverty-related family stress: Prospective predictors of coping and psychological symptoms. *Journal of Youth & Adolescence*, 35, 54–67.
108. Warren, J. R. (2009). Socioeconomic Status and Health across the Life Course: A Test of the Social Causation and Health Selection Hypotheses. *Social forces: a scientific medium of social study and interpretation*, 87(4), 2125–2153.

109. World Bank Group (2024). *Poverty Overview*. Posjećeno 20.6.2024. na mrežnoj stranici World Bank Group: <https://www.worldbank.org/en/topic/poverty/overview#:~:text=Low%2Dincome%20countries%20were%20most,million%20people%20compared%20to%202019>
110. World Health Organization (2004). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (summary report). Posjećeno 2.7.2024. na mrežnoj stranici World Health Organization: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42940/9241591595.pdf>
111. World Health Organization (2022a). *Mental Disorders*. Posjećeno 2.7.2024. na mrežnoj stranici World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
112. World Health Organization (2022b). *Mental Health*. Posjećeno 10.6.2024. na mrežnoj stranici World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
113. World Health Organization (2024). *Constitution*. Posjećeno 16.7.2024. na mrežnoj stranici World Health Organization: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
114. Yohannes, K., Gezahegn, M., Birhanie, M., Simachew, Y., Moges, A., Ayano, G., Toitole, K. K., Mokona, H., & Abebe, L. (2023). Suicidality and homelessness: prevalence and associated factors of suicidal behaviour among homeless young adults in Southern Ethiopia. *BMC psychology*, 11(1)
115. Zadelj Kovač, A., Tomurad, I., & Flâto, M. (2023). *Priručnik za socijalnu integraciju ranjivih skupina u statusu stambene isključenosti s posebnim naglaskom na stanovanje beskućnika (19. načelo Europskog stupa socijalnih prava)*. Posjećeno 14.7.2024. na mrežnoj stranici Centra za razvoj neprofitnih organizacija: https://ceraneo.hr/wp-content/uploads/2023/09/Prirucnik_HRV.pdf
116. Zakon o socijalnoj skrbi. *Narodne novine*, 71/23

11. Prilozi

Slika 1 Povezanost između siromaštva i ostalih čimbenika (Crane i Heaton, 2008.:
11)