

## ODNOS SIROMAŠTVA I NEKIH ASPEKATA PSIHOLOŠKE DOBROBITI

OLJA DRUŽIĆ LJUBOTINA i DAMIR LJUBOTINA

*Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada  
i Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju, Zagreb, Hrvatska*

*Siromaštvo je složen višedimenzionalan društveni problem globalnih razmjera. U ovom radu ispitana je povezanost siromaštva, odnosno socioekonomskog statusa s nekim aspektima samopoštovanja, lokusa kontrole nad događajima u vlastitom životu, te samoprocjenom tjelesnog i mentalnog zdravlja. Istraživanje je provedeno na uzorku od 162 primatelja socijalne pomoći te 475 zaposlenih osoba podijeljenih u tri skupine prema visini primanja. Provedene analize kovarijance uz kontrolu utjecaja dobi i stupnja obrazovanja pokazale su da je niži materijalni status povezan s nižim samopoštovanjem, vanjskim lokusom kontrole te nižom samoprocjenom vlastitog tjelesnog i mentalnog zdravlja. Parcijalne korelacije, uz kontrolu utjecaja dobi, stupnja obrazovanja i materijalnog statusa, pokazale su značajnu povezanost samoprocjene mentalnog zdravlja s dva aspekta samopoštovanja: samosviđanjem ( $r=0,403$ ,  $p<0,001$ ) i samokompetencijom ( $r=0,314$ ,  $p<0,001$ ). Samoprocjena vlastitog tjelesnog zdravlja također je značajno povezana sa samosviđanjem ( $r=0,331$ ,  $p<0,001$ ) i samokompetencijom ( $r=0,249$ ,  $p<0,01$ ). Rezultati ukazuju na siromaštvo i nizak socioekonomski status kao rizične faktore opće psihološke dobrobiti pojedinca.*

*Ključne riječi:* siromaštvo, samopoštovanje, lokus kontrole, mentalno zdravlje

*Adresa za dopisivanje:* Damir Ljubotina  
Filozofski fakultet  
Odsjek za psihologiju  
Ivana Lučića 3  
10000 Zagreb, Hrvatska  
E-pošta: dljuboti@ffzg.hr

### UVOD

Siromaštvo je društveni problem globalnih razmjera koji pogađa petinu svjetskog stanovništva i geografski je neravnomjerno rasprostranjeno. Pod pojmom siromaštva se često podrazumijeva loš materijalni status, manjak društvene moći, loši uvjeti stanovanja, nepostojanje prava glasa te određeni životni stil i stavovi (1). Ne postoji jednoznačno određenje pojma siromaštva s obzirom na različite teorijske pristupe i složenost ove pojave. S jedne strane siromaštvo se definira ponajprije kao nedostatak potrebnih materijalnih sredstava za prihvatljiv životni standard, dok

se s druge strane siromaštvo shvaća kao višedimenzionalni fenomen (2-4) koji je ne samo ekonomski već i politički, socijalni, psihološki i zdravstveni problem. No, bez obzira na naizgled oprečne pristupe pri shvaćanju siromaštva, današnji teoretičari će se ipak složiti da se radi o kompleksnoj pojavi, te da ju je nemoguće shvaćati jednodimenzionalno.

Višedimenzionalnost siromaštva očituje se u stanju koje obilježava dugotrajna i stalna uskraćenost resursa, sposobnosti, mogućnosti izbora, sigurnosti i moći koje su nužne za odgovarajući životni standard i ostvarenje drugih

građanskih, ekonomskih, političkih, kulturnih i socijalnih prava (5). Siromaštvo se veže uz glad i neuhranjenost, slabo zdravlje, narušeno mentalno zdravlje (6), nedostupnost ili ograničenu nedostupnost obrazovanja, povećanu smrtnost, beskućništvo i neodgovarajuće stambene uvjete, nesigurno okruženje, društvenu diskriminaciju i izolaciju.

Materijalni deficit, koji najjasnije određuje siromaštvo, povlači za sobom široku lepezu nezadovoljenih osnovnih ljudskih potreba u biološkom, psihološkom i socijalnom smislu. Tako Svjetska banka (2) definira siromaštvo ponajprije kao materijalni deficit, koji ima za posljedicu slabe socijalne odnose, nesigurnost i ovisnost o drugima, nisko samopouzdanje i bespomoćnost. Ova definicija zorno ukazuje na multidimenzionalnost poimanja siromaštva, jer uključuje i neke psihološke varijable, kao što su nisko samopouzdanje i bespomoćnost.

Postoje brojna svjetska istraživanja koja proučavaju povezanost ekonomskog statusa s različitim aspektima mentalnog zdravlja. Pritom se siromaštvo često veže uz osjećaj poniženja, bijesa, očaja ili ljutnje (7). Batty i Flint (8) navode kako postoji snažna povezanost između siromaštva i lošijeg mentalnog zdravlja s obzirom na to da se pokazalo kako značajan broj ljudi nižeg materijalnog statusa, osobito žena, ima probleme mentalnog zdravlja. To se prije svega odnosi na depresiju, ali i podložnost stresu, koji najčešće proizlazi iz problema nezaposlenosti i zaduženosti (9). Istraživanje Rossa i Van Willigena (10) ukazuje da se osobe višeg obrazovnog statusa, koje su ujedno i višeg materijalnog statusa, u manjoj mjeri suočavaju s emocionalnim teškoćama kao što su depresija, anksioznost i bijes, ali i s tjelesnim teškoćama kao što su primjerice osjećaj boli i slabosti. Istraživanje Galić, Maslić Seršić i Šverko (11) ukazuje na povezanost psihičkog i fizičkog zdravlja s objektivnom i subjektivnom financijskom deprivacijom, pri čemu zaključuju da „postoje snažne indicije da niski prihodi i doživljena financijska deprivacija vode k lošem zdravlju“ (11). Adler i sur. (12) pronalaze da su fizički i psihološki aspekti zdravlja, kao što su određeni načini suočavanja sa stresom, razina stresa, fizičko zdravlje i pesimizam više u korelaciji sa subjektivnim doživljajem tj. percepcijom vlastitog socioekonomskog statusa, nego s objektivnom socioekonomskom razinom. Tomlinson i Walker (13) pak navode kako postoje jasne veze između mentalnog zdravlja i siromaštva.

