

Siromaštvo i mentalno zdravlje

Škvorc, Petra

Master's thesis / Diplomski rad

2023

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:199:003870>

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

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



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

PETRA ŠKVORC

SIROMAŠTVO I MENTALNO ZDRAVLJE

DIPLOMSKI RAD

ZAGREB, 2023.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA
SOCIJALNA POLITIKA

Petra Škvorc

SIROMAŠTVO I MENTALNO ZDRAVLJE

DIPLOMSKI RAD

Mentor: Izv. prof. dr. sc. Olja Družić Ljubotina

Zagreb, 2023.

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Siromaštvo	2
2.1 Definicije siromaštva.....	2
2.2. Koncepti siromaštva.....	6
2.2.1. Apsolutno i relativno siromaštvo.....	6
2.2.2. Novo siromaštvo.....	7
2.3. Teorije siromaštva.....	8
2.3.1. Teorija kulture siromaštva.....	10
2.3.2. Teorija začaranog kruga siromaštva.....	12
2.3.3. Teorija situacijske prisile.....	13
2.4. Mjerenje siromaštva.....	13
2.5. Posljedice siromaštva.....	15
3. Mentalno zdravlje	18
3.1. Definiranje mentalnog zdravlja.....	18
3.2. Elementi mentalnog zdravlja.....	19
3.2.1. Socijalni elementi mentalnog zdravlja.....	19
3.2.2. Psihološki elementi mentalnog zdravlja.....	20
3.3. Psihijatrijski poremećaji.....	21
3.4. Očuvanje mentalnog zdravlja.....	22
4. Povezanost siromaštva i problema mentalnog zdravlja	24
4.1. Učinci siromaštva na mentalno zdravlje djece.....	29
4.2. Učinci siromaštva na mentalno zdravlje beskućnika.....	32
4.3. Socijalna isključenost osoba s duševnim smetnjama koje žive u siromaštvu.....	34
4.3.1. Život starijih siromašnih osoba s problemima mentalnog zdravlja.....	36
5. Siromaštvo i problemi mentalnog zdravlja u kontekstu diskriminacije i stigmatizacije	37
6. Zaključak	41
Literatura	43

Siromaštvo i mentalno zdravlje

Sažetak:

Cilj ovog preglednog rada je prikazati povezanost mentalnog zdravlja i siromaštva. Siromaštvo se smatra jednim od ključnih socijalnih problema današnjeg svijeta. Mentalno zdravlje sastavni je dio općeg zdravlja populacije i dobrobiti te pridonosi kvaliteti funkcioniranja pojedinaca, obitelji i zajednica. U radu se osvrćemo na značenje i definiranje siromaštva. U 21. stoljeću dogodile su se brojne negativne promjene poput recesije, porasta stope nezaposlenosti te drastičan pad životnog standarda. Prema mnogim istraživanjima siromaštvo je jedan od uzroka psihijatrijskih poremećaja. Skreće se pozornost na osobe oboljele od duševnih bolesti i brojne teškoće s kojima se susreću u svakodnevnom životu, a koje su usko povezane sa siromaštvom. Također, u radu se nastoji prikazati značajna društvena diskriminacija i stigma s kojom osobe s duševnim smetnjama svakodnevno žive.

Ključne riječi: siromaštvo, mentalno zdravlje, povezanost siromaštva i mentalnog zdravlja

Poverty and mental health

Abstract:

The aim of this review is to present the link between mental health and poverty. Poverty is considered to be one the leading social problems in today's world. Mental health is an essential part of population's general health and well being it contributes to quality functioning of individuals, families and communities. In this paper we look up on the meaning and definitions of poverty. In the 21. century many negative changes occurred, such as recession, increase in the unemployment rate and significant decline in social standards. According to many studies poverty is one of the main causes of mental disorders. Furthermore, attention is drawn to person's with mental health illness and many difficulties they face in everyday life which are linked to living in poverty. Also, this paper aims to present significant social discrimination and stigma.

Key words: poverty, mental health, link between poverty and mental health

Izjava o izvornosti

Ja, _____ (ime i prezime studenta/ice) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica diplomskog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristio/-la drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: _____

Datum: _____

1. Uvod

Siromaštvo se smatra vodećim socijalnim problemom današnjeg svijeta. Prema statističkim podacima zahvaća oko jedne petine svjetskog stanovništva, te je geografski neravnomjerno raspoređeno. Prema istraživanju Gallup Internationala, siromaštvo je izdvojeno kao glavni svjetski problem u više od 65 zemalja svijeta (Družić Ljubotina, 2019.a). Kao višedimenzionalni fenomen, siromaštvo se definira i mjeri na razne načine. S obzirom na kompleksnost fenomena, najbolji način za mjerenje ovog višeznačnog fenomena je kroz proučavanje i razumijevanje različitih koncepata siromaštva (Lipton i Ravallion, 1995.).

Nerijetko korištena definicija siromaštva podrazumijeva da siromaštvo postoji kada jedna ili više osoba ne uspijevaju dostići razinu ekonomskog blagostanja za koji se smatra da predstavlja razumni minimum. U razvijenim zemljama svijeta siromaštvo se često proučavalo kroz prilično usku definiciju ekonomskog blagostanja prilikom opisivanja ljudske konzumacije određenih dobara i usluga. Razumni minimum definiran je prethodno određenim osnovnim potrošačkim potrebama, posebice prehranom.

Zadovoljavajuća teorijska objašnjenja pojavila su relativno kasno, a do 19. stoljeća siromaštvo nije proučavano kao sociološki fenomen (Šućur, 2001.). Definicije siromaštva mijenjaju se kako se mijenja prosječni životni standard u modernom svijetu. Ono što je nekada bilo definirano osnovnim ljudskim potrebama također se s vremenom mijenja. Što je nekada bio luksuz, u današnjem svijetu je neophodan dio prihvatljivog životnog standarda, bez kojeg je život teško zamisliv (Program borbe protiv siromaštva i socijalne isključenosti, 2002.). Prilikom definiranja siromaštva neophodno je odrediti koja je to granica ispod koje se ljudi smatraju siromašnima. Unatoč brojnim istraživanjima siromaštva, stručnjaci se nisu usuglasili oko univerzalne linije koja bi bila ustaljena i prepoznata kao jedina valjana (Šućur, 2001.).

Velik dio prakse socijalnog rada na globalnoj razini sastoji se od pomaganja ljudima čije su potrebe i problemi povezani sa životom u siromaštvu (Weiss-Gal i sur., 2009.). Ti problemi uključuju nedovoljne financijske resurse za zadovoljenje osnovnih potreba. Život u siromaštvu manifestira se kroz nemogućnost pristupa

socijalnim uslugama, osjećaj marginaliziranosti, ugnjetavanja i socijalne isključenosti, kroz osjećaj srama i stigme, poniženja i osjećaja bespomoćnosti (Weiss-Gal i sur., 2009.).

Problemi mentalnog zdravlja jedni su od vodećih javnozdravstvenih izazova u europskoj regiji, ali i svijetu. Zabrinjavajuća je sve češća učestalost, višestruke posljedice koje ostaju na pojedincima i zajednici, te sve veća sredstva koja je nužno ulagati u prevenciju i liječenje (Balaž Gilja, 2021.). Osobe s duševnim smetnjama često su diskriminirane od strane društva, te stigmatizirane na temelju siromaštva i duševnih smetnji. U današnje vrijeme znatnog napretka znanosti u saznanjima i razumijevanju bioloških odrednica mentalnih bolesti društvo i dalje nije napredovalo u socijalnom prihvaćanju osoba s duševnim bolestima. Stavovi prema psihijatrijskom liječenju i osobama oboljelim od duševnih bolesti i dalje su negativni i stigmatizirajući (Hotujac, 2006.). Prema stručnjacima, stigma povezana sa siromaštvom pokreće i održava začarani krug siromaštva i problema mentalnog zdravlja (Balaž Gilja, 2021.). Problemi mentalnog zdravlja predstavljaju rizični čimbenik za siromaštvo, a također siromaštvo može dovesti do narušavanja mentalnog zdravlja i razvoja problema mentalnog zdravlja (Balaž Gilja, 2021.).

Prije nego se osvrnemo na temu ovog rada kojoj je u središtu povezanost siromaštva i mentalnog zdravlja, prvo ćemo razmotriti zasebno fenomene siromaštva i mentalnog zdravlja.

2. Siromaštvo

2.1 Definicije siromaštva

Izraz deprivacija ili uskraćenost često se koristi prilikom opisivanja nezadovoljenih ili nepodmirenih ljudskih potreba. Razlozi depriviranosti su raznoliki, od nedostatka materijalnih resursa sve do izostanka emotivne potpore. Svojom analizom, sociolozi su proširili obuhvat deprivacije na nejednaki pristup društvenim dobrima. Što znači da uskraćenost na jednom području često prati uskraćenost na drugim područjima, odnosno dolazi do kumuliranja nepovoljnih životnih okolnosti (Šućur, 2006.).

Sasvim suprotno predviđanjima i očekivanjima stručnjaka, prvo desetljeće 21. stoljeća sa sobom je donijelo velike promjene. Neke od promjena su recesija, negativne promjene u gospodarstvu, povećane stope nezaposlenosti, drastičan pad životnog standarda (Conger i sur., 2010., prema Bilić, 2016.).

Siromaštvo jedan je od oblika deprivacije, najčešće definiran kao materijalna deprivacija, odnosno nedostatak financijskih sredstava (Šućur, 2006.). Materijalna deprivacija odnosi se na pokazatelje koji upućuju na materijalne uvjete koji utječu na kvalitetu života kućanstva (Družić Ljubotina, 2019.b). Sociolog Townsend (1987., prema Šućur, 2001.) razlikuje materijalnu i socijalnu deprivaciju. Socijalna deprivacija odnosi se na pojedince koji ne sudjeluju ili ne mogu sudjelovati u obiteljskim i drugim odnosima.

„Koristi se trinaest stavki materijalne i socijalne deprivacije koje službeno prati Državni zavod za statistiku:

- 1) kašnjenje s plaćanjem najamnine, računa za režije, stambenoga kredita ili potrošačkoga kredita
- 2) nemogućnost kućanstva da svim članovima priušti tjedan dana godišnjeg odmora izvan kuće
- 3) nemogućnost kućanstva da si priušti obrok koji sadržava meso, piletinu, ribu ili vegetarijanski ekvivalent svaki drugi dan
- 4) nemogućnost kućanstva da podmiri neočekivani financijski trošak
- 5) nemogućnost pristupa internetskoj vezi
- 6) nemogućnost kućanstva da si priušti automobil
- 7) nemogućnost kućanstva da si priušti adekvatno grijanje u najhladnijim mjesecima
- 8) nemogućnost kućanstva da zamijeni dotrajali namještaj
- 9) nemogućnost osobe da zamijeni dotrajalu odjeću novom
- 10) nemogućnost osobe da si priušti dva para prikladno nosive obuće
- 11) nemogućnost osobe da potroši manji iznos novca svaki tjedan za sebe

12) nemogućnost osobe da se redovito bavi nekom slobodnom aktivnošću

13) nemogućnost osobe da se okupi s prijateljima/obitelji barem jedanput na mjesec uz piće ili obrok.“ (DZS 2022.).

Prema podacima Ankete u 2021., bilo je:

- 5,7% osoba koje žive u kućanstvima koja si ne mogu priuštiti adekvatno grijanje u najhladnijim mjesecima

- 42,1% osoba koje žive u kućanstvima koja si ne mogu priuštiti tjedan dana godišnjeg odmora izvan kuće za sve članove svoga kućanstva

- 5,6% osoba koje žive u kućanstvima koja si ne mogu priuštiti obrok koji sadržava meso, piletinu, ribu (ili vegetarijanski ekvivalent) svaki drugi dan

- 46,5% osoba koje žive u kućanstvima koja ne mogu podmiriti neočekivani financijski izdatak iz vlastitih sredstava (2 750 kuna)

- 16,6% osoba koje žive u kućanstvima koja su u posljednjih 12 mjeseci zbog financijskih teškoća kasnila s plaćanjem obveza (stambenoga kredita, najamnine, računa za režije ili potrošačkoga kredita)

- 7,8% osoba živi u kućanstvima koja vrlo teško spajaju kraj s krajem, 19,5% osoba koje žive u kućanstvima koja teško spajaju kraj s krajem, a 43,5% osoba koje žive u kućanstvima koja spajaju kraj s krajem s malim teškoćama. Najmanji postotak osoba (1,6%) živi u kućanstvima koja vrlo lako spajaju kraj s krajem (DZS 2022.).

Stopa materijalne i socijalne deprivacije prikazuje postotak osoba koje žive u kućanstvima koja si ne mogu, isključivo zbog financijskih razloga, priuštiti najmanje pet od trinaest stavki materijalne i socijalne deprivacije. Stopa materijalne i socijalne deprivacije u Republici Hrvatskoj u 2021. iznosila je 8,4%. Stopa teške materijalne i socijalne deprivacije prikazuje postotak osoba koje žive u kućanstvima koja si ne mogu priuštiti najmanje sedam od trinaest stavki materijalne i socijalne deprivacije i u 2021. iznosila je 3,5% (DZS 2022.).

Nadalje, Townsend jedan je od prvih sociologa koji je definirao siromaštvo kao multidimenzionalnu i relativnu deprivaciju (Šućur, 2006.). Višedimenzionalnost

siromaštva vidljiva je u dugotrajnoj uskraćenosti resursa, sposobnosti, mogućnosti izbora, sigurnosti i moći koje su nužne za odgovarajući životni standard i ostvarenje temeljnih ljudskih prava (Bejaković, 2005.). Relativna deprivacija uključuje subjektivni osjećaj nepoželjnog odstupanja između legitimnih očekivanja i stvarnih mogućnosti. Također, relativna deprivacija odnosi se na nemogućnost adekvatne ishrane, odjeće, kućanskih potrepština, zdravih radnih i životnih uvjeta, usluga uobičajenih u društvu, siromaštvo pak podrazumijeva nedostatak resursa kojima bi se izbjegla deprivacija, to jest resursa kojima bi osigurali životne uvjete prihvatljive u određenom društvu (Šućur, 2006.).

Siromaštvo se često definira kao neposjedovanje novaca ili dovoljno novaca te imovine za život, no stručnjaci se slažu kako ne postoji općeprihvaćena definicija siromaštva (Bejaković, 2005.). Scottish Poverty Information Unita (BBC, 2005., prema Bejaković, 2005.) utvrđuje kako su ljudi siromašni ukoliko nemaju dovoljno sredstava za podmirenje vlastitih materijalnih potreba. Nadalje, siromaštvo se očituje i u isključenju iz aktivnog sudjelovanja u aktivnostima koje se smatraju uobičajenima u društvu. Siromaštvo se uobičajeno dijeli na dohodovno, kada osoba nije u mogućnosti zadovoljiti minimalne životne potrebe i nedohodovno koje obuhvaća obilježja vezana uz razinu obrazovanja, zdravlje, pokazatelje o prehrani i pismenosti stanovništva (Bejaković 2005.).

Siromaštvo se tako manifestira na razne načine, kroz nedostatak dohotka i novčanih primanja za osiguravanje životne egzistencije, gladi i neuhranjenosti, narušeno zdravstveno stanje, nedostupnost ili djelomičnu dostupnost obrazovanja i povezanih usluga, povećanu smrtnost, beskućništvo te neodgovarajuće stambene uvjete, nesigurno okruženje, društvenu diskriminaciju i stigmatu, te socijalnu isključenost (Bejaković, 2005.).