Dajući uvid u različita istraživanja koja se bave psihološkim aspektima siromaštva Ridge (14) navodi kako su neki od najčešćih psiholoških problema s kojima se osobe koje žive u uvjetima siromaštva suočavaju nisko samopouzdanje, bespomoćnost, ljutnja, depresija, anksioznost, kao i osjećaj stigmatiziranosti. Wilkinson (15) također dolazi do nalaza da osobe koje žive u uvjetima siromaštva češće svjedoče osjećaju podcijenjenosti, beskorisnosti, bespomoćnosti, beznadnosti, tjeskobe i vlastite neuspješnosti. U istraživanjima se sve više spominje i postojanje

osjećaja krivnje kod osoba niskog materijalnog statusa, jer često ne mogu zadovoljiti svoja ni tuđa očekivanja. Hooper i sur. (9) također govore o povezanosti siromaštva i nekih psiholoških aspekata, kao što su osjećaj manjka mogućnosti, krivnje te nemogućnosti ikakvog planiranja, zbog nepredvidljivih životnih okolnosti. Ovi emocionalni aspekti uključuju i osjećaj nemogućnosti utjecaja na promjene, osjećaj neuspjeha (osobito u odnosu na vlastitu djecu), kao i neizvjesnost glede zdravlja, prihoda i troškova, koji čine budućnost stresnom i nepredvidivom (9). Mitchell i Green (16) navode kako upravo taj osjećaj nedostatka životnih šansi i mogućnosti osobito utječe na razinu samopoštovanja i životnih aspiracija.

Kao što je iz navedenog vidljivo, samopoštovanje je jedan od često ispitivanih konstrukata kada je riječ o psihološkim aspektima siromaštva. Stoga je i nas zanimalo istražiti ga kod osoba koje žive u uvjetima siromaštva u hrvatskom kontekstu s obzirom da takvih istraživanja kod nas do sada nije bilo. Samopoštovanje je evaluativni aspekt samopoimanja čiji je začetnik William James (17) i jedna je od ključnih osobina ličnosti. Istraživanja su pokazala da je samopoštovanje bitan indikator psihičkog zdravlja i normalnog funkcioniranja pojedinca. Coopersmith (18) ga definira kao samoevaluaciju kojom pojedinac odražava stav prihvaćanja ili neprihvatanja sebe. Ono upućuje na stupanj uvjerenja pojedinca u vlastite sposobnosti, važnost, uspješnost ili vrijednost (19). Coopersmith (18) povijest osobnih uspjeha i neuspjeha navodi kao jedan od četiri ključna faktora koja utječu na samopoštovanje, uključujući i socioekonomski status odnosno socijalnu poziciju koju je osoba postigla. Nisko samopoštovanje će vjerojatnije biti povezano i s nizom drugih čimbenika, kao što su bolest, niski obrazovni status, prihodi i dr. (20).

Cele (2) je istraživao kulturalne i socijalne značajke onih koji žive u ekstremnom siromaštvu, te uz brojne druge razlike ustanovio i nižu razinu samopoštovanja. Relativno davno istraživanje Rosenberga i Pearlina (2) također je pokazalo da socioekonomski status pozitivno korelira sa samopoštovanjem. Smith (21) navodi kako siromašne karakterizira nedostatak optimizma u prevladavanju svog položaja i izlaza iz lošeg socioekonomskog stratumata. Batty i Flint (8) navode da siromaštvo može doprinijeti problemu niskog samopoštovanja, no napominju kako ta veza nije univerzalna.

Lokus kontrole, kao psihološki konstrukt, također je jedna od relativno često istraživanih varijabli kod ljudi niskog materijalnog statusa. Lokus kontrole je percipirano mjesto odnosno lokacija činitelja koje osoba doživljava kao izvore upravljanja vlastitim ponašanjem te kao uzroke svega što joj se događa, uključujući njene uspjehe i neuspjehe (22). Pretpostavlja se da pojedinac koji smatra da može sam kontrolirati i svojim postupcima utjecati na zbivanja u okolini, ima internalni lokus kontrole. Na drugoj strani kontinuuma su tzv. eksternalno orijentirani

pojedinci koji kontrolu nad ishodima svojeg ponašanja pripisuju sreći, sudbini, slučajnosti, moćnijima od sebe i sl. (23). Lefcourt (24) navodi istraživanja iz 1960-tih godina koja su pokazala da su neke tzv. marginalne skupine, koje uključuju i ljude niskog socioekonomskog statusa, sklonije eksternalnom lokusu kontrole zbog čega često ni ne pokušavaju promijeniti svoj status pa dolazi do efekta "samo-ispunjavajućeg proročanstva". Internalni lokus kontrole, prema istom autoru, povezan je s preuzimanjem odgovornosti za vlastite akcije, samostalnošću i pokazivanjem više samokontrole, dok je istraživanje Cooper, Burger i Good (25) pokazalo da je internalni lokus kontrole povezan s višim obrazovnim postignućem. Osobe s vanjskim lokusom pokazuju tendenciju ka pasivnosti, manjoj ambicioznosti, te nekompetitivnosti. Tako je istraživanje McCullough, Ashbridge i Pegg (26) pokazalo da oni koji preuzimaju inicijativu i procijenjeni su kao vođe češće iskazuju internalnu orijentaciju. Istraživanje McBride Murry i sur. (27) također pokazuje da zaposlene majke imaju pozitivniji pogled na budućnost i veći osjećaj kontrole u odnosu na nezaposlene. Pokazalo se i da je nisko samopoštovanje u značajnoj korelaciji s višim stupnjem eksternalnosti kod žena afričko-američkog podrijetla niskog materijalnog statusa, a koje boluju od depresije (28). Rezultati Bagherian i sur. (29) na uzorku studenata ukazuju na pozitivnu povezanost vanjskog lokusa kontrole s povišenim rezultatima na dimenzijama depresivnosti, anksioznosti, somatizacije te općenito indikatorima loše psihološke prilagodbe.