Siromaštvo se najčešće veže uz glad i neuhranjenost, slabo zdravlje, narušeno mentalno zdravlje, nedostupnost ili ograničenu dostupnost obrazovanja, povećanu smrtnost, beskućništvo i neodgovarajuće stambene uvjete, nesigurno okruženje, društvenu diskriminaciju i izolaciju (Družić Ljubotina i Ljubotina, 2014.). Svjetska banka definira kako je osoba siromašna ukoliko njen dohodak nije dovoljan za zadovoljavanje razine nužnih životnih potreba. Važno je

napomenuti kako se razina tih potreba mijenja tijekom vremena i u različitim društvima u skladu sa stupnjem razvoja zemlje, društvenim normama i vrijednostima pojedine zemlje (Bejaković, 2005.). Stručnjake posebno zabrinjava činjenica da oni pojedinci koji su živjeli donekle sigurno, sve se češće suočavaju s nesigurnošću i financijskom neizvjesnosti te nisu u mogućnosti zadržati životni standard na koji su navikli, sve su to razlozi zbog kojih se sve češće spominje pojam novog siromaštva (Šućur, 2014., prema Bilić, 2016.).

2.2. Koncepti siromaštva

2.2.1. Apsolutno i relativno siromaštvo

Apsolutno siromaštvo stanje je u kojem pojedinci nisu u mogućnosti zadovoljiti svoje osnovne potrebe, odnosno imaju manje resursa od objektivno definiranog minimuma (Šućur, 2021.b). Apsolutno siromaštvo ili siromaštvo na rubu opstanka kako ga se još naziva, polazi od pretpostavke kako postoje osnovne ljudske potrebe počevši od prehrane, odjeće, stanovanja koje su nužne za održavanje zdravlja i fizičke sposobnosti. Te potrebe je moguće definirati za sve ljude u svim društvima (Program borbe protiv siromaštva i socijalne isključenosti, 2002.). Podrazumijeva onaj postotak stanovništva koje živi ispod određenog iznosa raspoloživog dohotka. Navedeni određeni iznos je granica siromaštva (Lok-Dessallien, 1999.).

Apsolutna granica siromaštva određuje apsolutni minimalni životni standard i obično se temelji na takozvanoj potrošačkoj košarici prehrambenih proizvoda čiji sadržaj utvrđuju stručnjaci (Lok-Dessallien, 1999.). Prednosti korištenja pojma apsolutnog siromaštva su transparentnost i razumljivost, odražavanje bazičnih potreba ljudi te jednostavna evaluacija programa. S druge strane kao nedostaci se navode proizvoljno određivanje osnovnih potreba i koncepta ostanka, pri čemu se često zanemaruju potrošačke navike, običaji, klimatski uvjeti, regionalne razlike i stupanj urbanizacije pojedine zemlje (Šućur, 2021.b).

Relativno siromaštvo opisuje stanje u kojem pojedinac nije u mogućnosti zadovoljiti svoje potrebe ili sudjelovati u aktivnostima koje čine dio prihvatljivog životnog standarda (Šućur, 2021.b). Relativno siromaštvo procjenjuje se u odnosu na životni standard koji je u skladu s trenutnim konvencijama, prihvatljiv je i pristojan. Pretpostavka je opća razina blagostanja u zajednici i činjenice da su

pojedinci siromašni kad se uspoređuju s drugim članovima zajednice (Program borbe protiv siromaštva i socijalne isključenosti, 2002.). Prema definiciji Europske Unije, siromašnima se smatraju osobe, obitelji, skupine osoba kojima su materijalni, kulturni, socijalni resursi u toj mjeri ograničeni da ih isključuju iz minimalno prihvatljivog načina života, a kojem sudjeluju ostale države članice (Ramprakash, 1994., prema Program borbe protiv siromaštva i socijalne isključenosti, 2002.).

Relativna granica siromaštva opisuje siromaštvo u odnosu prema nacionalnom životnom standardu, obično se utvrđuje kao određeni postotak medijalnog ili prosječnog dohotka kućanstva (Bejaković, 2005.). Prednosti relativnog koncepta su što promatra ljudske potrebe kao socijalno konstruirane, omogućava usporedbu siromaštva među industrijskim zemljama, a standardi za mjerenje siromaštva mijenjaju se tijekom vremena i u skladu s novonastalim promjenama (Šućur, 2021.b). Prema stručnjacima nedostaci su korištenje samo jedne linije siromaštva s obzirom na visoku osjetljivost stopa siromaštva, teško utvrđivanje univerzalne norme o pristojnom životnom standardu koja bi vrijedila za cijelo društvo, te postoji mogućnost miješanja pojmova siromaštva i nejednakosti (Šućur, 2021.b).

2.2.2. Novo siromaštvo

Novo siromaštvo označava situacije u kojima obitelji nisu u mogućnosti održati dosadašnju razinu životnog standarda, te iz relativno sigurnog života prelaze u stanje neizvjesnosti s čime se prije nisu susretale (Šućur, 2021.b). Krajem 1970-ih godina ekonomski rast je počeo usporavati, pojavili su se nepovoljni trendovi na tržištu rada, rast ekonomskih nejednakosti i siromaštva, što je uvjetovalo nastanak novog siromaštva (Šućur, 2014.). Pojava novog siromaštva uglavnom se dovodi u relaciju s nekoliko ključnih procesa. Primjerice, tijekom godina javlja se rast broja ljudi u razvijenim zemljama koji postaju ovisni o socijalnoj pomoći i žive od minimalnih socijalnih naknada. Također, nezaposlenost, nesigurno zaposlenje i siromaštvo počinju zahvaćati sve veće dijelove populacije uključujući i srednju klasu. Povećava se i broj kućanstava koja se nalaze u stanju zaduženosti i kasne s plaćanjem životnih troškova, za neke je to stanje iznimno stresno jer se prije nisu s time susretali. Što se tiče obiteljskih struktura, sve su češće prisutni samohrani roditelji, te se naposljetku sve više širi beskućništvo (Šućur, 2001.).

Nezaposlenost, posebice dugotrajna nezaposlenost smatra se jednim od ključnih uzroka siromaštva i kreditne opterećenosti građana. Zabrinjava i činjenica sve veće stope nezaposlenosti mladih koja je nekoliko puta veća od opće nezaposlenosti. Smatra se da su uzroci visoke nezaposlenosti recesija i strukturni razlozi poput neusklađenosti ponude i potražnje na tržištu rada. Prisutan je i blagi trend rasta novih siromašnih, a to su najviše nezaposleni mladi, osobe s višim obrazovnim kvalifikacijama, obitelji s djecom, beskućnici i kreditno zadužena kućanstva (Šućur, 2014.). Novo siromaštvo ne mora uključivati ekstremne oblike siromaštva, ono samo po sebi dovodi u pitanje socijalnu ravnotežu i uvriježena odnose među društvenim skupinama (Šućur, 2001.).

2.3. Teorije siromaštva

Zadovoljavajuća teorijska objašnjenja siromaštva pojavila su se relativno kasno, dugo vremena siromaštvo se smatralo božjim „darom“ ili socijalnom bolešću (Šućur, 2001.). Proučavanje siromaštva kao sociološkim fenomenom započelo je u 19. stoljeću. Sociološka perspektiva u izučavanju siromaštva unosi nove elemente u analizu, primjerice ukupni društveni kontekst, društvenu strukturu, odnose moći i društvenu nejednakost. Tijekom povijesti znanstvenici su, kao i društvo, različito odgovarali na pitanje uzroka siromaštva, na siromaštvo je gledano kao kulturu, ekonomsko stanje i individualni nedostatak (Šućur, 2001.).

Kako postoje razne definicije samog fenomena siromaštva, jednako tako postoje razlike i u načinu atribucije uzroka siromaštva. Pojedinci pripisuju uzrok siromaštva lijenosti ili niskim sposobnostima pojedinaca, drugi na siromaštvo gledaju kao posljedicu načina života koji je karakterističan za siromašne, dok je za treće osnovni uzrok siromaštva u samom društvu, točnije barijerama koje društvo postavlja pred određene društvene grupe (Jovanović, 2017.).

Teorije siromaštva uglavnom se mogu svrstati u dvije glavne grupe; individualne i strukturalne teorije siromaštva (Spicker, 1993.; Mitrović, 1990., prema Šućur, 2001.). Svaka od ovih grupa teorija sadrži veći ili manji broj različitih varijanti. Individualistički pristup siromaštvo promatra kao posljedicu karakteristika samih siromašnih te su često vrijednosno obojane. Takav pristup dijeli siromašne na one koji se ne trude ili donose krive odluke, često se nazivaju i „zaslužnim“

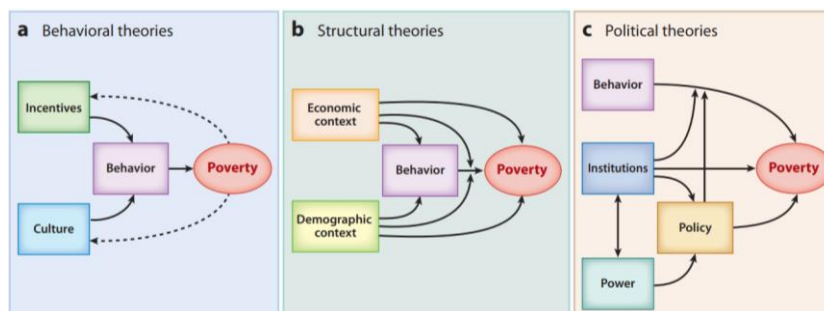
siromašnima. Drugu skupinu čine tzv. „lijene osobe“, oni koji se ni ne trude niti pokušavaju iskoristiti šanse koje im pruža društvo, dok treću skupinu čine osobe koje pogrešno ulažu svoj novac ili biraju pogrešan tip obrazovanja. Pojedini stručnjaci skloni su isticanju obiteljske pozadine siromaštva odnosno njegove nasljedne komponente. Siromaštvo kao naslijeđe prognozira kako će osobe koje su bile deprivirane u djetinjstvu postati roditelji jedne generacije deprivirane djece (Šućur, 2001.).

Prema strukturalnim teorijama siromaštva, struktura se odnosi na makro i mezo razinu demografskog i ekonomskog konteksta predstavljajući dostupne prilike i ograničenja (Rank 2005, 2011; Tomaskovic-Devey 1991; Wilson 1987, 1996., prema Brady, 2019.). Strukturalni pristup naglašava ekonomsko stanje i isključenost s tržišta rada. Prema njemu siromaštvo je odraz strukture društva, odnosno u situaciji strukturalne nejednakosti, nužan je pad pojedinaca na dno društvene ljestvice. Takoreći, za siromaštvo nije odgovoran pojedinac, već socijalna organizacija (Šućur, 2001.). Zagovaratelji strukturalnih teorija naglašavaju učinke demografskih i ekonomskih struktura. Ekonomski kontekst uključuje ekonomski rast i razvoj, industrijalizaciju i deindustrijalizaciju, neusklađenost geografskog prostora i vještina pojedinca, dok demografski kontekst uključuje život u nepovoljnom susjedstvu, dobno/spolni sastav, stambenu segregaciju, urbanizaciju i demografske tranzicije (Brady, 2019.). Sharkey (2013., prema Brady, 2019.) prikazuje da su djeca koja odrastaju u segregacijskim i siromaštvom koncentriranim četvrtima izložena stresu putem nasilja što umanjuje obrazovanje i razna postignuća te uzrokuje ponovno kasnije siromaštvo.

Prema Brady (2019.) većina teorija o uzrocima siromaštva može se podijeliti u tri šire skupine teorija, a to su bihevioralne, strukturalne i političke. Bihevioralne teorije usredotočene su na individualna ponašanja koja su motivirana kulturom ili poticajima. Kao što sam naziv kaže, ključni mehanizam koji uzrokuje siromaštvo prema bihevioralnim teorijama je ponašanje (AEI-Brookings 2015, Sawhill 2003., prema Brady, 2019.). Prema bihevioralnim teorijama, siromašni su siromašni jer se upuštaju u neproduktivna, rizična ponašanja i ponašanja koja povećavaju rizik od siromaštva poput samohranog roditeljstva i nezaposlenosti (Bertrand et al. 2004, Durlauf 2011., prema Brady, 2019.). Političke teorije tvrde da moć i

institucije kreiraju politike koje uzrokuju siromaštvo te ublažavaju odnos između ponašanja i siromaštva. Naglasak je na načinu na koji institucije upravljaju raspodjelom ekonomskim resursima putem propisa i zakona (Brady, 2019.).

1. Grafički prikaz teorija siromaštva



Izvor: Brady, 2019.

2.3.1. Teorija kulture siromaštva

Prilikom znanstvenih i neznanstvenih opažanja siromaštva često je zaključivano kako siromašni razvijaju specifičan način života koji se po mnogočemu razlikuje od života ostalih pripadnika društva. Posebne okolnosti u održanju tog načina života uvjetuju da siromašni oblikuju obrasce življenja koji su vrlo slični u različitim društvima. Siromašni koriste slične mehanizme i strategije preživljavanja i na taj način razvijaju kulturu s vlastitim normama i vrijednostima (Šućur, 2001.).

Cjelovitu teoriju kulture siromaštva predstavio je američki antropolog Oscar Lewis. Prema Lewisu, siromaštvo je najčešće rezultat neprihvatljivih oblika ponašanja, devijantnih vrijednosti i morala, što ih razlikuje od dominantnog kulturnog i društvenog okruženja (Družić Ljubotina, 2019.b). Lewis smatra kako se najsiromašniji dijelovi društva organiziraju kao zasebna, distinktivna potkultura koje se uglavnom samoodržava ili samoobnavlja. Dakle, kultura siromaštva je reakcija i adaptacija siromašnih na njihovu marginalnu društvenu poziciju. Kao takva, kultura usmjerava ponašanje siromašnih i prenosi se s generacije na generaciju (Šućur, 2001.). Prema tome, kultura siromaštva se uči i internalizira u socijalizacijskom procesu te posljedično uvelike utječe na djecu koja počinju usvajati ovu kulturu u ranoj dobi (Družić Ljubotina, 2019.b).

Unatoč navedenim saznanjima, kultura siromaštva i siromaštvo nisu sinonimi, odnosno ne žive sve osobe u siromaštvu na isti način. Ova teorija sastoji se od raznih normativnih vrijednosti i drugih elemenata koji se manifestiraju na različitim razinama života siromašnih. Karakteristike kulture vidljive su na individualnoj razini u snažnom osjećaju marginaliziranosti, bespomoćnosti, fatalizmu i osjećaju rezignacije, orijentaciji prema sadašnjosti, manjku kontrole impulsa, uvjerenosti u superiornost muškaraca (Šućur, 2001.). Ponekad se ponašanje osoba koje žive u uvjetima siromaštva, odnosno njihovi obrasci življenja zasnivaju na otporu prema promjenama pri čemu neki autori smatraju da se često mire s činjenicom da će ostati na „dnu društvene ljestvice“ (Koković, 2012.). Dok je za obiteljsku razinu prepoznatljivo odsustvo djetinjstva kao razdoblja zaštićenog i produženog dijela života, ponekad se specifičan i rani ulazak u spolne odnose, slobodne veze, također su prisutne i visoke stope razvoda brakova, napuštanje majki i djece od strane očeva. Što se tiče razine zajednice ili socijalne razine, za osobe koje žive u uvjetima siromaštva je karakteristično nepripadanje i nesudjelovanje u bitnim društvenim situacijama odnosno odsustvo društvene moći. Pojedinci uglavnom ne sudjeluju u sindikatima, političkim strankama, rijetko odlaze u bolnice, banke i umjetničke institucije. Poznato je kako obitelj prenosi kulturni kapital na svoju djecu kao i sustav implicitnih vrijednosti koje pomažu pri zauzimanju vlastitih stavova. Kulturno naslijeđe smatra se odgovornim za početnu nejednakost djece tijekom školovanja, a samim time i nejednakost u ostvarivanju uspjeha (Koković, 2012.).