Različiti su mehanizmi i objašnjenja utjecaja siromaštva na opće zdravstveno stanje i psihološku dobrobit pojedinca. Raniji pristupi polaze od pretpostavki da upravo niže sposobnosti i općenito lošije zdravlje vode pojedinca k nižim socioekonomskim kategorijama unutar kojih onda i nalazimo veću incidenciju zdravstvenih i psiholoških problema. Materijalističke teorije naglasak stavljaju na direktni mehanizam opće materijalne deprivacije koja se očituje općenito nižom kvalitetom života uzrokovanom nemogućnošću zadovoljavanja osnovnih materijalnih potreba, lošijom prehranom, nedostupnošću kvalitetne zdravstvene skrbi i ostalim čimbenicima povezanim s financijskim problemima. Bihevioristička objašnjenja naglasak stavljaju na specifične životne stilove i ponašanja pripadnika pojedinih ekonomskih klasa koja mogu biti povezana s obrazovanjem, uvjetima života, a posredno i sa sustavom vrijednosti koje pojedinci imaju u životu, što vodi k većoj pojavnosti određenih zdravstvenih problema (30). Tako su Vončina i sur. (31) na uzorku nezaposlenih utvrdili općenito manje sudjelovanje u preventivnim medicinskim programima u odnosu na uzorak zaposlenih, a na uzorku populacije Roma Bogdanović i sur. (32) nalaze veću stopu mortaliteta kao i različitu strukturu uzroka smrtnosti u odnosu na opću populaciju. Šućur i Zrinščak (33) u Hrvatskoj nalaze veće razlike u pristupu medicinskim uslugama u odnosu na zemlje u tadašnjoj Europskoj uniji. Parametri koji su uzeti u analizu su udaljenost od ustanove medicinske skrbi,

duljina čekanja na uslugu, čekanje liječnika na dan prijma te cijena usluge. Svi ovi čimbenici mogu biti povezani sa socioekonomskim varijablama.

Psihosocijalni pristupi razmatraju mehanizme koji kod pojedinca u stanju materijalne oskudice djeluju na psihološko i socijalno funkcioniranje te utječu na poremećaje psihološke prilagodbe. U kontekstu etiologije mentalnih poremećaja siromaštvo i loš socioekonomski status možemo razmatrati kao jedan od okolinskih rizičnih čimbenika koji u interakciji s karakteristikama pojedinca povećavaju vjerojatnost pojave psiholoških problema.

U skladu s gore iznesenim, prvi cilj ovog istraživanja jest ispitati povezanost materijalnog statusa, u širokom rasponu od siromaštva do osoba s visokim primanjima, i nekih temeljnih dimenzija psihološkog funkcioniranja ispitanika poput samopoštovanja, lokusa kontrole nad događajima u vlastitom životu te opće samoprocjene vlastitog tjelesnog i mentalnog zdravlja. Drugi se cilj odnosi na ispitivanje povezanosti između samopoštovanja i lokusa kontrole sa samoprocjenom vlastitog tjelesnog i mentalnog zdravlja. Hipoteze koje proizlaze iz izloženih istraživanja ukazuju na niže samopoštovanje i zadovoljstvo zdravljem te veću eksternalnost u osoba s nižim materijalnim statusom. Kako sami autori Upitnika samopoštovanja (34) navode spolnu razliku na obje dimenzije samopoštovanja, a dosadašnja istraživanja pokazala su da žene imaju tendenciju k izražijem eksternalnom lokusu kontrole (35), odlučili smo analizom rezultata osim materijalnog statusa ispitati i spolne razlike na korištenim varijablama.

## METODA

### *Uzorak*

Uzorak ispitanika prikupljen je u okviru šireg istraživanja atribucija uzroka siromaštva u kojemu je cilj bio ispitati uzorak ispitanika maksimalno heterogen s obzirom na materijalni status. S tim ciljem definirane su dvije ciljne populacije. Prvu populaciju sačinjavale su zaposlene osobe oba spola s različitim veličinom primanja. Drugu populaciju sačinjavali su primatelji pomoći za uzdržavanje (tzv. socijalne pomoći ili prema novoj terminologiji zajamčene minimalne naknade), tj. osobe koje prema definiciji spadaju u kategoriju siromašnih osoba.

### Uzorak 1 – uzorak zaposlenih

S obzirom na to da je pri izboru ispitanika teško unaprijed poznavati materijalni status, odnosno ukupna primanja obitelji, osobito ekvivalent primanja, odlučili smo se za kvotni neprobabilistički uzorak. Zadatak educiranih anketara bio je da odaberu zadani broj ispitanika s obzirom na određene kvote za spol i obrazovanje (nisko, srednje, visoko). Unutar svakog obrazovnog statusa anketari su imali opise zanimanja koje karakteriziraju različita primanja na osnovi statističkih izvora o prosječnim plaćama. Uzorak je

bio heterogen, biran na osnovi dostupnosti u kućanstvima, javnim mjestima i unutar privatnog i javnog sektora. Realizirani uzorak sastojao se od 475 ispitanika u rasponu dobi od 18 do 65 godina (prosječna dob 37,5 godina).

#### Uzorak 2 - uzorak korisnika pomoći za uzdržavanje

Uzorak korisnika pomoći za uzdržavanje je prigodni uzorak, a podaci su prikupljeni u šest ureda Centra za socijalnu skrb Zagreb. Sudionike ovoga dijela istraživanja birali su socijalni radnici s kojima su primatelji socijalne pomoći u redovitom kontaktu. Odabrane osobe pozivane su u pojedini ured gdje je i provedeno ispitivanje.

Podatke su, uz voditelja istraživanja, prikupljali studenti viših godina Studijskog centra socijalnog rada koji su za to bili posebno educirani, s posebnim osvrtom na etička načela prilikom provedbe istraživanja. Sudionicima je na početku objašnjeno o kakvom istraživanju se radi, te da je sudjelovanje anonimno i dobrovoljno.

Ispunjavanje upitnika je trajalo oko 45 minuta u prostorijama unutar ureda, te je provedeno u skupinama od oko prosječno 6-7 korisnika uz vođenje od strane anketara.

Konačni uzorak primatelja socijalne pomoći sastojao se od 162 sudionika. Spolna i obrazovna struktura obih uzoraka prikazana je u tablici 1. Prosječna dob ispitanika iznosila je 44,7 godina.

#### Definiranje kategorija ispitanika s obzirom na ekvivalent primanja

Kao što je opisano u postupku izbora uzorka primatelji socijalne pomoći su specifična populacija koja se kvalitativno razlikuje od skupina zaposlenih. Izbor uzorka zaposlenih bio je usmjeren na ispitanike specifičnih zanimanja kako bismo mogli kreirati tri skupine zaposlenih ispitanika značajno različitog materijalnog statusa. Materijalni status, odnosno veličina primanja, određena je na osnovi tzv. odraslog ekvivalenta dohotka. Odrasli ekvivalent je mjerilo pomoću kojega se svi članovi u jednom kućanstvu svode na odraslu osobu. Postupak se primjenjuje radi usporedbe blagostanja kućanstava različitog sastava i obilježja. Radi toga se u svijetu koriste različite ekvivalentne ljestvice koje se međusobno razlikuju po koeficijentima. U Hrvatskoj se koristi OECD-ova ljestvica, prema kojoj se nositelju kućanstva dodjeljuje koeficijent 1, svakoj drugoj osobi u ku-

Tablica 1.

#### Struktura uzorka prema stupnju obrazovanja i spolu

Obrazovni status	Zaposleni		Primatelji socijalne pomoći	
	N	%	N	%
b) nezavršena osnovna škola	3	0,6	13	8,0
c) osnovna škola	32	6,7	62	38,3
d) srednja stručna škola	67	14,1	19	11,7
e) srednja škola	157	33,1	58	35,8
f) viša škola	38	8,0	3	1,9
g) fakultet i više	178	37,5	7	4,3
Ukupno	475	100 %	162	100 %
Spol				
Žene	288	60,6	95	58,4 %
Muškarci	187	39,4	67	41,4 %
Ukupno	475	100 %	162	100 %

Tablica 2.

#### Prosječni ekvivalent dohotka kućanstva primanja u četiri skupine ispitanika korištene u istraživanju

A - primatelji socijalne pomoći N=162		B - zaposleni s niskim primanjima N=115		C - zaposleni sa srednjim primanjima N=214		D - zaposleni s visokim primanjima. N=146	
M (kn)	SD	M (kn)	SD	M (kn)	SD	M (kn)	SD
1112,5	852,2	2931,5	680,4	5358,6	863,3	10605,7	3358,8

čanstvu starijoj od 14 godina koeficijent 0,5, a djeci mlađoj od 14 godina koeficijent 0,3. Dakle, ekvivalentni dohodak se računa tako da se ukupan dohodak kućanstva podijeli s ekvivalentnom veličinom kućanstva prema modificiranoj OECD-ovoj ljestvici (36).

S obzirom na to da su ovim istraživanjem siromašni unaprijed definirani u kategoriji primatelja pomoći za uzdržavanje, cilj je bio jasno razgraničiti kategorije zaposlenih s niskim, srednjim i visokim dohotkom kućanstva. Tako je načinjena podjela uzorka prema sljedećim granicama ekvivalentnih dohodaka kućanstava (tablica 2). U kategoriji A nalaze se primatelji socijalne pomoći čiji ekvivalent primanja iznosi 1112,5 kuna mjesečno. Kategoriju B čine zaposleni s niskim ekvivalentom primanja ispod 3999 kuna ( $M=2931,5$  kn). Kategoriju C čine ispitanici s ekvivalentom primanja u rasponu od 4000 do 6999 kn ( $M=5358,6$  kn), dok skupinu D čine ispitanici s ekvivalentom primanja iznad 7000 kn ( $M=10605,7$  kn).

Prosječna veličina ekvivalenta primanja po članu domaćinstva za cjelokupni uzorak zaposlenih iznosila je  $M = 6402$  kune ( $SD=3561,25$ ), a totalni raspon kretao se od 892,9 do 32000.

## INSTRUMENTI

### a) Sociodemografski upitnik

Sociodemografski upitnik konstruiran za potrebe ovog istraživanja sadržava 17 pitanja kojima su obuhvaćene osnovne sociodemografske varijable (dob, spol, obrazovanje i radni status); materijalni status sudionika i članova kućanstva (mjesečna primanja cijelog kućanstva, subjektivna procjena materijalnog statusa, stambeni status i uvjeti stanovanja); obiteljski status (bračni status i broj djece) i skup pitanja koji se odnosio na primatelje socijalne pomoći (oblik socijalne pomoći, redovitost primanja socijalne pomoći, dugotrajnost primanja socijalne pomoći).

### b) Ljestvica samosviđanja i samokompetentnosti - SLCS

Ljestvica samosviđanja i samokompetentnosti (*Self-Liking and Self-Competence* - SLCS) je ljestvica samoprocjene koja mjeri globalno samopoštovanje, a čiji su autori Tafarodi i Swann (34). Sastoji se od dvije dimenzije: *samosviđanje* i *samokompetentnost*, te sadrži 20 čestica pri čemu se 10 tvrdnji odnosi se na samosviđanje, a 10 na samokompetentnost. Samosviđanje se odnosi na afektivnu procjenu vlastitog prihvaćanja ili neprihvaćanja odnosno doživljaja samoga sebe (npr. *zadovoljan/na sam sa sobom*). Samokompetentnost se odnosi na procjenu osobnih snaga i slabosti, odnosno na osjećaj vlastite sposobnosti, učinkovitosti i kontrole (npr. *ja sam sposobna osoba*).

Ispitanici odgovore daju na ljestvici od 0 do 4. Ukupan rezultat izražava se zbrajanjem odgovora na pojedina

pitanja pri čemu veći rezultat ukazuje na veće samopoštovanje. Teorijski raspon rezultata na obje dimenzije kreće se u rasponu od 0 do 40. Pouzdanost podljestvice samosviđanja izražena Cronbachovim alfa koeficijentom u ovom istraživanju iznosila je 0,77, a pouzdanost podljestvice samokompetentnosti 0,80.

### c) Ljestvica ekternalnosti

Sadržaj ove ljestvice koja se sastoji od 10 tvrdnji odražava fatalističku orijentaciju po kojoj sudbina, predodređenost, sreća i slučajnosti određuju što će se pojedincu dogoditi, odnosno kakvi će biti ishodi njegova ponašanja. Ukupan rezultat određuje se sumiranjem procjena na ljestvici Likertovog tipa sa 5 stupnjeva od 0 do 4, pri čemu 0 znači „potpuno netočno“, a 4 „potpuno točno“. Minimalni rezultat je 0, a maksimalni 40. Visok rezultat odražava ekternalni lokus kontrole (37). Pouzdanost upitnika izražena Cronbachovim alfa koeficijentom u ovom istraživanju iznosila je 0,90.