Brojne su kritike upućene na račun ove teorije. Proučavajući i istražujući siromaštvo, stručnjaci su zamijetili određene nepodudarnosti. Provedeno je mnogo istraživanja od nastanka teorije, dok postojanje kulture siromaštva nije empirijski potvrđeno (Šućur, 2001.). Pojavljuju se i kritike korištenja pojma „kulture“, a kritičari zamjećuju da Lewisova definicija nije zadovoljavajuća (Katz, 1989., prema Šućur, 2001.). Postavke „kulture“ impliciraju da osobe u siromaštvu usvajaju svoje obrasce ponašanja tijekom odrastanja i socijalizacije, te kako su ti obrasci stabilni i otporni na promjene. Sukladno tome, preferiraju svoju kulturu, za nju su vezani i s njom se identificiraju (Šućur, 2001.). Prema ovoj teoriji, da bi izašli iz siromaštva, dominantno društvo nalaže da nauče vrijednosti, ponašanja,

navike i pravila srednje klase i ostvare uspjeh u školi ili na tržištu rada (Jovanović, 2017.).

Nerijetko se spominje i negativan utjecaj ove teorije na razvoj socijalne politike. Prema ovoj teoriji, za siromaštvo su najviše „krivi“ pojedinci, obitelji i lokalne grupe, a ne samo društvo. Ovom je teorijom postignut odmak od „ekonomske i socijalne rekonstrukcije prema individualnom treningu i karakternim promjenama, od skupih redistributivnih politika prema jeftinom socijalnom radu i psihijatriji lokalnih zajednica.“ (Townsend, 1979.:70., prema Šućur, 2001.:47.). Prema shvaćanju da kultura siromaštva stvara zasebnu kulturu, osobe koje žive u uvjetima siromaštva neće biti u mogućnosti iskoristiti prilike koje im pružaju posebni državni programi, te neće moći usvojiti one obrasce ponašanja koji su nužni za održavanje stalnog zaposlenja ili školovanje djece (Šućur, 2001.).

2.3.2. Teorija začaranog kruga siromaštva

Osnovne postavke teorije začaranog kruga siromaštva svode se na to da siromaštvo rađa siromaštvo i tako prenosi svoje posljedice s generacije na generaciju. Odnosno, kada pojedinac „upadne“ u siromaštvo velika je šansa da će on, ali i njegovo potomstvo dugo ostati u tom statusu (Šućur, 2001.). Odrastanje djece u siromaštvu može prouzročiti mnoga kognitivna i tjelesna oštećenja, a održanjem nepovoljne situacije i kasnije tijekom života dolazi do intergeneracijskog prenošenja siromaštva (Šućur i sur., 2015.).

Začetnik teorije, Seebohm Rowntree je ustvrdio kako se, upravo zbog karakteristike prijenosa siromaštva, siromašne osobe nalaze u krugu koji nema ni početak ni kraj, a negativan stav prema siromašnima dovodi ih do ograničavajućih socijalnih i društvenih prilika (Barbarić, 2020.). Kumulativno nasljedni čimbenik siromaštva uvjetuje nakupljanje nepovoljnih životnih okolnosti koje jedna drugu potpomažu, sprječavajući izlazak iz kruga siromaštva (Šućur, 2001.). Ovakvo objašnjenje je prisutno i prihvaćeno u svakodnevnom životu s obzirom da postoji mnogo primjera koji podržavaju održanje siromaštva (Barbarić, 2001.).

Brojna istraživanja empirijski su potvrđena na nizu slučajeva. Problemi iz jednog područja života podrazumijevaju probleme na drugim područjima. Primjerice, loša prehrana sugerira loše stambene uvjete. Kombinacija neadekvatne ishrane i

neprimjerenog stambenog prostora za posljedicu nerijetko imaju loše zdravstveno stanje. Na ove probleme često se veže i niska razina obrazovanja, slabo plaćeni poslovi, ograničene mogućnosti zarađivanja i nizak stupanj mobilnosti. Navedenim problemima često se pripisuje i nedostatak motivacije, sve to u kombinaciji rezultira minimalnim šansama za izlazak iz siromaštva (Šućur, 2001.). Glavne kritike ove teorije upućene su sa stajališta da teorija ne daje odgovor na pitanje zašto nastaje siromaštvo, već daje odgovor na pitanje održanja siromaštva (Brady, 2019.).

2.3.3. Teorija situacijske prisile

Najpoznatiji predstavnik teorije situacijske prisile je Elliot Liebow, Liebow je promatrajući skupinu Afroamerikanaca došao do sljedećih zaključaka. Proučavani muškarci koji su živjeli u uvjetima siromaštva razlikovali su se od srednje klase po svom odnosu prema budućnosti. Primjerice, muškarci iz srednje klase su bili u mogućnosti štedjeti za budućnost, ulagati u nju te u svoju obitelj. S druge strane materijalno deprivirani pojedinac ne može si priuštiti štednju i ulaganju u budućnost jer je prisiljen potrošiti svoju zaradu kako bi uspio preživjeti (Šućur, 2001.).

Teorija situacijske prisile objašnjava ponašanje osoba koja žive u uvjetima siromaštva kao reakciju na okolnosti. Naime, oni se ponašaju na određeni način jer su ih na to prisilile životne okolnosti poput nezaposlenosti, niskih primanja ili bolesti. Pojednostavljeno, u slučaju nestanka situacijske prisile, nestalo bi i ponašanje kao posljedica te prisile (Brady, 2019.).

2.4. Mjerenje siromaštva

Prema literaturi, postoje dva najčešće upotrebljavanja načina mjerenja siromaštva. Jedan se temelji na potrošnji i konceptu apsolutnog siromaštva kojom se koristi Svjetska banka, dok se druga zasniva na dohotku i konceptu relativnog siromaštva, kojim se koristi Europska unija (Šućur, 2021.a).

Prvi način mjerenja siromaštva obilježava indirektan način. Indirektno mjerenje pretpostavlja da će određena razina prihoda omogućiti ljudima mogućnost potrošnje minimuma prehrane, stambenog pitanja i odjeće. U ovom pristupu naglasak je na tome da osobe imaju osnovne ekonomske resurse, a kako će

upravljati tim resursima nije pitanje indirektnog pristupa (Šućur, 2001.). S druge strane, direktni pristup usredotočen je na standard života koji ljudi uživaju. Siromaštvo se mjeri na temelju posljedica koje nastaju nakon prevođenja ekonomskih resursa u elemente životnog standarda. Naime, ovaj pristup zagovara činjenicu da socijalne i kulturne norme određuju stil života. Izbor područja života može sakriti prave razloge siromaštva, brojne studije radije biraju indikatore siromaštva kao što su zdravlje, nezaposlenost i socijalni kontakti (Šućur, 2001.).

Siromašnima se smatraju oni čiji su ekvivalentni dohodci manji od 60% medijana nacionalnog dohotka, dok su ekstremno siromašni pojedinci čiji su dohodci manji od 30% medijana nacionalnog dohotka (Šućur, 2014., prema Bilić, 2016.). Siromaštvo se može promatrati s objektivne i subjektivne perspektive. Objektivna perspektiva siromaštva, koja se nerijetko naziva „pristup dobrobiti“, uključuje normativne prosudbe o tome što čini siromaštvo, te što je potrebno kako bi pojedinci uspješno izašli iz siromaštva (Lok-Dessallien, 1999.).

Sve češće je prisutan i pojam subjektivnog siromaštva, pri čemu je važno uvidjeti kako sami ljudi doživljavaju vlastito blagostanje (Program borbe protiv siromaštva i socijalne isključenosti, 2002.). Subjektivno siromaštvo stavlja naglasak na ljudske preferencije, na to koliko cijene materijalna dobra i usluge, stoga je naglasak na individualnosti (Lok-Dessallien, 1999.). Građani procjenjuju minimalnu razinu dohotka koja im je nužna kako bi „spojili kraj s krajem“, dok se njihova mišljenja najčešće prikupljaju anketnim ispitivanjima. Ovaj koncept često je na meti kritičara, s obzirom da stručnjaci smatraju da siromaštvo ne ovisi o nečijoj procjeni kako netko misli da živi, već o tome kako zaista živi (Program borbe protiv siromaštva i socijalne isključenosti, 2002.).

Ekonomisti tradicionalno temelje svoja istraživanja na objektivnom pristupu, u najvećoj mjeri zbog prepreka na koje nailaze prilikom koncipiranja istraživanja temeljenog na subjektivnom pristupu koji često odstupa od objektivnog pristupa i podložan je različitim subjektivnim faktorima u procjeni vlastitog materijalnog statusa.

2.5. Posljedice siromaštva

Posljedica odrastanja u siromaštvu su mnogobrojne. Siromaštvo složenije utječe na djecu, nego na roditelje, ovisnost o roditeljima čini djecu ranjivima (Šućur i sur., 2015.). Opće je prihvaćeno mišljenje da financijski problemi utječu na roditelje, ali i njihovu djecu. Shodno tome, Conger i sur. (2010. prema Bilić, 2016.), razvili su model obiteljskog stresa. Model pretpostavlja kako će ekonomske poteškoće u vidu niskih prihoda, visokih dugova, negativnih financijskih događaja dovesti do situacije u kojima pojedinci nisu u stanju zadovoljiti materijalne potrebe obitelji.

Situacija nemogućnosti zadovoljenja potrebne količine hrane, odjeće i drugih potrepština rezultira stresom i velikim pritiskom. Takav način života povećava rizik za pojavu nepovoljnih psiholoških posljedica kao što su agresivnost, tjeskoba, depresija te predstavljaju prijetnju u odnosima između roditelja, pri čemu se narušeni odnosi među roditeljima nerijetko reflektiraju na njihovo postupanje prema djeci, što ponekad može rezultirati češćim kažnjavanjem i neprimjerenim odgojnim postupcima (Bilić, 2016.). Neka istraživanja ukazuju na socioekonomski status obitelji kao rizični čimbenik za zanemarivanje djece, što se odnosi na visoku povezanost između siromaštva u obitelji i zanemarivanja djece (Mennen i sur., 2010.).

Posljedice koje će odrastanje u siromaštvu ostaviti na djecu razlikuju se s obzirom na dob djeteta. Brojna istraživanja potvrdila su da je odrastanje u siromaštvu povezano s brojnim negativnim i nepoželjnim posljedicama i u odrasloj dobi. Osnovne posljedice dječjeg siromaštva mogu se podijeliti u zdravstveno-tjelesne, kognitivno obrazovne, socijalno-emocionalne i ekonomske (Šućur i sur., 2015.). Činjenica da siromašne osobe nisu u mogućnosti priskrbiti si adekvatnu ishranu ima brojne negativne implikacije na novorođenčad, djecu i odrasle. Neadekvatna prehrana može dovesti do preranog poroda i deformacije ploda (Šućur, 2001.). Djeca siromašnih roditelja češće se rađaju s nižom porođajnom težinom i imaju veću stopu smrtnosti u prvim mjesecima života (Brooks-Gunn i Duncan, 1997., prema Šućur i sur., 2015.). Djeca u siromaštvu češće obolijevaju od kroničnih bolesti poput astme i anemije, iako im je upravo radi njihove ranjivosti potrebna

kvalitetna zdravstvena skrb, nažalost ona nije im nije omogućena te im je uvelike otežan pristup zdravstvenim uslugama (Družić Ljubotina i Dragičević, 2022.).

Za vrijeme djetinjstva, kvalitetna prehrana je od velike važnosti s obzirom da su istraživanja potvrdila kako neprimjerena prehrana usporava psihofizički i mentalni razvoj, a posljedice će najviše biti vidljive tijekom školovanja (Šućur, 2001.). Djeca mogu imati probleme sa savladavanjem školskog gradiva, izostajati iz škole ili pak formirati negativan stav prema školi. Također, nastavnici ih mogu percipirati kao lijene ili nezainteresirane za nastavni proces (Bilić, 2016.). Kognitivne i obrazovne posljedice vidljive su u slabijim verbalnim i matematičkim vještinama, teškoćama u savladavanju vještina čitanja i pisanja. Djeca koja žive u uvjetima siromaštva nerijetko imaju slabiji školski uspjeh, rjeđe završavaju srednju školu, a još rjeđe pohađaju visokoškolsko obrazovanje (Družić Ljubotina i Dragičević, 2022.). Djeca koja odrastaju u obiteljima s niskim primanjima nerijetko nemaju školsku opremu, knjige i pribor, topli obrok u školi te često nemaju mogućnosti sudjelovati u izvannastavnim aktivnostima (Bilić, 2016.). No problem ne stvaraju samo nedovoljna primanja, već siromaštvo može biti povezano i s određenim karakteristikama roditelja koje nepovoljno utječu na dječji razvoj. Roditelji koji žive u uvjetima siromaštva nerijetko imaju niže obrazovanje i djeca odrastaju u obiteljskoj okolini koja je za njih manje intelektualno poticajna (Šućur i sur., 2015.). Istraživanja naglašavaju važnost obrazovanja majki, kod majki s nižim obrazovanjem primijećena je povećana smrtnost dojenčadi, češće zaostajanje djece u razvoju i pothranjenost, djeca imaju problema s prekomjernom tjelesnom težinom radi jednolične prehrane. Nadalje, nešto su učestaliji problemi ponašanja, emocionalni problemi, problemi mentalnog zdravlja i češće infekcije kod djece (Britvić, 2019.).

Socijalni i emocionalni razvoj djeteta povezan je sa siromaštvom (Šućur i sur., 2015.). Djeca više percipiraju siromaštvo preko socijalnih odnosa, nego materijalnih resursa. Nedostatak materijalnih sredstava za odgovarajuću odjeću, sportsku opremu, prijevoz ima ponekad utjecaj na svakodnevni život djece i na njihove interakcije s drugom djecom (Rdige, 2009., prema Bilić, 2016.). Vidljivi znakovi siromaštva i nemogućnost sudjelovanja u uobičajenim aktivnostima štetni su za djecu (Bilić, 2016.). Nemogućnost sudjelovanja u izvannastavnim

aktivnostima za djecu i mlade, nepriuštivost izlaska u klubove za mlade, manjak druženja kod kuće zbog nedostatka financijskih sredstava stavljaju djecu u rizik od socijalne isključenosti (Kletečki Radović i sur., 2017.). Djeca nerijetko doživljavaju nepoštovanje, ponižavanje, uskraćivanje prava, pad samopouzdanja, žrtve su verbalnog i fizičkog nasilja (Ridge, 2009., prema Bilić, 2016.). Zbog nemogućnosti ispunjavanja svojih želja djeca koja žive u uvjetima siromaštva znaju osjećati tugu i frustraciju uzrokovanih sukobima koji nastaju usred želje da pomognu roditeljima kao i potrebe da zadovolje svoje želje (Družić Ljubotina i Dragičević, 2022.).

Povezanost siromaštva sa socijalno ekonomskim razvojem može se objasniti manje stabilnom obiteljskom i socijalnom okolinom te djece i obilježjima roditeljstva. Često se radi o samohranim roditeljima i kućanstvima u kojima je ponekad slabiji roditeljski nadzor i viša razina obiteljskog stresa. Podržavajuće roditeljstvo jedan je od važnijih čimbenika djetetove socijalne i emocionalne dobrobiti, a odgovarajuća briga i roditeljska toplina pružena u ranom djetinjstvu štite djecu od nepovoljnih utjecaja (Šućur i sur., 2015.).

Unatoč činjenici da siromaštvo može otežati roditeljima da zadovolje različite potrebe svoje djece važno je naglasiti kako se mnogi roditelji ponašaju odgovorno i na adekvatan način (Katz i sur., 2007., prema Bilić, 2016.), brižno i s ljubavlju odgajaju svoju djecu. Shodno tome siromaštvo ne uzrokuje uvijek „loše“ roditeljstvo. Pojedini roditelji se trude zaštititi svoju djecu od pritisaka i problema s kojima žive (Ridge, 2009., prema Bilić, 2016.), dok su istovremeno nezadovoljni jer im ne mogu pružiti više i ono što priželjkuju (Bilić, 2016.).