### d) Upitnik kvalitete života – MANSА

MANSА (*Manchester Short Assessment of Quality of Life Scale*) je instrument za ispitivanje subjektivne kvalitete života, a razvili su ga Priebe i sur. (38) s ciljem ispitivanja općeg zadovoljstva životom, te nekim specifičnim područjima života (obitelj, zdravlje, materijalni status, socijalni život i dr.). Upitnik je korišten u istraživanjima vezanima uz područje mentalnog zdravlja. Sastoji se od 16 pitanja od kojih se 12 procjenjuje na ljestvici Likertovog tipa sa 7 stupnjeva, pri čemu 1 znači „ne može biti gore“, a 7 „ne može biti bolje“. Pouzdanost upitnika izražena Cronbachovim alfa koeficijentom u ovom istraživanju iznosila je 0,88. Iz ovog upitnika izdvojena su dva pitanja koja su nam u ovom istraživanju bila od posebnog interesa: „Koliko ste zadovoljni svojim tjelesnim zdravljem?“ koje se odnosi na samoprocjenu tjelesnog zdravlja, te pitanje „Koliko ste zadovoljni svojim psihičkim (mentalnim) zdravljem?“ koje predstavlja samoprocjenu mentalnog zdravlja.

## REZULTATI

U okviru prvog cilja istraživanja nastojali smo ispitati razlike u dva aspekta samopoštovanja (samosviđanje i samokompetencija), ekternalnosti te samoprocjeni tjelesnog i mentalnog zdravlja u funkciji dvije prediktorske varijable: spola i stupnja materijalnog statusa.

Kako bismo ovaj odnos ispitali na metodološki korektan način odlučili smo kontrolirati utjecaj dviju relevantnih varijabli, a to su stupanj obrazovanja i dob, prema kojima poduzorke ispitanika nije bilo moguće u potpunosti izjednačiti. Teorijski se može očekivati da je stupanj obrazovanja povezan s materijalnim statusom, a u našem istraživanju nalazimo korelaciju između materijalnog statusa i stupnja obrazovanja  $r=0,55$  ( $p<0,001$ ).

Naime, očekivano je da ispitanici boljeg materijalnog statusa u prosjeku imaju viši stupanj obrazovanja. Pored toga, u našem uzorku povezanost između materijalnog statusa i dobi iznosi  $r=0,30$  ( $p<0,001$ ). Naime, postoji tendencija da mlađi ispitanici imaju nešto bolji materijalni status, odnosno primatelji socijalne pomoći su u prosjeku nešto stariji od zaposlenih ispitanika. Kako su obje navedene varijable pokazale nisku, ali značajnu povezanost s naših pet glavnih kriterijskih varijabli (u rasponu od 0,17 do do 0,42), odlučili smo provesti pet analiza kovarijance provjeravajući utjecaj faktora spola i materijalnog statusa na korištene kriterijske varijable uz kontrolu dvije kovarijate, a to su dob ispitanika i stupanj obrazovanja. Osim toga ova vrsta analize odgovara na ključno pitanje razlikuju li se značajno primatelji socijalne pomoći od ostalih skupina zaposlenih ispitanika jasno odijeljenih prema stupnju materijalnog statusa pri čemu su primatelji socijalne pomoći u dodatno nepovoljnijem položaju u odnosu na ostale uzorke zaposlenih.

Svaka analiza kovarijance uključivala je dva čimbenika: spol (dvije razine: muškarci, žene) i materijalni status (četiri razine: A = primatelji socijalne pomoći, B = zaposleni s niskim primanjima, C = zaposleni sa srednjim primanjima, D = zaposleni s visokim primanjima).

Iako su samosviđanje i samokompetencija povezani relativno visoko ( $r=0,68$ ), zasebne analize kovarijance rezultirale su ponešto različitim rezultatima, stoga smo odlučili prikazati obje analize. Isto tako, samoprocjene zadovoljstva tjelesnim i mentalnim zdravljem povezane su  $r=0,62$ , ali i u ovom slučaju zasebne analize ukazuju na različite učinke te smo ih također prikazali zasebno.

a) Povezanost materijalnog statusa i spola sa samosviđanjem kao aspektom samopoštovanja

Prva analiza kovarijance odnosila se na ispitivanje promjena u varijabli samosviđanje, kao aspekta samopoštovanja, u funkciji spola i materijalnog statusa. U tablici 3. prikazane su procijenjene aritmetičke sredine svih 8 podskupina ispitanika korigirane za utjecaj dobi i stupnja obrazovanja te njihove standardne pogreške.

Provedena analiza kovarijance pokazala je značajan glavni učinak obih čimbenika. Učinak materijalnog statusa

pokazuje da porast materijalnog statusa prati povećanje rezultata na dimenziji samosviđanja [ $F_{(3,625)}=5,724$ ,  $p<0,001$ ] dok značajan učinak spola [ $F_{(1,625)}=5,041$ ,  $p<0,05$ ] ukazuje na općenito veće samosviđanje kod muškaraca. Iz sl. 1. vidi se da postoji vrlo jasan trend da porast materijalnog statusa prati porast prosječnih vrijednosti u varijabli samosviđanje. Interakcijski učinak nije se pokazao značajnim što znači da je učinak spolne razlike podjednak na svim razinama materijalnog statusa [ $F_{(3,625)}=0,288$ ;  $p>0,05$ ]. Testiranje međugrupnih razlika unutar varijable materijalni status provedeno je Bonferonnijevom testom i pokazalo je da su statistički značajne razlike između skupine A (primatelji socijalne pomoći) i skupine C (srednja primanja;  $p<0,05$ ) i skupine D (visoka primanja;  $p<0,001$ ). U ovoj analizi pokazao se značajan utjecaj obje kovarijate dob [ $F_{(1,625)}=4,665$ ;  $p<0,05$ ] i stupanj obrazovanja [ $F_{(1,625)}=6,590$ ;  $p<0,01$ ] na zavisnu varijablu samosviđanja.

b) Povezanost materijalnog statusa i spola sa samokompetencijom kao aspektom samopoštovanja

Druga analiza kovarijance odnosila se na ispitivanje promjena u varijabli samokompetencija, kao aspekta samopoštovanja, u funkciji spola i materijalnog statusa. U tablici 4. prikazane su procijenjene aritmetičke sredine svih 8 podskupina ispitanika korigirane za utjecaj dobi i stupnja obrazovanja te njihove standardne pogreške.

Provedena analiza kovarijance pokazala je značajan glavni učinak obih korištenih čimbenika. Učinak materijalnog statusa pokazuje da porast materijalnog statusa prati povećanje rezultata na dimenziji samokompetencije [ $F_{(3,625)}=8,944$ ,  $p<0,001$ ], dok učinak spola u ovom slučaju nije značajan [ $F_{(3,625)}=2,954$ ,  $p>0,05$ ]. Iz sl. 2. vidi se da postoji vrlo jasan trend da porast materijalnog statusa prati porast prosječnih vrijednosti u varijabli samokompetencija. Interakcijski učinak nije se pokazao značajnim [ $F_{(3,625)}=1,336$ ;  $p>0,05$ ].

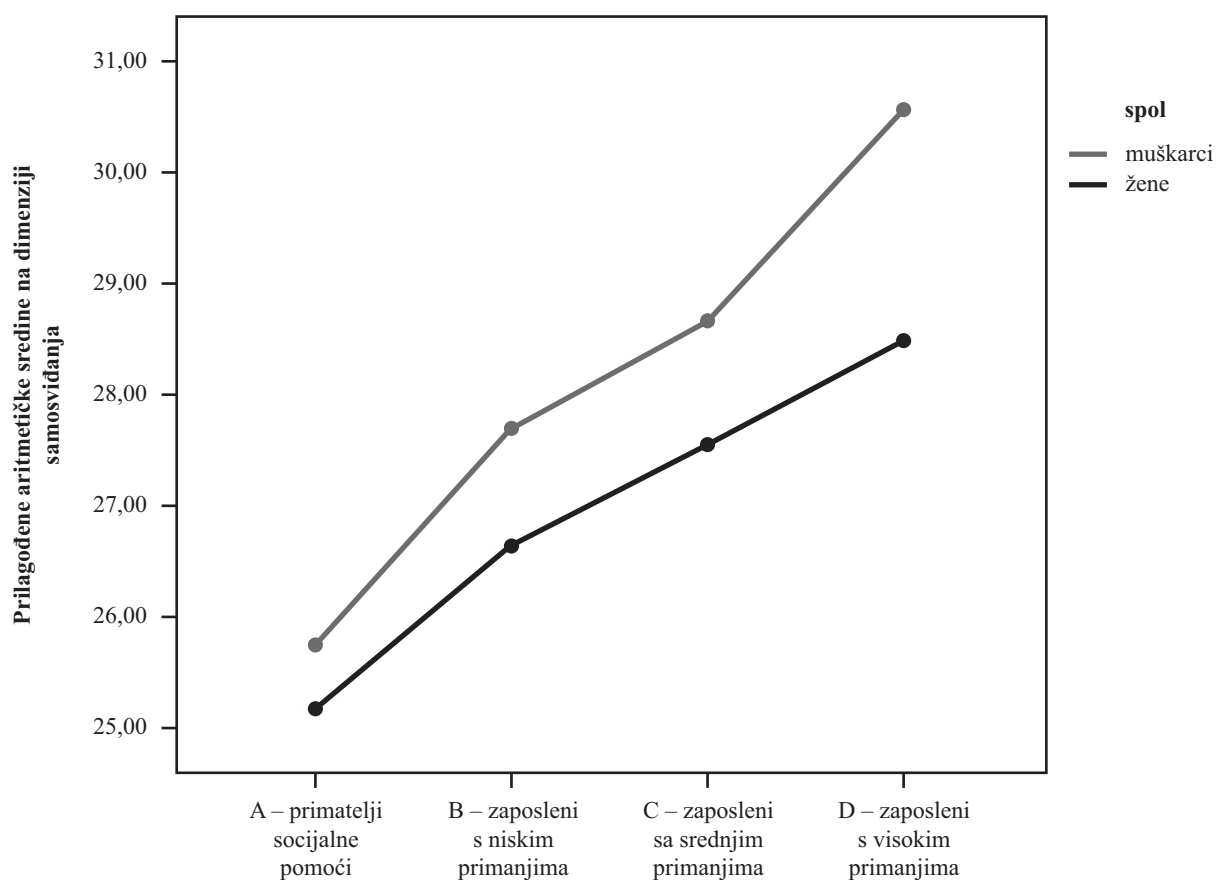
Testiranje međugrupnih razlika unutar varijable materijalni status provedeno je Bonferonnijevom testom i pokazalo je da su statistički značajne razlike između skupine A (primatelji socijalne pomoći) i skupine C (srednja primanja;  $p<0,05$ ) i skupine D (visoka primanja;  $p<0,001$ ), te između skupina B (niska primanja) i D (visoka prima-

Tablica 3.

*Procijenjene aritmetičke sredine na varijabli samosviđanje uz kontrolu dobi i stupnja obrazovanja*

	A - Primatelji socijalne pomoći	B - Zaposleni s niskim primanjima	C - Zaposleni sa srednjim primanjima	D - Zaposleni s visokim primanjima
Muškarci	M = 25,78 (SP = 0,88) N = 66	M = 27,67 (SP = 1,08) N = 39	M = 28,54 (SP = 0,71) N = 91	M = 30,34 (SP = 0,92) N = 57
Žene	M = 25,13 (SP = 0,76) N = 94	M = 26,50 (SP = 0,78) N = 76	M = 27,37 (SP = 0,62) N = 123	M = 28,24 (SP = 0,75) N = 89

SP – standardna pogreška procjene



Sl. 1. Prilagođene prosječne vrijednosti na dimenziji samosviđanja u funkciji spola i materijalnog statusa (uz kontrolu dobi i obrazovanja)

nja;  $p < 0,01$ ). U ovoj analizi pokazao se značajan utjecaj kovarijata dob [ $F_{(1, 625)} = 13,277$ ;  $p < 0,001$ ] i stupanj obrazovanja [ $F_{(1, 625)} = 44,330$ ;  $p < 0,001$ ] na kriterijsku varijablu samokompetencija.

c) Povezanost materijalnog statusa i spola sa eksternalnosti

Treća analiza kovarijance odnosila se na ispitivanje promjena u varijabli eksternalnost u funkciji spola i materijalnog statusa. U tablici 5. prikazane su procijenjene aritmetičke sredine svih 8 podskupina ispitanika korigirane

za utjecaj dobi i stupnja obrazovanja te njihove standardne pogreške.