Siromaštvo ne utječe negativno na razvoj djeteta samo tijekom djetinjstva, naime postoji povezanost između života u siromaštvu u ranom djetinjstvu i nepovoljnih ishoda u odrasloj dobi. Djeca koja su djetinjstvo provela u dugotrajnom siromaštvu imaju veći rizik da će biti siromašni i kao odrasli ljudi (Corcoran i Chaudry, 1997.; Hobcraft i Kiernan, 2001., prema Šućur i sur., 2015.). Neka istraživanja pokazuju da djeca iz obitelji čiji je dohodak bio ispod linije siromaštva imaju dvije godine manje završenog obrazovanja, odrade 25% manje radnih sati, zarađuju 50% manje, u većoj mjeri koriste programe socijalne pomoći te dvostruko češće izjavljuju kako

im je zdravstveno stanje loše i razina stresa visoka (Duncan, Kalil i Ziol-Guest, 2008., prema Šućur i sur., 2015.). Nadalje, rezultati istraživanja pokazali su da siromaštvo tijekom ranog djetinjstva ima veću povezanost sa zaradom i brojem ranih sati u odrasloj dobi, a manju povezanost s ponašanjima i pokazateljima zdravlja (Brooks-Gunn i Duncan, 1997.; Duncan, Ziol-Gues i Kalil, 2010., prema Šućur i sur., 2015.).

3. Mentalno zdravlje

3.1. Definiranje mentalnog zdravlja

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, mentalno zdravlje stanje je blagostanja u kojem svaki pojedinac ostvaruje vlastiti potencijal, može se nositi s normalnim životnim stresom, može raditi produktivno te je sposoban pridonositi svojoj zajednici (Britvić i Štrkalj Ivezić, 2019.).

Krajem šezdesetih godina 21. stoljeća Gerald Caplan utemeljuje preventivnu psihijatriju s ciljem da ona djeluje proaktivno i javnozdravstveno preventivno. Zamisao preventivne psihijatrije bila je da brine o mentalnom zdravlju cjelokupnog stanovništva (Torre, 2021.). Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji „Svaka četvrta osoba tijekom života obolijeva od jednog ili više mentalnih poremećaja.“ (WHO, 2022.).

Jasno je kako koncept mentalnog zdravlja nadilazi izostanak psihičke bolesti, a prilikom definiranja koncepta opisane su dvije važne sastavnice. Jedna od njih je ona „dobrog osjećanja“ ili „pozitivnog mentalnog zdravlja“. Dobrom osjećanju pripisuje se hedonistička komponenta odnosno pozitivni osjećaji to jesi pozitivni afekt, trenutak kada se osoba subjektivno dobro osjeća, zadovoljna je svojim životom, te je sretna. Uz navedenu komponentu, spominje se i eudemonička koja naglašava pozitivno funkcioniranje odnosno osjećaj angažiranosti, ispunjenosti, smisla, te socijalno dobro osjećanje (Britvić i Štrkalj Ivezić, 2019.).

Prema Miković (2007), ne postoji univerzalna definicija mentalnog zdravlja, već kriteriji kojima se nastoji odrediti mentalno zdravlje. Kriterij mentalnog zdravlja kao odsustva bolesti, doživio je brojne kritike, prema tom kriteriju osoba može biti istovremeno pokazivati poremećaje u ponašanju i imati značajan potencijal

zdravlja. Treći kriteriji je kriterij socijalne prihvatljivosti, koji počiva na prilagođenosti i uklopljenosti pojedinca u društvo s obzirom na općeprihvaćenost društvenih normi (Miković, 2007.).

3.2.Elementi mentalnog zdravlja

3.2.1.Socijalni elementi mentalnog zdravlja

Tijekom prošlosti psihijatrijska skrb primarno je bila okrenuta tretiranju velikog broja ljudi u velikim, specijaliziranim ustanovama, dok socijalni čimbenici mentalnog zdravlja nisu bili relevantni (Balaž Gilja, 2021.). Takav pristup doveo je do razvoja hospitalizacijskog sindroma te do otežanog integriranja osoba s duševnim smetnjama u zajednicu. Zahvaljujući prepoznavanju problema tog pristupa istraživanje mentalnog zdravlja usmjerilo se prema problemima beskućništva, kriminala, izolacije i isključenosti, i nezaposlenosti (Hansson i sur., 2002; Chaimowitz, 2012; Pratt, 2012., prema Balaž Gilja, 2021.).

Kao što je ranije spomenuto, brojni čimbenici utječu na mentalno zdravlje pojedinca. Imajući to na umu, mentalno zdravlje i problemi mentalnog zdravlja pod utjecajem su socijalnog, ekonomskog i fizičkog okruženja, shodno tome rizici za nastanak problema mentalnog zdravlja u velikoj mjeri su povezani s društvenim nejednakostima (Britvić i Štrkalj Ivezić, 2019.). Drugim riječima čimbenici rizika za mnoge duševne smetnje uvelike su povezani s društvenim nejednakostima (Allen i sur., 2014., prema Britvić i Štrkalj Ivezić, 2019.). Na nejednakostima položaja društvenih skupina u raspodjeli materijalnih dobara, moći i ugleda formiraju se tri stratifikacijske dimenzije: ekonomska, politička i statusna. Pripadnost određenoj skupini utječe na materijalne uvjete, stil života i životne šanse (Musa, 2019.). U svakom društvu postoji skup ideja kojima se objašnjava i podupire nejednaka raspodjela bogatstva, ugleda i moći (Musa, 2019.).

Imajući na umu životnu perspektivu, vidljivo je kako utjecaji koji djeluju u svakoj životnoj fazi mogu imati učinak na mentalno zdravlje. Niski socioekonomski uvjeti, društvena nejednakost i siromaštvo već u prenatalnom razdoblju mogu imati snažan utjecaj na fizičke, mentalne i kognitivne posljedice u ranom i kasnijem životu (Britvić i Štrkalj Ivezić, 2019.). Primjerice, majčino loše zdravstveno stanje i neadekvatna prehrana, zlouporaba alkohola i droga, stres i vrlo zahtjevan fizički

rad može negativno utjecati na razvoj fetusa i kasnije životne ishode (Britvić i Štrkalj Ivezić, 2019.). Rizični čimbenici za razvoj uobičajenih perinatalnih poremećaja obuhvaćaju socioekonomsku depriviranost, neplaniranu trudnoću, nedostatak intimne partnerske empatije i potpore, doživljavanje nasilja od intimnog partnera, nedovoljnu emocionalnu i praktičnu podršku, a kod pojedinih žena rizični čimbenik je i povijest mentalnih bolesti. Zaštitni čimbenici od nastanka perinatalnih poremećaja su viši stupanj obrazovanja, stalno zaposlenje, pripadnost etničkoj većini i podržavajući intimni partner (Britvić, 2019.).

Kako bi se smanjile nejednakosti te učestalost pojave problema mentalnog zdravlja važno je poduzimati mjere za poboljšanje uvjeta svakodnevnog života. Važno je djelovanje kroz sve životne faze, krenuvši od onih prije rođenja, u ranom djetinjstvu, djetinjstvu, školskoj dobi i adolescenciji, tijekom stvaranja i razvoja obitelji, kroz radni vijek te u starijoj dobi. Poduzimanjem mjera tijekom navedenih životnih faza smanjuje se rizik od nastanka problema mentalnog zdravlja povezanih s društvenim nejednakostima (Britvić, 2019.).

3.2.2. Psihološki elementi mentalnog zdravlja

Različiti psihološki čimbenici mogu biti rizični za pojavu problema mentalnog zdravlja. Ti čimbenici mogu biti naslijeđeni i urođeni ili pak povezani s traumatskim događajima i specifičnostima u psihosocijalnom razvoju (Britvić i Štrkalj Ivezić, 2019.). Na urođene karakteristike slabo se može utjecati i mijenjati ih, ali može se pokušati umanjiti njihov negativni učinak na mentalno zdravlje, te karakteristike mogu biti okidač bolesti ili mogu pridonijeti razvoju simptoma (Britvić, 2019.).

Prilikom procjene psiholoških čimbenika važno je procijeniti niz aspekata određene osobe. Procjenjuje se pet osnovnih aspekata: adaptabilnost, odnosi s drugima, kognitivno funkcioniranje, sposobnost za rad i sposobnost za igru. Stručnjaci obraćaju pozornost na adaptabilnost odnosno prilagodbu na svakodnevne unutarnje i vanjske podražaje. Unutarnji podražaji su misli i osjećaji, fantazije, strahovi boli i druge senzacije, vanjski podražaji uključuju odnose s drugima, svakodnevni pritisci na radnom mjestu, financijski problemi, stres i drugi (Britvić, 2019.). Osobe mogu podnijeti određenu razinu podražaja, pritisaka i

stresa. Ljudi se nerijetko nose sa stresom, a da toga nisu ni svjesni zahvaljujući nesvjesnim mehanizmima obrane. Mehanizmi obrane koji omogućuju da osoba zadrži ili unaprijedi raniju razinu funkcioniranja su adaptabilniji ili zreliji obrambeni mehanizmi. Slabije adaptivni obrambeni mehanizmi nazivaju se još nezrelim ili primitivnim obrambenim mehanizmima. Pri funkcioniranju obrambenih mehanizama važna je fleksibilnost obrana, imaju to na umu, u određenim životnim situacijama neki obrambeni mehanizam je nezreo, a u drugim koristan i adaptabilan (Britvić i Štrkalj Ivezić, 2019.).

Važan aspekt je odnos s drugim ljudima, koji pomaže procijeniti sigurnost, osjećaj sebe i drugih, povjerenje i intimnost. Odnosi s najbližim osobama iz čovjekove okoline pružaju stvaranje povjerenja, osjećaja sigurnosti, intimnosti i uzajamnosti, s druge strane odnosi s obitelji, prijateljima i partnerima mogu biti izvor boli, patnje, frustracije (Britvić, 2019.). Jedan od aspekata svakako su i kognitivne funkcije, prilikom njihove procjene važno je obratiti pažnju na kognitivno funkcioniranje, donošenje odluka i sposobnost rješavanja problema. Neke od kognitivnih funkcija su intelektualne funkcije, mišljenje, pažnja, govor, jezik i pamćenje. Lazarus (prema Britvić, 2019.) svojom teorijom stresa razlikuje osobe koje reagiraju vještinama vezanim uz planiranje i rješavanje problema, drugi se vode emocijama usmjerenim suočavanjem, dok treći izbjegavaju suočavanje s problemima. Osobe koje se odbijaju suočiti s problemskom situacijom nerijetko posežu za raznim sredstvima ovisnosti, poput alkohola, droga, kockanja i slično, te nerijetko reagiraju impulzivno (Britvić, 2019.). Sposobnost za rad i igru važan su aspekt procjene zrelosti osobe. Rad je bitna aktivnost koja okupira psihičku i fizičku snagu, pojedincima je najvažniji element rada zaraditi novac za održavanje. Nadalje, sposobnost za igru defibeginiramo prema tome kako provodimo slobodno vrijeme, što radimo kako bismo se opustili i uživali (Britvić, 2019.).

3.3. Psihijatrijski poremećaji

Prema podacima o pojavnosti, troškovima liječenja i rehabilitacije, invaliditeta, Svjetska zdravstvena organizacija duševne smetnje navodi kao jedan od vodećih javnozdravstvenih problema u europskoj regiji. Prema statističkim podacima oko 100 milijuna svjetske populacije pati od anksioznosti i depresije, 21 milijun pati

od ovisnosti o alkoholu, 7 milijuna ljudi dijagnosticirano je demencijama, te 4 milijuna ljudi boluje od shizofrenije i bipolarno afektivnog poremećaja (WHO, 2005., prema Balaž Gilja, 2021.). Socijalni kriterij kao odrednicu mentalnog zdravlja koristi prilagodljivost osobe na zahtjeve okoline i prihvaćanje socijalnih normi. Odstupanje od normalnog ponašanja osoba iskazuje ako nije socijalno prilagodljiva. Socijalni kriterij nije jedini, niti je opće prihvaćen, nestabilan je u vremenu te ne uzima u obzir individualne razlike između ljudi (Begić, 2015.).

Psihotični poremećaji nastaju u psihogeno i socijalno toksičnim situacijama, psihotično iskustvo, kao i svako drugo, sadrži kontekstualnu konfiguraciju, okidač i razumijevanje. Teorije o socijalnoj kauzalnosti psihijatrijskih poremećaja utvrđuju povezanost socioekonomskih čimbenika s unutaršnjim životima pojedinaca. Prema tome i najteži oblici psihičkog propadanja mogu nastati bez endogene podloge to jest bez patološkog neurobiokemijskog impulsa (Torre, 2021.). U literaturi se spominje veza između siromaštva i psihotičnih poremećaja. Naime, najvjerojatnije je postojanje indirektno poveznice između društvenog statusa i shizofrenije. Uvjeti života koje doživljavaju osobe nižeg socioekonomskog statusa mogu narušiti njihovu sposobnost suočavanja s problematičnim i stresnim situacijama (Murali, 2004., prema Lepiece i sur., 2015.). Autori naglašavaju da nemogućnost nošenja sa stresnim situacijama ne rezultira automatski nastankom psihotičnog poremećaja, već da u kombinaciji s genetskim predispozicijama i visokim razinama stresa doprinosi pojavi psihotičnog poremećaja (Lepiece i sur., 2015.).

3.4. Očuvanje mentalnog zdravlja

Za očuvanje mentalnog zdravlja ključno je udruženo djelovanje socijalnih, psiholoških i bioloških čimbenika koji zajednički pridonose uspostavljanju i održavanju mentalnog zdravlja (Britvić i Štrkalj Ivezić, 2019.).

Postoji niz vanjskih i unutaršnjih čimbenika koji narušavaju emocionalnu ravnotežu svakog pojedinca te mogu posredovati pri nastanku problema mentalnog zdravlja odnosno pojave bolesti. Održavanje i unaprjeđenje mentalnog zdravlja te prevencija mentalnih bolesti i poremećaja od stručnjaka zahtijeva poznavanje spomenutih čimbenika, te sposobnost da se primjene postupci kojima se umanjuje

štetni učinak djelovanja različitih nepovoljnih situacija i stanja (Britvić i Štrkalj Ivezić, 2019.). Djelovanje rizičnih i zaštitnih čimbenika prisutno je naviše različitih razina; na razini pojedinca, obitelji, razini zajednice te na strukturalnoj i populacijskoj razini (Britvić i Štrkalj Ivezić, 2019.).

S ciljem smanjenja društvenih nejednakosti te smanjenja sveukupne pojavnosti problema mentalnog zdravlja u populaciji, izrazito je važno krenuti s poduzimanjem mjera za poboljšanje uvjeta svakodnevnog života. S provođenjem konkretnih mjera valjalo bi krenuti prije rođenja pojedinca, zatim tijekom djetinjstva, u školskoj dobi i adolescenciji, u razdoblju stvaranja i razvoja obitelji, tijekom radnog vijeka te u starijoj dobi (Britvić i Štrkalj Ivezić, 2019.). Kao jedan od bitnih činitelja očuvanja mentalnog zdravlja je zaposlenost. Ona je ključna u održavanju stabilnosti mentalnog zdravlja, te pospješuje rehabilitaciju. Omogućavanje zaposlenja ili održavanja radnog mjesta ima brojne pozitivne učinke na više životnih područja osoba s problemom mentalnog zdravlja, nego li gotovo bilo koje druge medicinske ili socijalne intervencije (Boardman i sur., 2003.).

Kad je riječ o obrazovanju kao činitelju očuvanja mentalnog zdravlja važno je istaknuti da ono ima značajnu socijalnu i ekonomsku dimenziju, na individualnoj razini određuje i socijalnu mobilnost. Osiguranje načela jednakih mogućnosti odnosno jednako dostupnog obrazovanja pod jednakim uvjetima doprinosi ulasku ili nastavku začaranog kruga siromaštva (Babić, 2021.). Važno je spomenuti kako obrazovanje pozitivno utječe na proizvodnost i socijalnu dobrobit pojedinca. Pozitivne implikacije proizvodnosti ogledaju se u porastu produktivnosti buduće radne snage, što posljedično pospješuje ekonomski razvoj zemlje. Pozitivne implikacije na socijalnu dobrobit pojedinca vidljive su kroz socijalizacijsku funkciju obrazovanja, kroz usvajanje društvenih normi i vrijednosti ključne za učinkovitije funkcioniranje u društvu, te veći krug socijalnih kontakata (Babić, 2021.). Navedeni razlozi izdatke za obrazovanje čine investicijama koje donose porast budućih koristi (Babić, 2021.).

U literaturi se često spominje i teorijski koncept obiteljskog investicijskog modela (Martin i sur., 2010., prema Bilić, 2016.). Koncept se temelji na usporedbi višeg

socioekonomskog statusa s nižim, pretpostavljajući da obitelji s boljim materijalnim resursima, ljudskim i socijalnim kapitalom su u mogućnosti više ulagati u razvoj djece što se povezuje s pozitivnim razvojnim ishodima i općenito boljim uspjehom djece (Bilić, 2016.). Neka istraživanja pokazuju da su imućniji roditelji skloniji pokazivanju više topline i poštovanja prema svojoj djeci, izbjegavaju fizičko kažnjavanje, više su uključeni i zainteresirani za aktivnosti i uspjeh vlastite djece. S druge strane siromašni roditelji ulažu sve svoje snage i napore kako bi zadovoljili egzistencijalne potrebe svojih obitelji te nisu u stanju odgovoriti na sve potrebe djece, češće upotrebljavaju neprimjerene odgojne metode, među kojima su fizičko kažnjavanje, zlostavljanje ili zanemarivanje (Engle i Black, 2008., prema Bilić, 2016.).

Politika mentalnog zdravlja se sve češće uključuje u javne resore pojedine zemlje u cilju promocije važnosti mentalnog zdravlja i prevencije problema mentalnog zdravlja, potpore rehabilitaciji, resocijalizaciji i socijalnom uključivanju oboljelih te ostvarivanju općih ljudskih prava i uklanjanja stigmatizacije osoba s duševnim smetnjama (Novak i Petek, 2015., prema Balaž Gilja, 2021.).

4. Povezanost siromaštva i problema mentalnog zdravlja

Za razliku od biologijskog i psihoanalitičkog psihijatrijskog usmjerenja, nakon Drugog svjetskog rata, razvija se socijalna psihijatrija utemeljena na socijalnoj kauzalnosti psihijatrijskih poremećaja koja počiva na socijalnom modelu razumijevanja mentalnog zdravlja koji je svojstven i za profesiju socijalnog rada. Uvode se grupno terapijski modeli i intervencije te se potencira reorganizacija psihijatrijske zdravstvene službe k onoj okrenutoj zajednici i za zajednicu (Torre, 2021.). Socijalna psihijatrija u liječenje uključuje mikro socijalno okruženje i socijalne odnose oboljelog, a liječenje se ne bazira samo na pojedincu već i na zajednici u kojoj oboljeli živi i radi. Nakon nastanka socijalne psihijatrije dolazi do shvaćanja siromaštva i socijalne deprivilegiranosti kao uzročnih čimbenika za nastanak psihijatrijskih poremećaja. U tom smislu i posljedični zahvati na razini društva unutar mikrosocijalne razine, a ne samo na razini pojedinca (Torre, 2021.).

Siromaštvo je u svojoj suštini slojevit koncept zbog međusobne povezanosti s mnogo različitih faktora poput obrazovanja, društvenog statusa i nezaposlenosti (Lepiece i sur., 2015.). Siromaštvo se sa svojim pojedinim dimenzijama direktno odražava na mentalno zdravlje kao višedimenzionalni koncept (Lund, 2010., prema Lepiece i sur., 2015.). Murali (2004., prema Lepiece i sur., 2015.), naglašava tvrdnju da siromaštvo može biti odrednica i posljedica lošijeg mentalnog zdravlja.

Mnoga istraživanja (Blaxter, 1990.; Blazer, Kessler, McGonagle i Swartz, 1994.; Goldberg i Huxley, 1992.; Rodgers, 1991.; prema Weich i Lewis, 1998., prema Katović, 2020.), naglašavaju kako je pojava mentalnih poremećaja poput anksioznosti i depresije najveća među ljudima s niskim standardom života.

Prilikom istraživanja povezanosti ekonomskog statusa s mentalnim zdravljem, siromaštvo se često povezuje s osjećajem poniženja, bijesa, ljutnje i očaja (Frost i Hoggett, 2008., prema Družić Ljubotina i Ljubotina, 2014.). Odnos između zdravlja i siromaštva iznimno je složen i višedimenzionalan, a fenomen siromaštva koristi se kao jasan pokazatelj životnog standarda unutar modernih društava (Schofield i sur., 2013.). Prema Družić Ljubotina i Ljubotina, (2014) postoje različiti mehanizmi i objašnjenja za zdravstveno stanje i psihološku dobrobit pojedinca. Postoje pristupi koji polaze od tvrdnje da su niže sposobnosti i lošije zdravlje zaslužni za niži socioekonomski status te među tim kategorijama nailazimo na veću pojavnost zdravstvenih i psiholoških problema.

Neusporedivo najveći čimbenik rizika za nastanak psihijatrijskih poremećaja je upravo siromaštvo (Torre, 2021.). Materijalna deprivacija dovodi se u vezu s lošijim mentalnim zdravljem osoba zbog kroničnog stresa koji siromaštvo uzrokuje (McLeod i Shanahan, 1993.). Niži socioekonomski status najvažniji je čimbenik rizika i značajno povisuje rizik od obolijevanja od duševnih poremećaja. Navedena konstatacija već je godinama najkonzistentniji rezultat epidemiologije društvenih znanosti. Siromaštvo je najprisutniji uzročni ili podržavajući čimbenik u nastanku psihijatrijskih poremećaja, što je teži poremećaj to je veća vjerojatnost prisustva nepovoljnih socijalnih čimbenika (Torre, 2021.). Postoje slaganja, ali i razilaženja stručnjaka oko povezanosti siromaštva i duševnih smetnji. Dvije su glavne teorije, pri čemu pojedini stručnjaci smatraju da duševne smetnje dovode

do rizika od siromaštva odnosno zagovaraju *social drift* hipotezu (Saraceno i Barbui, 1997., prema Topor i sur., 2014.). S druge strane stručnjaci zagovaraju tezu da je siromaštvo značajan čimbenik za narušavanje mentalnog zdravlja i razvoja duševnih bolesti, *social causation* (Boyle, 2011., prema Cohen, 1993., prema Topor i sur., 2014.).

Depresija i anksioznost poremećaji su mentalnog zdravlja od kojih pati oko 8% ljudi u svijetu, osobe s nižim socioekonomskim statusom imaju od 1,5 do 3 puta veći rizik od obolijevanja od depresije i anksioznosti i drugih čestih duševnih bolesti, u usporedbi s imućnijim pojedincima (Ridley i sur., 2020.). Prema Ridley i sur. (2020.) utvrđena je dvosmjerna kauzalna povezanost između siromaštva i problema mentalnog zdravlja. Gubitak prihoda može povećati rizik od nastanka problema mentalnog zdravlja, te dovesti do nezaposlenosti, prezaduženosti, odnosno takvi iznenadni ekonomski šokovi mogu negativno utjecati na mentalno zdravlje. Kao i svaka bolest, depresija i anksioznost direktno mogu utjecati na ekonomske mogućnosti pojedinca jer utječu na njegovu sposobnost za rad, kognitivne funkcije, preferencije i uvjerenja (Ridley i sur., 2020.).

Niski socioekonomski status povezan je s viskom prevalencijom depresije (Lorant, 2003., prema Lepiece i sur., 2015.) pri čemu su longitudinalne studije pokazale jasan odnos između pogoršanja socioekonomskih okolnosti i depresije (Lorant, 2007., prema Lepiece i sur., 2015.). Incidencija depresije viša je među osobama nižeg socioekonomskog statusa što podupire tezu da siromaštvom uzrokovan stres može biti važna odrednica depresije (Murali, 2004., prema Lepiece i sur., 2015.).

Siromaštvo i društvena raspodjela opisane su kao rizični faktor za smrtnost povezanu s alkoholom (Harrison, 1999., prema Lepiece i sur., 2015.). Poznato je da niže obrazovanje, neadekvatni stambeni uvjeti, nedostatak osnovnih životnih potrepština čini pojedince podložnijima prema različitim ovisničkim ponašanjima (Droomers i sur., 1999., prema Khan i sur. 2002.). Na prekomjerno uživanje alkoholnih pića gleda se kao na način nošenja sa stresom, pri čemu životna situacija pojedinca postaje „podnošljivija“ prilikom konzumacije alkoholnih pića (Carson i Butcher, 1992., prema Khan i sur., 2002.). Prilikom istraživanja upotrebe alkohola i siromaštva, najčešće dobiveni rezultati su da je ovisnost o alkoholu

primijećena u kućanstvima s niskom razinom obrazovanja i nižim socioekonomskim statusom (Delva i Kameoka, 1999., Droomers i sur., 1999., prema Khan i sur., 2002.). Rezultati istraživanja ukazali su na činjenicu da siromaštvo povećava upotrebu alkohola i alkoholom izazvane probleme (Khan, 2002., prema Lepiece i sur., 2015.). Istraživanje je također pokazalo da su posljedice prekomjernog uživanja alkoholnih pića puno teže za osobe nižeg socioekonomskog statusa, implicirajući da osobe višeg socioekonomskog statusa raspolažu alternativnim načinima koji im omogućavaju da kontroliraju loše posljedice pijenja (Mäkelä, 2008., prema Lepiece i sur., 2015.).

Osobe s duševnim smetnjama čine oko 24,4% osoba s invaliditetom (oko 143 147 osoba), a što govori da svaki 35. stanovnik od 1000 stanovnika u Hrvatskoj ima ozbiljne probleme mentalnog zdravlja (HZJZ, 2021). Kako je narušeno mentalno zdravlje najviše zastupljeno kod osoba u aktivnoj radnoj dobi (20-64 g), to implicira kako su mentalno zdravlje i socioekonomske prilike usko povezane i isprepletane (Balaž Gilja, 2021.).

Mnoga istraživanja pokazuju da se duševne smetnje i loše ekonomske situacije pojavljuju zajedno (Hollingshead i Redlich, 1958., Myers i Bean, 1968., Robichaud i sur., 1994., Topor i sur., 2013., prema Balaž Gilja, 2021.). Narušeno zdravlje može doprinijeti niskom socioekonomskom statusu i lošem životnom standardu (Schofield i sur., 2013.), ali i život u siromaštvu i nedostatak materijalnih sredstava dovodi se u vezu s narušenim zdravljem i povećanim rizikom od narušavanja mentalnog zdravlja (Hodgkinson i sur., 2017., prema Balaž Gilja, 2021.). Odrasli siromašni pojedinci često obavljaju fizičke poslove radi nižeg obrazovanja i kvalifikacija. Loša i neadekvatna ishrana na odrasle ostavlja posljedice u vidu manjka energije za obavljanje fizičkih poslova, istovremeno se smanjuje otpornost na bolesti što ponekad rezultira izostajanjem s radnog mjesta odnosno bolovanjem. Posljedično, česta bolovanja smanjuju ionako niska primanja. Nadalje, osobe koje žive u uvjetima siromaštva nerijetko su primorane živjeti u ispodprosječnim razina stanovanja, stambeni prostori često su sagrađeni od loših materijala, stanuju u prenapučenim prostorima koji mogu biti opasni i po tjelesno zdravlje (Šućur, 2001.).

Dosadašnja empirijska istraživanja isključenosti u sklopu EU bila su usmjerena poglavito na tržište rada. Polazi se od toga da nezaposlenost i smanjeni socijalni izdaci ugrožavaju socijalnu participaciju i integraciju (Šućur, 2004.).

Prema Milačić Vidojević i sur., (2011.), niti jedna aktivnost ne doprinosi osjećaju samopoštovanja i socijalnog identiteta kao posao, a isključenost iz sfere plaćenog rada rezultira materijalnom deprivacijom, snižava samopouzdanje, te stvara osjećaj izoliranosti i marginaliziranosti. Same te činjenice dostatne su za narušavanje mentalnog zdravlja općenito, što samo može dodatno destabilizirati već narušeno zdravlje osoba s duševnim smetnjama. Uočeno je da nezaposlenost ima značajan utjecaj na obrasce pijenja (Popović, 2013., prema Lepiece i sur., 2015.).

Istraživanje Družić Ljubotina i Ljubotina, (2014.) provedeno je sa 162 primatelja socijalne pomoći i 475 zaposlenih osoba razvrstanih u tri skupine ovisno o razini primanja. Rezultati istraživanja pokazali su povezanost nižeg socioekonomskog statusa s nižim samopoštovanjem, vanjskim lokusom kontrole te nižom samoprocjenom tjelesnog i mentalnog zdravlja.

Navedeni podaci ukazuju da mentalno zdravlje i siromaštvo međusobno djeluju na negativan način. Postoji izvjestan rizik od nastanka problema s mentalnim zdravljem među osobama koje žive u siromaštvu i povećana vjerojatnost za osobe s mentalnim problemima da postanu ili ostanu siromašni (Lund i sur., 2011.). Autori naglašavaju da su longitudinalni podaci oskudni i precizne uzročne veze je teško identificirati. Unatoč tome utvrđene su dvije već spomenute hipoteze; *social drift* i *social causation* te pružaju bolje razumijevanje siromaštva i mentalnog zdravlja (Hudson, 2005., prema Lepiece i sur., 2015.). *Social causation* hipoteza tvrdi da su uvjeti života u siromaštvu ti koji povećavaju rizik od problema mentalnog zdravlja kroz različite varijable poput kroničnog stresa, socijalne isključenosti, smanjenog socijalnog kapitala, slabije prehrane i teških životnih uvjeta (Lund i sur., 2010.). S druge strane *social drift* hipoteza tvrdi da su osobe koje boluju od mentalnih poremećaja izložene riziku siromaštva ili ostajanja u siromaštvu kroz gubitak zaposlenja, smanjenu produktivnost i stigmatu (Saraceno, 2005., prema Lepiece i sur., 2015.). Obje hipoteze su kompleksne, *social causation*

primjenjuje se na probleme s mentalnim zdravljem poput depresije, dok se *social drift* hipoteza primjenjuje na poremećaje poput shizofrenije (Lund i sur., 2011.). Uzimajući u dosadašnje spoznaje, stručnjaci rade na utvrđivanju temeljnih mehanizama koji mogu doprinijeti razvitku učinkovitih politika i zakona kako bi se zaštitilo mentalno zdravlje osoba koje žive u siromaštvu (Ridley i sur., 2020.).

4.1. Učinci siromaštva na mentalno zdravlje djece

Prema Batty i Flint (2010), postoji veza između siromaštva i lošeg mentalnog zdravlja. Podaci pokazuju kako velik broj ljudi koji žive u siromaštvu ima probleme mentalnog zdravlja, a poseban naglasak stavlja se na žene. Problemi mentalnog zdravlja najčešće se odnose na depresiju te podložnost stresu koji je izazvan nezaposlenošću i prezaduženošću (Hooper i sur., 2007., prema Družić Ljubotina i Ljubotina, 2014.). Longitudinalnim istraživanjem cjelokupnih obitelji koje žive u siromaštvu, autori su došli do rezultata koji mogu implicirati snažnu povezanost siromaštva i stresa kod svih članova obitelji koja dovodi do pojave ili pogoršanja već postojećih problema s mentalnim zdravljem poput depresije, anksioznosti, agresije, somatskih poremećaja te problema pažnje (Santiago i sur., 2009., prema Katović, 2020.).

Sustavnim pregledom i metaanalizama sedamnaest studija o pojavi depresivnosti kod majki odnosno pojavi depresivnosti u zemljama u razvoju pokazali su da djeca majki koje imaju izražene simptome depresivnosti imaju veći rizik od pothranjenosti, niske porođajne težine, što posredno u konačnici može rezultirati povećanim rizikom za razvoj depresije (Britvić i Štrkalj Ivezić, 2019.). Uspoređivanjem fizičkih i psihosocijalnih stresora siromašnije i bogatije djece, Evans i Kim (2013., prema Katović, 2020.) došli su do zaključka da povećana izloženost stresorima kao što su neadekvatno prebivalište, narušeni obiteljski odnosi te postavljeni preveliki zahtjevi od strane okoline kod siromašnije djece mogu uzrokovati preopterećenje fiziološkog sustava što rezultira kroničnim stresom. Kronični stres ima negativan utjecaj na kognitivne funkcije poput sposobnosti pamćenja, pažnje i regulacije emocija te može dovesti do problema s mentalnim zdravljem poput depresije i anksioznosti (Pinel, 2001., prema Katović, 2020.).