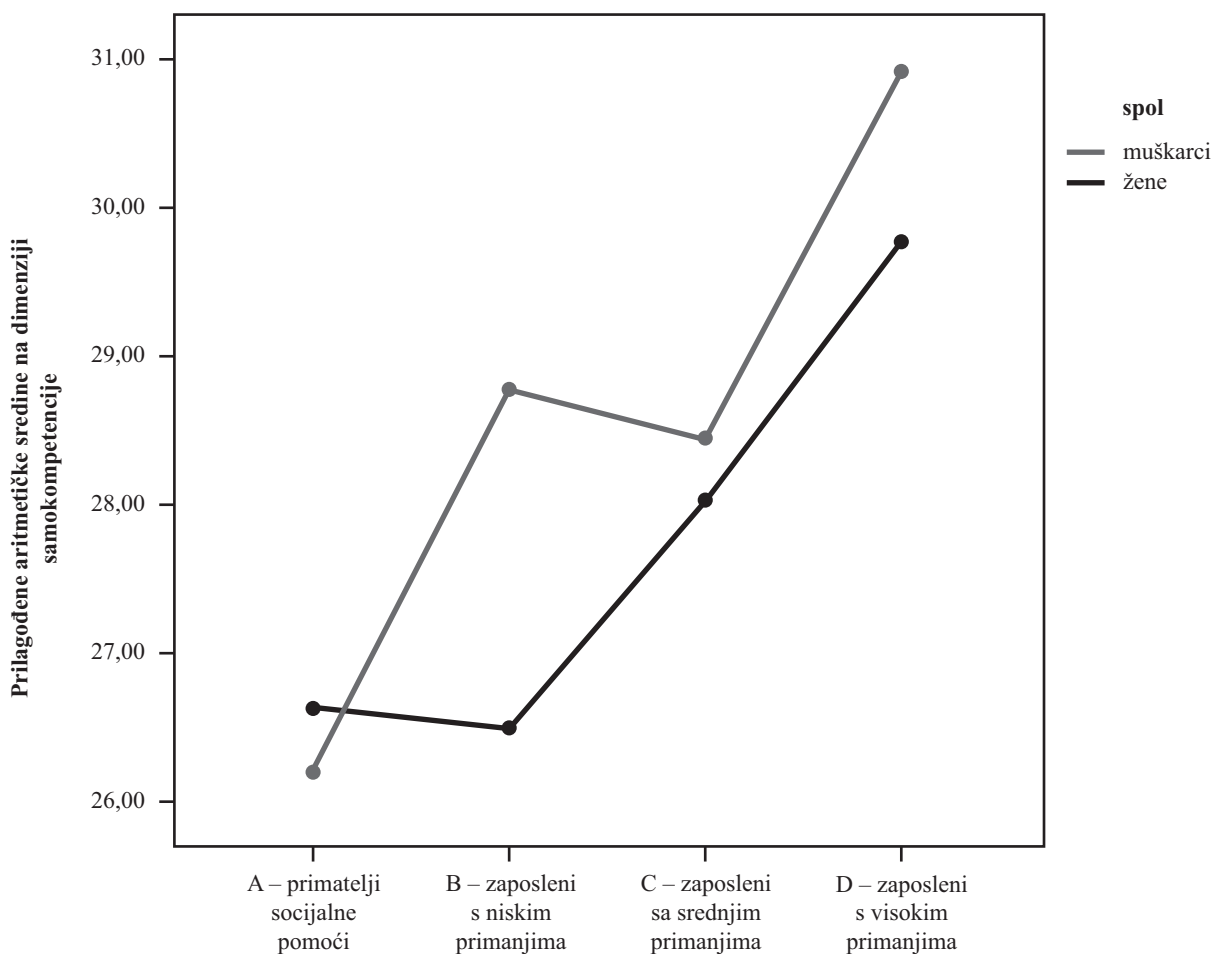
Provedena analiza kovarijance pokazala je značajan glavni učinak obih korištenih čimbenika. Učinak materijalnog statusa pokazuje da porast materijalnog statusa prati povećanje rezultata na dimenziji eksternalnosti [ $F_{(3, 625)} = 5,503$ ,  $p < 0,001$ ], dok značajan učinak spola [ $F_{(1, 625)} = 26,304$ ,  $p < 0,001$ ] ukazuje na veću iskazanu eksternalnost žena. Iz sl. 3. vidi se da postoji vrlo jasan trend da porast materijalnog statusa prati porast prosječnih vrijednosti u varijabli eksternalnost. Testiranje međugrupnih razlika

Tablica 4.

Procijenjene aritmetičke sredine na varijabli samokompetencija uz kontrolu dobi i stupnja obrazovanja

	A - Primatelji socijalne pomoći	B - Zaposleni s niskim primanjima	C - Zaposleni sa srednjim primanjima	D - Zaposleni s visokim primanjima
Muškarci	M = 28,26 (SP = 0,71) N = 66	M = 28,75 (SP = 0,87) N = 39	M = 28,44 (SP = 0,57) N = 91	M = 30,87 (SP = 0,74) N = 57
Žene	M = 26,72 (SP = 0,61) N = 94	M = 26,58 (SP = 0,63) N = 76	M = 28,09 (SP = 0,50) N = 123	M = 29,80 (SP = 0,61) N = 89

SP – standardna pogreška procjene



Sl. 2. Prilagođene prosječne vrijednosti na dimenziji samokompetencije u funkciji spola i materijalnog statusa (uz kontrolu dobi i obrazovanja)

Tablica 5.

Procijenjene aritmetičke sredine na varijabli eksternalnost uz kontrolu dobi i stupnja obrazovanja

	A - Primatelji socijalne pomoći	B - Zaposleni s niskim primanjima	C - Zaposleni sa srednjim primanjima	D - Zaposleni s visokim primanjima
Muškarci	M = 18,08 (SP = 1,12) N = 66	M = 16,63 (SP = 1,38) N = 39	M = 15,91 (SP = 0,91) N = 91	M = 12,25 (SP = 1,17) N = 57
Žene	M = 20,26 (SP = 0,97) N = 94	M = 21,24 (SP = 0,99) N = 76	M = 18,84 (SP = 0,79) N = 123	M = 17,37 (SP = 0,97) N = 89

SP – standardna pogreška procjene

unutar varijable materijalni status provedeno je Bonferronijevim testom i pokazalo je da su statistički značajne razlike između skupine D (najviša primanja) i sve tri preostale skupine – A (primatelji socijalne pomoći;  $p < 0,01$ ), B (niska primanja;  $p < 0,01$ ) te C (srednja primanja;  $p < 0,05$ ).