Na kasnije zdravlje djece ključnu ulogu ima roditeljsko mentalno zdravlje (Britvić, 2019.). Roditelji koji su siromašni češće su lošijeg zdravstvenog stanja, uključujući mentalno i fizičko, u usporedbi s bogatijim roditeljima (Adler i sur., 1993., prema Brooks-Gunn i Duncan, 1997.). Razdražljivost i depresivnost roditelja povezuju se konfliktnim interakcijama s adolescentima koje dovode do nezadovoljavajućeg emocionalnog, socijalnog i kognitivnog razvoja djece (Conger i sur., 1994., prema Brooks-Gunn i Duncan, 1997.). Conger i suradnici, (1997., prema Brooks-Gunn i Duncan, 1997.) u provedenom istraživanju utvrdili su da mentalno zdravlje roditelja objašnjava neke od učinaka ekonomskih okolnosti na zdravlje i ponašanje djeteta. Također, loše mentalno zdravlje roditelja može se povezati s narušenim interakcijama između djeteta i roditelja te s manje potpore tijekom obrazovanja (Brooks-Gunn i Duncan, 1997.).

Opsežnim istraživanjem Raboteg-Šarić i Pećnik (2006) o učincima siromaštva i financijskih poteškoća na roditeljstvo, utvrdile su kako su financijske poteškoće glavni prediktor roditeljske depresije, a depresivniji roditelji manje se uključuju u odgoj djece, imaju slabiji nadzor nad dječjim aktivnostima i pružaju manje podrške djeci (Ajduković i sur., 2019.). Opaženo je kako djeca koja žive u uvjetima siromaštva imaju veći rizik za razvoj problema mentalnog zdravlja za razliku od djece imućnijih roditelja, točnije vjerojatnost da će se djetetu dijagnosticirati problem mentalnog zdravlja tri puta je veća za siromašniju djecu (Green i sur., 2005., prema Boardman, 2011.).

Djeca majki s problemima mentalnog zdravlja pet puta češće pate od problema mentalnog zdravlja. Također, izloženost višestrukim rizicima posebno je štetna zbog kumuliranja učinka. Kao što je već ranije spomenuto, na mentalno zdravlje moguće je utjecati od rane dobi. Rizični čimbenici koji utječu na mentalno i fizičko zdravlje su nepovoljni obiteljski uvjeti, kvaliteta roditeljstva, nedostatak sigurne povezanosti, prisutnost zanemarivanja, nedostatak kvalitetne stimulacije i učestali sukobi u obitelji (Britvić, 2019.). Prema Ajduković i sur., (2019), socijalno situacijski stresori koji uključuju nezaposlenost roditelja, siromaštvo i socijalnu izolaciju obitelji predstavljaju rizične čimbenike za korištenje nasilnih odgojnih metoda i predstavljaju rizik za zlostavljanje djece. Na djecu posebno loše utječe izloženost zanemarivanju, izravnom tjelesnom i psihičkom zlostavljanju te

odrastanje u obiteljima s prisutnošću nasilja (Britvić, 2019.). Kalebić Jakupčević i Ajduković (2011., prema Ajduković i sur., 2019.) svojim su istraživanjem ustanovile da uz probleme mentalnog zdravlja, slabiji ekonomski status, manja socijalna podrška, fizička i verbalna agresija u partnerskim sukobima su značajni čimbenici rizika za zlostavljanje djece.

Istraživanja o obrazovanju djece koja žive u siromaštvu pokazala su kako siromašna djeca u manjoj mjeri stječu visoko obrazovanje te postoji veći rizik za njihovo ispadanje iz srednjoškolskog obrazovanja (Baturina i sur., 2014.). Jedan od glavnih čimbenika za socijalno uključivanje i izlazak iz siromaštva je obrazovanje jer se višim obrazovanjem otvaraju mogućnosti zapošljavanja i smanjuje rizik od začaranog kruga siromaštva (UNDP, 2009., Wolf, 2007., prema Kletečki Radović i sur., 2017.). S obzirom na taj podatak, važno je da su djeca i mladi što više uključeni u obrazovni proces te da imaju pozitivna iskustva sa školom i pozitivne odnose s drugima u školi. S takvim pogledom na obrazovanje djeca će biti motiviranija za nastavak obrazovanja i pokušat će kroz obrazovanje ostvariti svoje životne ciljeve (Matković, 2010.; UNDP, 2009., prema Kletečki Radović i sur., 2017.). Prema istraživanju Kletečki Radović i sur., (2017) roditelji mladih iz siromašnih sredina nerijetko nisu u mogućnosti financirati i podržati obrazovanje svoje djece u skladu s njihovim interesima. Iz tog razloga mladi su ograničeni na obrazovne programe koji se nude u njihovim lokalnim zajednicama, spomenuti obrazovni programi su često zanimanja koja nisu tražena na tržištu rada (Miličević i Dolenc, 2009., prema Kletečki Radović i sur., 2017.).

Uz sve navedeno siromaštvo ima utjecaj na emocionalni razvoj djeteta. Siromaštvo često djeci uskraćuje ekonomsku sigurnost i narušava njihove društvene odnose. Također, djeca se teže nose sa socijalnim rizicima, socijalnim razlikama i nepovoljnim položajima (Ridge, 2009.). Istraživanja u kojima su sudionici bila djeca i mladi otkrila su da siromaštvo može biti uzrok anksioznosti i ponekad depresije. Zbog straha od vršnjačkog nasilja, socijalnog isključivanja iz društva djeca se mogu osjećati anksiozno i drugačije od drugih. Siromaštvo donosi neizvjesnost i nesigurnost u dječje živote, smanjujući njihovo samopouzdanje i

nadu da će u budućnosti „biti bolje“ (Willow, 2001.; Ridge, 2002.; Seaman i sur., 2006.; Hooper i sur., 2007.; and Crowley i Vulliamy, 2007., prema Ridge, 2009.).

Djeca koja se nalaze u nižim socioekonomskim skupinama najvjerojatnije neće imati uvjete koji bi im omogućili optimalni razvoj kao djeca roditelja višeg socioekonomskog statusa. Unatoč tome, negativan utjecaj niskih socioekonomskih uvjeta može se nadomjestiti zaštitnim aktivnostima roditelja, primjerice kvalitetnim društvenim i emocionalnim interakcijama, potporom šire obitelji i jake zajednice (Britvić, 2019.). Među zaštitne čimbenike mentalnog zdravlja, prema nekim istraživanjima, spadaju i viši stupanj obrazovanja, stabilno zaposlenje, pripadnost etničkoj većini i pouzdan intimni partner (Britvić, 2019.).

4.2. Učinci siromaštva na mentalno zdravlje beskućnika

Beskućnici se kao ekstremno siromašne osobe ubrajaju u posebno ranjive i socijalno isključene osobe (Družić Ljubotina i sur., 2016.). Tijekom 1960-ih i 1970-ih godina dolazi do porasta broja beskućnika u SAD-u, a razlog tome je rast cijena kućanstava, kao i deinstitutionalizacija velikog broja mentalno oboljelih osoba kojima nije omogućena psihijatrijska i socijalna skrb čime im se otežala integracija u društvo (Donhoe, 2004., prema Katović, 2020.).

Beskućnici se češće susreću s problemima mentalnog i tjelesnog zdravlja u usporedbi s općom populacijom. Ti problemi su uzročno i/ili posljedično povezani s njihovim načinom života (Razpotnik i Dekleva, 2012., prema Družić Ljubotina i sur., 2016.). Pojedini autori navode kako su problemi mentalnog zdravlja dvosmjerno uzročno povezani s beskućništvom odnosno da postoje kao i uzrok i posljedica beskućništva (Katović, 2020.). Naime, neadekvatno liječeni problemi mentalnog zdravlja mogu dovesti do nemogućnosti svakodnevnog funkcioniranja što može rezultirati gubitkom prebivališta, te je isto tako moguće da kod osobe s nesigurnim ili nepostojećim prebivalištem dođe do pogoršanja mentalnog zdravlja (Schuller i sur., 2019., prema Katović, 2020.).

Kao podloga za nastanak problema mentalnog zdravlja kod beskućnika navodi se nedostatak mreže podrške u vidu narušenih odnosa s obitelji i prijateljima, zlouporaba opijata, traumatski događaji te uključenost u sustav udomiteljske skrbi

kao odlučujuće za pogoršanje mentalnog zdravlja i razvoj beskućništva (Carter Narendorf, 2017., prema Katović, 2020.).

Dugotrajno nepovoljna životna stanja koja uključuju dugotrajno siromaštvo, beskućništvo i narušeno zdravlje smanjuju mogućnosti i šanse za životne promjene i potencijalni izlazak iz nepovoljnog načina života (Družić Ljubotina i sur., 2016.). Mjesto stanovanja značajno utječe na kvalitetu života ljudi radi suočavanja s okolinskim rizicima koji prijete njihovom zdravlju i blagostanju, ali i materijalnim, socijalnim i psihološkim resursima koji su im potrebni kako bi primjereno odgovorili na te rizike (Fitzpatrick and LaGory, 2011., prema Fitzpatrick i sur., 2015.). Beskućnici su prisiljeni na raznolikost i nestalnost mjesta na kojem „prebivaju“, izloženi su raznim rizičnim okolnostima i osjećaju straha i nesigurnosti, nerijetko su prisutna i razdoblja gladi. Nadalje, beskućnici su svakodnevno izloženi brojnim okolinskim i psihosocijalnim stresorima u borbi za preživljavanje i zadovoljenje osnovnih životnih potreba, te navedeni način života ostavlja posljedice na njihovo tjelesno i mentalno zdravlje (Družić Ljubotina i sur., 2016.). Podaci pokazuju kako beskućnici imaju značajnije probleme sa zdravljem (Mlinar i Kozar, 2012., prema (Družić Ljubotina i sur., 2016.). Prema istraživanju Družić Ljubotina i sur., (2016), beskućnici su izjavili kako od promjena u zdravstvenom stanju najčešće osjećaju promjene raspoloženja i ponašanja, te je preko četvrtine njih u posljednjih godinu dana bilo hospitalizirano radi zdravstvenih problema. Također, četvrtina beskućnika izjavljuje kako pati od ozbiljnih problema s mentalnim zdravljem (Družić Ljubotina i sur., 2016.). Neki od problema mentalnog zdravlja su funkcionalne psihoze, poput poremećaja raspoloženja i shizofrenije, poremećaja ličnosti te akutni stres (Scott, 1993., prema Katović, 2020.). Nerijetko beskućnici boluju od bipolarnog poremećaja, posttraumatskog stresnog poremećaja, depresije (Schuetz, 2016., prema Katović, 2020.). U literaturi se stavlja naglasak i na zlouporabu opojnih sredstava, te su ovisnosti bitan čimbenik u podlozi razvoja problema mentalnog zdravlja i beskućništva, a mogu se razviti i kao njihova posljedica (Schuetz, 2016., prema Katović, 2020.). Prema pojedinim autorima dvije trećine beskućnika prekomjerno konzumira drogu i alkohol što je značajno veći broj za razliku od drugih društvenih

grupa, pritom je važno naglasiti da se ovisnost često puta razvila nakon što su postali beskućnici (Testoni i sur., 2018., prema Katović, 2020.).

Kao što je prikazano, beskućnici su nerijetko osobe narušenog fizičkog i mentalnog zdravlja, izloženi ekstremnom siromaštvu, ponekad skloni ovisnostima. S ciljem ublažavanja posljedica beskućništva važno je osigurati sveobuhvatnu psihosocijalnu podršku i individualno osnaživanje (Družić Ljubotina i sur., 2016.).

4.3. Socijalna isključenost osoba s duševnim smetnjama koje žive u siromaštvu

Siromaštvo se odnosi samo na nedostatak materijalnih resursa, dok socijalna isključenost obuhvaća puno širi od nedostatka prihoda (Šućur, 2001.). „Socijalna isključenost usmjerava našu pažnju na proces, djelovanje i multidimenzionalnu nepovlaštenost i pruža okvir za analizu odnosa između svakodnevnog preživljavanja, blagostanja i prava“ (MacPhersson, 1997.:535, prema Šućur, 2001.:16). Ekonomija i mentalno zdravlje dva su uzročno posljedično povezana pojma. Naime ekonomske krize mogu imati posljedice na mentalno zdravlje stanovništva, te problemi mentalnog zdravlja mogu imati učinak na ekonomske prilike pojedinca. Ekonomska kriza povećava socijalnu isključenost ranjivih skupina, posebice osoba s problemima mentalnog zdravlja i osoba koje žive na rubu siromaštva (SZO, 2015., prema Balaž Gilja, 2021.).

Prema Boardmanu (2011) osobe s problemima mentalnog zdravlja imaju veći rizik od socijalne isključenosti. Osobe s težim problemima mentalnog zdravlja češće žive u siromaštvu, nerijetko jer imaju niska primanja, veće dugove nego li osobe bez problema mentalnog zdravlja (Jenkins i sur., 2008., prema Boardman, 2011.). Posljedice niskog primanja uključuju ograničen pristup osnovnim životnim potrepštinama, smanjuju vjerojatnost štednje i povećavaju vjerojatnost od dugova (Boardman, 2011.). Nizak prihod osoba s problemima mentalnog zdravlja ograničava mogućnosti putovanja, većina si neće moći priuštiti posjedovanje i održavanje osobnog automobila. Takav način života doprinosi socijalnoj isključenosti jer utječe na njihov pristup raznim dobrima i uslugama (Boardman, 2011.).

Socijalna podrška pokazala se iznimno važnom za promicanje tjelesnog i mentalnog zdravlja, sposobnost suočavanja sa stresom te kvalitete i zadovoljstva

životom u zajednici (Bloom, 1990., prema Balaž Gilja, 2021.). Istraživanja su pokazala da loša socijalna mreža i podrška može dovesti do pojave neurotičnih simptoma kod odraslih osoba svih dobnih skupina (Henderson, 1981.; Bowling, 1994., prema Balaž Gilja, 2021.). Negativni učinci na zdravlje se pogoršavaju socijalnom isključenošću, diskriminacijom i predrasudama koje društvo ima prema osobama s problemima mentalnog zdravlja (Balaž Gilja, 2021.). Osobe s problemima mentalnog zdravlja u većem su riziku od narušavanja osobnih odnosa i stvaranja velikog opterećenja za obitelji i iznadprosječni rizik od beskućništva i kontakta s kaznenopravnim sustavom (McDaid, 2008., prema Balaž Gilja, 2021.). Nažalost, kod osoba s problemima mentalnog zdravlja mrežu podrške često čini manji broj ljudi, što rezultira smanjenim pristupom socijalnom kapitalu te povećava osjećaj usamljenosti (Eklund i Hansson, 2007.; Perese i Wolf, 2005.; Schwartz i Gronemann, 2009., prema Balaž Gilja, 2021.). Život u siromaštvu sprječava stvaranje socijalnih kontakata, s obzirom da si osobe s problemima mentalnog zdravlja rijetko mogu priuštiti posjet mjestima na kojima se ljudi druže i nisu u mogućnosti ugostiti pojedince u svoj dom (Topor i sur., 2013., prema Balaž Gilja, 2021.). Prema Lepiece i sur., (2015) kako bi bolje razumjeli utjecaj siromaštva na mentalno zdravlje važno je obratiti pozornost na strategije suočavanja sa stresnim situacijama. Naime, važno je proučiti kako osobe koje žive u siromaštvu koriste svoje individualne ili društvene resurse prilikom suočavanja s teškim životnim uvjetima u kojima svakodnevno žive. Prema istraživanju o siromaštvu i socijalnoj isključenosti, više od trećine osoba lošeg socioekonomskog statusa doživljavaju probleme mentalnog zdravlja, dok oko 60% osoba s problemima mentalnog zdravlja opisuje kako se osjećaju siromašni cijelo vrijeme (Payne, 2006., prema Boardman, 2011.). Siromašne osobe ne mogu si priuštiti osnovne životne potrepštine, poput grijanja i kućanskih aparata, sve do putovanja i uobičajenih društvenih aktivnosti (Boardman, 2011.) na to se nadovezuje život u dugovima, nemogućnost štednje. Osobe s problemima mentalnog zdravlja nerijetko stanuju u neadekvatnim stambenim uvjetima koje često iznajmljuju. Život u unajmljenim stanovima donosi sa sobom nesigurnost jer osobe nisu sigurne koliko dugo će ostati u trenutnom smještaju, a također češće izjavljuju da im se

zdravlje pogoršalo radi stambenih uvjeta u kojima žive (Meltzer i sur., 2002., prema Boardman, 2011.).

Suzbijanje siromaštva i socijalne isključenosti jedan je od posebnih ciljeva Europske unije i država članica u kontekstu područja socijalne politike (Barbarić, 2020.). Siromaštvo osoba s duševnim smetnjama ne manifestira se samo kroz nedovoljnu participaciju na tržištu rada i nedovoljne materijalne resurse, već i kroz pristup formalnim i neformalnim izvorima zdravstvene i socijalne podrške, čiji nedostatak uzrokuje socijalnu isključenost (Balaž Gilja, 2021.).

Važno je naglasiti kako su osobe s duševnim smetnjama vrlo često na marginama društva, ne pruža im se dovoljno mogućnosti razvoja do punog potencijala i integracije u društvo (Balaž Gilja, 2021.).

4.3.1. Život starijih siromašnih osoba s problemima mentalnog zdravlja

Starenje populacije postaje jedno od važnijih javno zdravstvenih problema u svijetu (Yang i sur., 2020.). Osobe starije životne dobi u značajnom su riziku od socijalne isključenosti, ali i siromaštva (Hoff, 2008.). Rizični faktori koji mogu dovesti do socijalne isključenosti su život u ruralnoj sredini, zloupotreba alkoholnih pića, manjak potpore od strane obitelji, nizak obrazovni status, rano umirovljenje te neadekvatno stanovanje (Hoff, 2008.). U literaturi je zapaženo kako su starije osobe nižeg socioekonomskog statusa nerijetko žene, koje žive same nakon gubitka supružnika ili rastave braka. Najčešće je nedostatak materijalnih sredstava posljedica života u financijskoj oskudici tijekom braka. Rizik od siromaštva veći je za starije žene koje žive same (Price, 2007.).

Starije osobe često imaju niže socioekonomske prihode, posljedično stariji s nižim prihodima imaju teže funkcionalna oštećenja i češće iskazuju probleme mentalnog zdravlja u usporedbi sa starijima višeg socioekonomskog statusa (Berkman i Gurland, 1998., prema Yang i sur., 2020.). Depresija se smatra jednom od najčešćih poteškoća u starijoj životnoj dobi (Seligman i sur., 2001., prema Ajduković i sur., 2013.). Mnoga istraživanja ukazala su na važnost funkcionalnih sposobnosti kao pokazatelj mentalnog zdravlja općenito, a samim time i depresije u starijoj životnoj dobi (Plavšić, 2012., prema Ajduković i sur., 2013.). Prepoznato je nekoliko skupina glavnih uzroka koje mogu dovesti do pojave depresije kod starijih osoba.

Pod socijalne čimbenike koji mogu doprinijeti pojavi depresije su smrt člana obitelji, selidba na udaljena mjesta, gubitak socijalne uloge zbog umirovljenja ili gubitak socijalne potpore (Dean i sur., 1999., prema Ajduković i sur., 2013.). Važno je spomenuti kako na pojavu depresije može utjecati umirovljenje radi slabijeg zdravlja te nižih prihoda umirovljenika (Davison i Neale, 2002., prema Ajduković i sur., 2013.). Među socioekonomske rizične čimbenike koji mogu pridonijeti razvoju depresije ubrajaju se loš socioekonomski status, financijska oskudica, niža obrazovna razina te život u ruralnim zajednicama (Bazargan i Hamm-Baugh, 1995.; Urošević i sur., 2010.; Berman i Furst, 2011., prema Ajduković i sur., 2013.).

Yang i sur., 2020., u provedenom istraživanju došli su do spoznaje kako osobe nižeg obrazovanja imaju veći rizik za razvoj problema mentalnog zdravlja. Gubitak supružnika također se pokazalo značajnim za razvoj problema mentalnog zdravlja, naime gubitak supružnika može dovesti od osjećaja usamljenosti, a samim time i do rizika za razvoj depresije.

5. Siromaštvo i problemi mentalnog zdravlja u kontekstu diskriminacije i stigmatizacije

Predrasude su neutemeljeni stavovi, zasnovani na uvjerenju bez dokaza u čiju je istinitost osoba uvjerena (Štrkalj Ivezić, 2016.). Nadalje, stereotipi su također temeljeni na vjerovanjima, i odnose se na selektivnu percepciju koja ljude stavlja u kategorije ističući razlike među grupama (Pennington, 1997., prema Štrkalj Ivezić, 2016.). Opće je poznata činjenica kako je siromaštvo visoko stigmatizirajući socijalni položaj koji ima tendenciju biti izolirajući i štetan te može imati značajan utjecaj na ljudske živote (Wilkinson i Pickett, 2009., prema Batty i Flint, 2010.).

U današnje vrijeme, osobe su stigmatizirane na temelju rase, spola, socijalnog statusa tjelesnog i mentalnog funkcioniranja. Istraživanja su pokazala kako je izražen daleko negativniji stav prema osobama oboljelim od duševnih bolesti negoli osoba oboljelih od tjelesnih (Štrkalj Ivezić, 2015.). Stigmatizacija osoba oboljelih od duševnih bolesti definira se kao negativno obilježavanje, marginaliziranje i izbjegavanje oboljelih samo zato što boluju od duševnih bolesti (Corrigan i sur., prema Štrkalj Ivezić, 2016.). Siromaštvo je često visoko stigmatiziran društveni

položaj koji može imati izolirajući štetni učinak na živote ljudi (Wilkinson and Pickett, 2009.; Ridge, 2009., prema Batty i Flint, 2010.).

Osobe s težim duševnim smetnjama među isključenijima su u društvu, samo 15% njih radne dobi sudjeluje na tržištu rada, visoke su stope nezaposlenosti, a karakteristična je i slabo razvijena socijalna mreža, popraćena diskriminacijom i stigmom (Sayce, 2001.). Stopa nezaposlenosti osoba s duševnim smetnjama veća je tri do pet puta od opće populacije (Milačić Vidojević i Dragojević., 2011.).

Važno je spomenuti i pojam socijalnog gradijenta u zdravstvu koji se odnosi na činjenicu da su nejednakosti u zdravstvenom statusu stanovništva povezane s nejednakostima u društvenom statusu (Marmot, 2004., prema Lepiece i sur., 2015.). Koncept socijalnog gradijenta podrazumijeva da će viši socioekonomski status rezultirati boljim zdravstvenim ishodima, dok će niži socioekonomski status rezultirati lošijim zdravstvenim ishodima (Lepiece i sur., 2015.). Nejednakosti u zdravlju povezane su sa širim nejednakostima i oblicima diskriminacije u društvu, sprječavaju siromašne pojedince da pristupaju ostalim društvenim odrednicama zdravlja, kao što su obrazovanje, prehrana, stanovanje, rekreacijske aktivnosti (Marmot, 2003., prema Lepiece i sur., 2015.).

Mišljenje da su osobe s duševnim smetnjama opasne po sebe i okolinu je koje laici najčešće povezuju s duševnim bolestima. Takvo stajalište ne samo da je pogrešno, već stvara stigmatizaciju osobe s težim oblikom problema mentalnog zdravlja (Begić, 2015.). Siromaštvo i materijalna deprivacija također su obilježja na temelju kojih su pojedinci diskriminirani i podložni stigmatizaciji (Schludrick i Rucell, 2015., prema Štrkalj Ivezić, 2015.). Razni su načini na koji osobe mogu biti stigmatizirane, a stigma povezana sa siromaštvom i problemima mentalnog zdravlja pokreće i održava začarani krug siromaštva i problema mentalnog zdravlja (Ssebunnya i sur., 2009; Gruber, 2012B., prema Balaž Gilja, 2021.), dok siromaštvo i stigma povećavaju viktimizaciju osoba s problemima mentalnog zdravlja (Balaž Gilja, 2021.).

Stigma psihičke bolesti jedna je od glavnih prepreka oporavku od duševne bolesti i smanjuje razinu samopoštovanja (Štrkalj Ivezić, 2015.). Percepcija javnosti često je povezana s vjerovanjem da su duševno oboljele osobe same odgovorne za svoju

bolest. Duševno oboljele osobe doživjet će manje suosjećanja i podrške od strane svoje obitelji, za razliku od osoba oboljelih od tjelesnih bolesti (Štrkalj Ivezić, 2016.).

Stigma i osjećaj niže vrijednosti češće osjećaju kućanstva pogođena obiteljskim nasiljem, invaliditetom, problemima mentalnog zdravlja, a stigma također proizlazi iz osjećaja žaljenja kojeg pojedinci osjećaju od strane svojih prijatelja i obitelji (Hooper, 2007.a, prema Batty i Flint, 2010.). Osim stigmatizacije siromašnih, stigma se također može primijeniti na susjedstva. Kućanstva koja su siromašna, a nalaze se u susjedstvu s bogatijim kućanstvima suočavaju se većom lokalnom nejednakošću. Siromašni roditelji su pod pritiskom da njihova djeca „drže korak“ sa svojim prijateljima u smislu materijalnih dobara (Batty i Flint, 2010.).

Stigma ne čini samo prepreku uspješnom liječenju, već sprječava osobe u ostvarenju životno važnih situacija poput zapošljavanja, stanovanja i partnerstva. Stigma i diskriminacija dovode do socijalne nejednakosti (Ucok i sur., 2012. prema Štrkalj Ivezić, 2016.).

Diskriminacija je ponašanje nastalo kao posljedica stigme, povezano je s ograničenim mogućnostima i socijalnim isključivanjem osoba s duševnim smetnjama (Ucok i sur., 2012. prema Štrkalj Ivezić, 2016.). Diskriminacija je svakodnevni dio života siromašnih osoba, ograničava pristup zapošljavanju, obrazovanju, stanovanju i socijalnim uslugama (UN, 2022.). Ograničen pristup različitim uslugama može rezultirati da pojedini programi i društvena dobra nisu dostupni siromašnim osobama. Nemogućnost pristupanja određenim uslugama može djelovati obeshrabrujuće na siromašne pojedince, nerijetko na način da se odbijaju prijaviti na oglas za posao ili ne potražuju prava koja im pripadaju (UN, 2022.). Nadalje, diskriminacija se često povezuje s niskim težnjama u pogledu onoga što mogu postići za sebe ili svoju djecu, što može dovesti do smanjenog ulaganja u obrazovanje (UN, 2022.). Prisutna je u svim aspektima socijalne i ekonomske egzistencije, također označava odstupanje od načele formalne jednakosti (Štrkalj Ivezić, 2016.). Olivier de Schutter definirao je i pojam „*povertyism*“ što označava negativne stereotipe protiv siromašnih osoba (UN,

2022.). Također, uz navedene probleme često je da u trenutku kada osobe slabijeg socioekonomskog statusa razviju probleme mentalnog zdravlja dođe do određenih promjena u njihovom društvenom krugu, često ih napuste prijatelji i kolege (Topor i sur., 2016.). Čest stereotip prema siromašnim osobama je da su siromašni sami krivi za stanje u kojem se nalaze te da su samim time društveno inferiorniji, navedeni stereotip visoko je zastupljen u društvu i neće nestati sam od sebe (UN, 2022.).

Kako je već ranije spomenuto, diskriminacija na području nezaposlenosti i tržišta rada jako je izražena kod osoba oboljelih od duševnih smetnji, te je pritom naglašena povezanost zaposlenja u sprječavanju siromaštva i socijalne isključenosti (Ridley i sur., 2020.). Važno je spomenuti istraživanje provedeno od strane Milačić Vidojević i suradnika (2011.), u kojem je 62% ispitanika izjavilo da su doživjeli diskriminaciju vezanu uz zaposlenje, 28% prilikom prijavljivanja na radno mjesto, a 34% prilikom zadržavanja posla. Poslodavci su skloni izbjegavati osobe koje dolaze iz siromašnijih sredina (UN, 2022.). Ispitanici su izrazili smanjenu želju za prijavama na natječaje upravo radi straha od diskriminatornog ponašanja (Milačić Vidojević i sur., 2011.). Prilagodbe mogu uključivati nepuno radno vrijeme, fleksibilne sate rada, dodatne pozitivne osvrte na rad, češće pauze tokom radnog vremena, slobodno vrijeme za zakazane tretmane sa stručnjakom i slične usluge, te edukacije kolega o diskriminaciji vezanim za duševne bolesti (Behney, Hall i Keller, 1997., prema: Banks i sur., 2001.). Djecu nižeg socioekonomskog statusa nerijetko odbijaju upisati u određene škole, a stanodavci nerado iznajmljuju stanove siromašnim osobama (UN, 2022.).

Fenomen stigme i diskriminacije djelomično može objasniti da većina ljudi s problemom mentalnog zdravlja ne dobiva adekvatnu zdravstvenu skrb i uslugu (Saxena, 2007., prema Lepiece i sur., 2015.). Stigma i diskriminacija su važni faktori u osvješćivanju broja ljudi koji odluče tražiti pomoć ili prihvatiti da su njihove poteškoće povezane s problemom mentalnog zdravlja (Michels, 2006., prema Lepiece i sur., 2015.).

Metode koje se najčešće koriste u suzbijanju stigme i diskriminacije okrenute su prema promjenama stavova okoline, edukacijama o mentalnom zdravlju,

kontaktima s predstavnicima stigmatizirane skupine, protestima i povećanjem svijesti o negativnim posljedicama diskriminacije. Nažalost velika većina oboljelih prihvaća stigmatizirajuće stavove što dovodi do samostigmatizacije (Štrkalj Ivezić, 2015.), a ona se negativno može odraziti na liječenje na način da oboljela osoba odustane od liječenja. Samostigmatizaciju se nastoji prevenirati ili reducirati osnaživanjem oboljele osobe (Hotujac, 2006.).

Od 1997. godine sve do danas na razini Europske Unije i njezinih institucija, donesen je niz zakonodavnih i političkih inicijativa, strategija, rezolucija, direktiva i ugovora. Svi instrumenti imali su za cilj suzbiti siromaštvo i diskriminaciju, također su pokrenute razne mreže u cilju stvaranja okruženja za unaprjeđenje skrbi i brige o posebno marginaliziranim skupinama (Barbarić, 2020.). S obzirom na sveprisutnost medija u svakodnevnom životu i njihovom velikom utjecaju na stavove, mediji imaju veliku ulogu u borbi protiv stigme i diskriminacije. Senzacionalističkim naslovima podržavaju i učvršćuju stereotipne i stigmatizirajuće predrasude o oboljelima od duševnih bolesti. U medijskom prostoru najčešće je prisutna jedna incidentna situacija koja se generalizira na sve oboljele, te podržava spomenutu stigmiju opasnosti (Štrkalj Ivezić, 2016.).

U svrhu uspješne borbe protiv stigmatizacije i diskriminacije, neophodno je educirati oboljele i članove njihove obitelji o načinima na koje se mogu zaštititi od utjecaja stigme i diskriminacije. Nadalje, važno je djelovati na različite društvene institucije kako bi se senzibilizirali za poteškoće oboljelih od duševnih bolesti i ne ugrožavali njihovo pravo na ravnopravan život u zajednici (Štrkalj Ivezić, 2016.). Pozitivni stavovi društva trebaju svoju vjerodostojnost pokazati kroz izradu i implementaciju javnih politika koje će osobama oboljelim od duševnih bolesti omogućiti ravnopravno sudjelovanje u životu lokalne zajednice (Štrkalj Ivezić, 2016.).

6. Zaključak

Iz svega navedenog potvrđuje se višedimenzionalnost pojavnosti fenomena siromaštva koje se ne manifestira isključivo u materijalnoj dimenziji života, već uključuje i socijalne, kulturne i psihološke aspekte života (Šućur, 2001). Prema

tome osobe koje žive u siromaštvu često su u nemogućnosti sudjelovati u građanskom, kulturnom i društvenom životu zajednice (Balaž Gilja, 2021.).

Problemi mentalnog zdravlja rizični su čimbenik za pojavu siromaštva, ali i siromaštvo vrlo često predstavlja rizik za razvoj problema mentalnog zdravlja i razvoj duševnih smetnji. Osobe s duševnim smetnjama često se suočavaju sa smanjenom produktivnošću, otežanim održavanjem osobnih odnosa, i ograničenim pristupom raznim resursima u zajednici, te ih vrlo često upravo zajednica ne prepoznaje kao punopravne članove društva već uglavnom u kontekstu problema mentalnog zdravlja kao njihovog ključnog određenja (Wharne i sur., 2012., prema Balaž Gilja, 2021.).

Upravo takav diskriminirajući položaj u koji su stavljene osobe koje imaju probleme mentalnog zdravlja, kao i one koje žive u uvjetima siromaštva uvjetovan je stigmatizacijom prema obje ranjive skupine. U osobito su nepovoljnom položaju osobe koje su izložene dvostrukoj ranjivosti – imaju poteškoće mentalnog zdravlja i žive u uvjetima siromaštva.

Prema posljedicama koje ostavlja, stigmatizacija ne predstavlja samo društveni problem, već i etički (Hotujac, 2006.). Mjere koje provodi društvo mogu značajno smanjiti negativne posljedice stigme i diskriminacije, te je iz tog razloga važno potaknuti promjene na razini nacionalne politike koje će podržati provođenje tih mjera. Stručnjaci naglašavaju važnost suradnje sustava socijalne skrbi, zdravstva i sustava zapošljavanja jer jedino tzv. umreženim pristupom različitih sektora koji su neophodni za unapređenje položaja ranjivih skupina može doći do pozitivnih promjena i unaprjeđenje kvalitete njihovog života.

Kao i uvijek važan korak pri pokretanju promjene jest osvještavanje problema. Stoga je nužno osvještavati kako stručnu i opću javnost tako i donositelje politika o posebno ranjivom položaju osoba koje žive u siromaštvu i imaju teškoće mentalnog zdravlja, a s ciljem njihove što veće socijalne uključenosti kako bi mogli ostvariti svoja temeljna ljudska i građanska prava. Profesija socijalnog rada je posebno posvećena višestruko ranjivim i depriviranim skupinama društva te je nužno da upravo ona bude jedna od ključnih predvodnika kako osvještavanja tako i aktivnog djelovanja u unaprjeđenju položaja ovih ranjivih skupina društva.

Literatura

1. Ajduković, M., Rajter, M. & Rezo, I. (2019). Obiteljski odnosi i roditeljstvo u obiteljima različitog prihoda: kako je život u visokom riziku od siromaštva povezan s funkcioniranjem obitelji adolescenata?. *Revija za socijalnu politiku*, 26 (1), 69-94.
2. Ajduković, M., Ručević, S. & Majdanić, M. (2013). Odnos depresivnosti, zdravlja i funkcionalne sposobnosti korisnika domova za starije i nemoćne osobe. *Revija za socijalnu politiku*, 20 (2), 149-165.
3. Babić, Z. (2021). *Socijalni programi u obliku usluga:Obrazovanje* (PowerPoint prezentacija). Posjećeno 15.05. na mrežnoj stranici Merlin 2021/2022: <https://moodle.srce.hr/2021-2022/course/view.php?id=97990>
4. Balaž Gilja, A. (2021). Siromaštvo i socijalna isključenost osoba s duševnim smetnjama. *Socijalne teme*, 1 (8), 115-134.
5. Banks, B., Charleston, S., Grossi, T., & Mank, D. (2001). Workplace supports, job performance, and integration outcomes for people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 389–396.
6. Barbarić, Đ. (2020). *Siromaštvo-mrlja na savjesti čovječanstva*. Split:Udruga Most.
7. Batty, E., & Flint, J. (2010). Self-esteem, comparative poverty and neighbourhoods. *JRF Research Paper*, 7. Sheffield Hallam University: Centre for regional economic and social research.
8. Baturina, D., Berc, G. & Majdak, M. (2014). Nevidljiv problem – stvarni rizik: ispadanje učenika iz srednjoškolskog obrazovanja. *Revija za socijalnu politiku*, 21 (1), 43-67.
9. Bejaković, P. (2005). Siromaštvo. *Financijska teorija i praksa*, 29 (1), 133-136.
10. Begić, D. (2015). Razlikovanje psihički normalnog i abnormalnog. U: Begić, D., Jukić, V. & Medved, V. (ur.), *Psihijatrija*, (str. 24 – 31). Zagreb:Medicinska naklada.
11. Bilić, V. (2016). Uloga siromaštva i višestruke deprivacije u ostvarivanju prava. Učiteljski fakultet u Zagrebu.

12. Boardman, J. E. D., Grove, B., Perkins, R., & Shepherd, G. (2003). Work and employment for people with psychiatric disabilities. *The British Journal of Psychiatry*, 182(6), 467-468.
13. Boardman, J. (2011). Social exclusion and mental health—how people with mental health problems are disadvantaged: an overview. *Mental Health and Social Inclusion*.
14. Brady, D. (2019). Theories of the Causes of Poverty, *Annual Review of Sociology*, 45, 155-175.
15. Britvić, D. (2019). Socijalne, psihološke i biološke odrednice mentalnog zdravlja i utjecaj stresa. U: Britvić & Štrkalj Ivezić, (ur.), *Mentalno zdravlje u zajednici*, (str. 13 – 33). Split:Redak.
16. Britvić, D., & Štrkalj Ivezić, S. (2019). *Mentalno zdravlje u zajednici*. Split:Redak.
17. Brooks-Gunn, J., & Duncan, G. J. (1997). The effects of poverty on children. *The future of children*, 55-71.
18. Družić Ljubotina O., Kletečki Radović, M., & Ogresta, J. (2016). *Slika podrške beskućnicima u Hrvatskoj*. Zagreb:Grafing.
19. Družić Ljubotina, O. & Ljubotina, D. (2014). Odnos siromaštva i nekih aspekata psihološke dobrobiti. *Socijalna psihijatrija*, 42 (2), 86-101.
20. Družić Ljubotina, O. & Dragičević, T. (2022). Siromaštvo djece - posljedice i zaštitni činitelji. *Pravnik*, 56 (108), 102-140.
21. Družić Ljubotina, O. (2019.a). *Pojmovna određenja siromaštva* (PowerPoint prezentacija). Posjećeno 20.06.2022. na mrežnoj stranici Merlin 2019/2020: <https://moodle.srce.hr/2019-2020/course/view.php?id=58878>
22. Družić Ljubotina, O. (2019.b). *Etiologija siromaštva* (PowerPoint prezentacija). Posjećeno na mrežnoj stranici Merlin 2019/2020: <https://moodle.srce.hr/2019-2020/course/view.php?id=58878>
23. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske (2022). *Pokazatelji siromaštva i socijalne isključenosti u 2021*. Dostupno na mrežnoj stranici Državnog zavoda za statistiku Republike Hrvatske: <https://podaci.dzs.hr/2022/hr/29178>

24. Fitzpatrick, K., Myrstol, B. A., & Miller, E. (2015). Does context matter? Examining the mental health among homeless people. *Community mental health journal*, 51(2), 215-221.
25. Hoff, A. (2008). *Tackling poverty and social exclusion of older people: lessons from Europe*. Oxford: Oxford Institute of Ageing.
26. Hotujac, Lj. (2006). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
27. Inglis, G., Jenkins, P., McHardy, F., Sosu, E., & Wilson, C. (2022). Poverty stigma, mental health, and well-being: A rapid review and synthesis of quantitative and qualitative research. *Journal of Community & Applied Social Psychology*.
28. Jovanović, O. (2017). Siromaštvo u kontekstu: Ekološki pristup izučavanju siromaštva. *Psihološka istraživanja*, 20(2), 343-346.
29. Katović, I. (2020). Mentalno zdravlje beskućnika. *Psychē*, 3 (1), 46-56.
30. Khan, S., Murray, R. P., & Barnes, G. E. (2002). A structural equation model of the effect of poverty and unemployment on alcohol abuse. *Addictive behaviors*, 27(3), 405-423.
31. Kletečki Radović, M., Vejmelka, L. & Družić Ljubotina, O. (2017). Učinak siromaštva na dobrobit i kvalitetu života obitelji iz perspektive djece. *Ljetopis socijalnog rada*, 24 (2), 199-242.
32. Koković, D. (2012). Kultura siromaštva i obrazovanje. *Politeia-Naučni časopis Fakulteta političkih nauka u Banjoj Luci za društvena pitanja*, 2(3), 35-45.
33. Lepièce, B., Reynaert, C., Jacques, D., & Zdanowicz, N. (2015). Poverty and mental health: What should we know as mental health professionals?. *Psychiatria Danubina*, 27(suppl 1), 92-96.
34. Lipton, M., & Ravallion, M. (1995). Poverty and policy. *Handbook of development economics*, 3, 2551-2657.
35. Lok-Dessallien, R. (1999). Review of poverty concepts and indicators. *UNDP Soc Dev Poverty Elimin Div Poverty Reduct Ser from <http://www.undp.org/povertypublications/povReview.pdf>*, 21.

36. Lund, C., De Silva, M., Plagerson, S., Cooper, S., Chisholm, D., Das, J., ... & Patel, V. (2011). Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *The lancet*, 378(9801), 1502-1514.
37. Lund, C., Breen, A., Flisher, A. J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J. A., ... & Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social science & medicine*, 71(3), 517-528.
38. McLeod, J. D., & Shanahan, M. J. (1993). Poverty, parenting, and children's mental health. *American sociological review*, 351-366.
39. Miković, M. (2007). *Socijalni rad i mentalno zdravlje*. Sarajevo: Fakultet političkih nauka Sarajevo.
40. Milačić-Vidojević, I., & Dragojević, N. (2011). Stigma i diskriminacija prema osobama s mentalnom bolešću i članovima njihovih porodica. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 10(2), 319-337.
41. Mennen, F. E., Kim, K., Sang, J., & Trickett, P. K. (2010). Child neglect: Definition and identification of youth's experiences in official reports of maltreatment. *Child abuse & neglect*, 34(9), 647-658.
42. Musa, I. (2019). Društvene nejednakosti i siromaštvo. *Hum*, 14 (22), 46-69.
43. Kletečki Radović, M. (2021). Socijalni rad u zaštiti mentalnog zdravlja. U: Mužinić Marinić, L. (ur.), *Psihijatrija u zajednici*, (str.201-223). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada, Zavod za socijalni rad, 2021. str. 45-52.
44. *Program borbe protiv siromaštva i socijalne isključenosti* (2002). Zagreb: Vlada Republike Hrvatske.
45. Price, D. (2006). The poverty of older people in the UK. *Journal of Social Work Practice*, 20(3), 251-266.
46. Raboteg-šarić, Z. & Pećnik, N. (2006). Bračni status, financijske poteškoće i socijalna podrška kao odrednice roditeljske depresivnosti i odgojnih postupaka. *Društvena istraživanja*, 15 (6 (86)), 961-985.
47. Ridge, T. (2009). Living with poverty: a review of the literature on children's and families' experiences of poverty.

48. Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., & Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*, 370(6522), eaay0214.
49. Sayce, L. (2001). Social inclusion and mental health. *Psychiatric Bulletin*, 25(4), 121-123.
50. Schofield, D. J., Callander, E. J., Shrestha, R. N., Percival, R., Kelly, S. J., & Passey, M. E. (2013). The association between labour force participation and being in income poverty amongst those with mental health problems. *Aging & mental health*, 17(2), 250-257.
51. Shildrick, T., & Rucell, J. (2015). Sociological perspectives on poverty. *York: Joseph Rowntree Foundation*.
52. Štrkalj Ivezić, S. (2015). Socioterapija i rehabilitacija. U: Begić, D., Jukić, V. i Medved, V. (ur.), *Psihijatrija*, (str. 396 – 403). Zagreb: Medicinska naklada.
53. Štrkalj Ivezić, S. (2016). *Život bez stigme psihičke bolesti*. Zagreb: Medicinska naklada.
54. Šućur, Z. (2001). *Siromaštvo: teorije, koncepti i pokazatelji*. Pravni fakultet u Zagrebu.
55. Šućur, Z. (2004). Socijalna isključenost: pojam, pristupi i operacionalizacija. *Revija za sociologiju*, 35 (1-2), 45-60.
56. Šućur, Z. (2006). Siromaštvo, višedimenzionalna deprivacija i socijalna isključenost u Hrvatskoj. *Revija za sociologiju*, 37 (3-4), 131-147.
57. Šućur, Z. (2014). Stari i novi siromasi u hrvatskom društvu: empirijski uvid. *Bogoslovska smotra*, 84 (3), 577-610.
58. Šućur, Z., Kletečki Radović, M., Družić Ljubotina, O., & Babić, Z. (2015). *Siromaštvo i dobrobit djece predškolske dobi u Republici Hrvatskoj*. Zagreb: Ured Unicef za Hrvatsku.
59. Šućur, Z. (2021.a). *Koncepti i mjerenje siromaštva* (PowerPoint prezentacija). Posjećeno 20.06.2022. na mrežnoj stranici Merlin 2021/2022: <https://moodle.srce.hr/2021-2022/course/view.php?id=97990>
60. Šućur, Z. (2021.b). *Isključenost i koncepti socijalnog uključivanja* (PowerPoint prezentacija). Posjećeno na 05.06.2021. na mrežnoj stranici Merlin 2021/2022: <https://moodle.srce.hr/2021-2022/course/view.php?id=97990>

61. Topor, A., Andersson, G., Denhov, A., Holmqvist, S., Mattsson, M., Stefansson, C. G., & Bülow, P. (2014). Psychosis and poverty: Coping with poverty and severe mental illness in everyday life. *Psychosis*, 6(2), 117-127.
62. Topor, A., Ljungqvist, I., & Strandberg, E. L. (2016). The costs of friendship: Severe mental illness, poverty and social isolation. *Psychosis*, 8(4), 336-345.
63. Torre, R. (2021). *Ludilo uzvrća udarac*. Zagreb: MEDIA BAR.
64. UN (2022). *Extreme poverty and human rights: Report of the Special Rapporteur on extreme poverty and human rights*. Posjećeno na mrežnoj stranici [ohchr.org/en/press-releases/2022/10/ban-povertyism-same-way-racism-and-sexism-un-expert](https://www.ohchr.org/en/press-releases/2022/10/ban-povertyism-same-way-racism-and-sexism-un-expert)
65. Weiss-Gal, I., Benyamini, Y., Ginzburg, K., Savaya, R., & Peled, E. (2009). Social workers' and service users' causal attributions for poverty. *Social Work*, 54(2), 125-133.
66. World health organization. *World Mental Health Report: Transforming mental health for all* (2022). Posjećeno 24.06. 2022. na mrežnoj stranici WHO-a: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health>
67. Yang, Y., Deng, H., Yang, Q., Ding, X., Mao, D., Ma, X., & Zhong, Z. (2020). Mental health and related influencing factors among rural elderly in 14 poverty state counties of Chongqing, Southwest China: a cross-sectional study. *Environmental health and preventive medicine*, 25(1), 1-10.