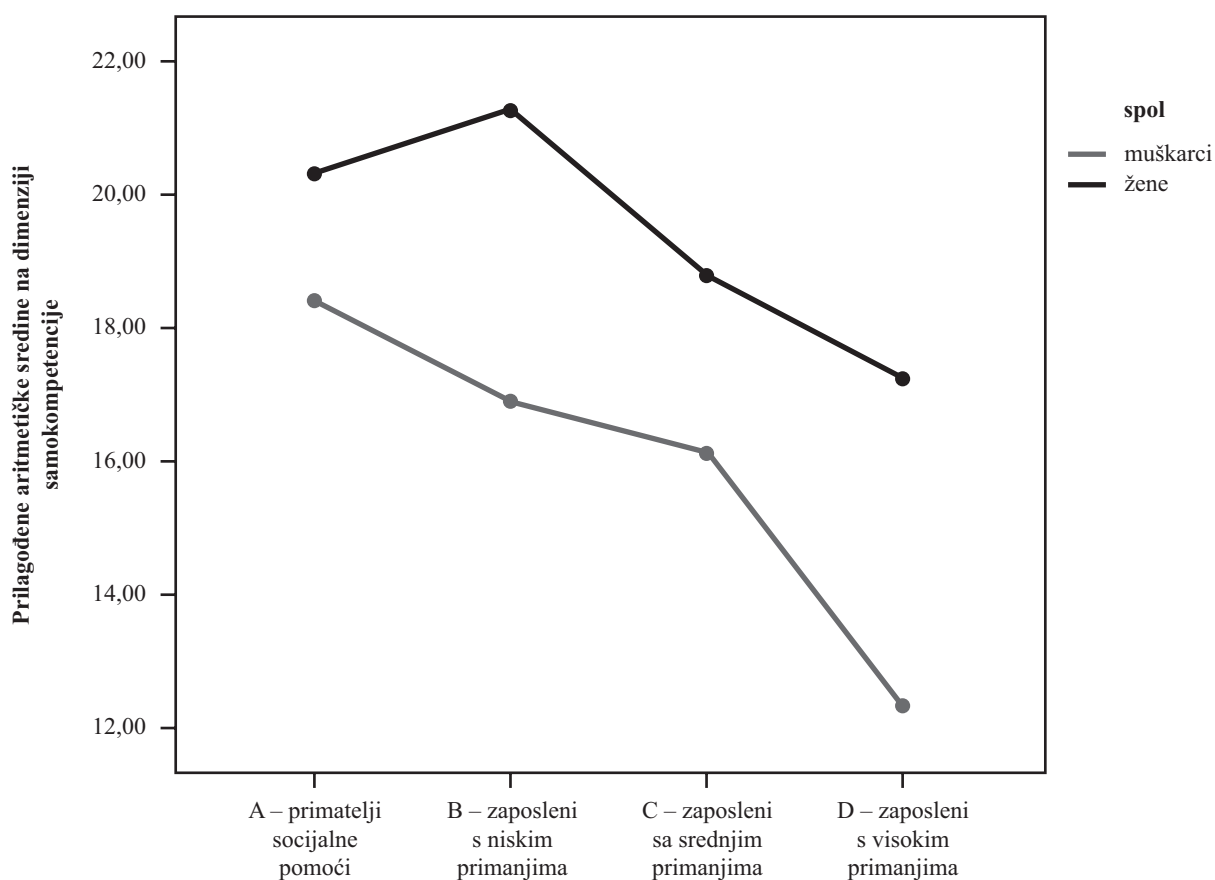
Interakcijski učinak nije se pokazao značajnim, što znači da je učinak spolne razlike podjednak na svim razinama materijalnog statusa [ $F_{(3, 625)} = 0,927$ ;  $p > 0,05$ ]. I u ovoj analizi pokazao se značajan utjecaj kovarijata dob [ $F_{(1,$

$625)} = 4,606$ ;  $p < 0,05$ ] i stupanj obrazovanja [ $F_{(1, 625)} = 25,781$ ;  $p < 0,001$ ] na kriterijsku varijablu eksternalnost.

d) Povezanost materijalnog statusa i spola sa samoprocjenom tjelesnog zdravlja

Četvrta analiza kovarijance odnosila se na ispitivanje promjena u varijabli samoprocjena tjelesnog zdravlja u funkciji spola i materijalnog statusa. U tablici 6. prikazane su procijenjene aritmetičke sredine svih 8 podskupina





Sl. 3. Prilagođene prosječne vrijednosti na dimenziji eksternalnosti u funkciji spola i materijalnog statusa (uz kontrolu dobi i obrazovanja)

ispitanika korigirane za utjecaj dobi i stupnja obrazovanja te njihove standardne pogreške.

Provedena analiza kovarijance pokazala je značajan glavni učinak obih korištenih čimbenika. Učinak materijalnog statusa pokazuje da porast materijalnog statusa prati povećanje rezultata na dimenziji samoprocjene tjelesnog zdravlja [ $F_{(3, 619)}=12,278, p<0,001$ ], dok neznačajan F-omjer vezan uz spol [ $F_{(1, 619)}=0,363, p>0,05$ ] ukazuje da nema razlike između muškaraca i žena s obzirom na zadovoljstvo tjelesnim zdravljem. Iz slike 4. vidi se da postoji vrlo jasan trend da porast materijalnog statusa prati porast

prosječnih vrijednosti u varijabli samoprocjena tjelesnog zdravlja.

Testiranje međugrupnih razlika unutar varijable materijalni status provedeno je Bonferonijevim testom i pokazalo je da su statistički značajne razlike između skupine A (primatelji socijalne pomoći) i sve tri preostale – skupine B (niska primanja;  $p<0,001$ ), C (srednja primanja;  $p<0,001$ ) te D (visoka primanja;  $p<0,001$ ).

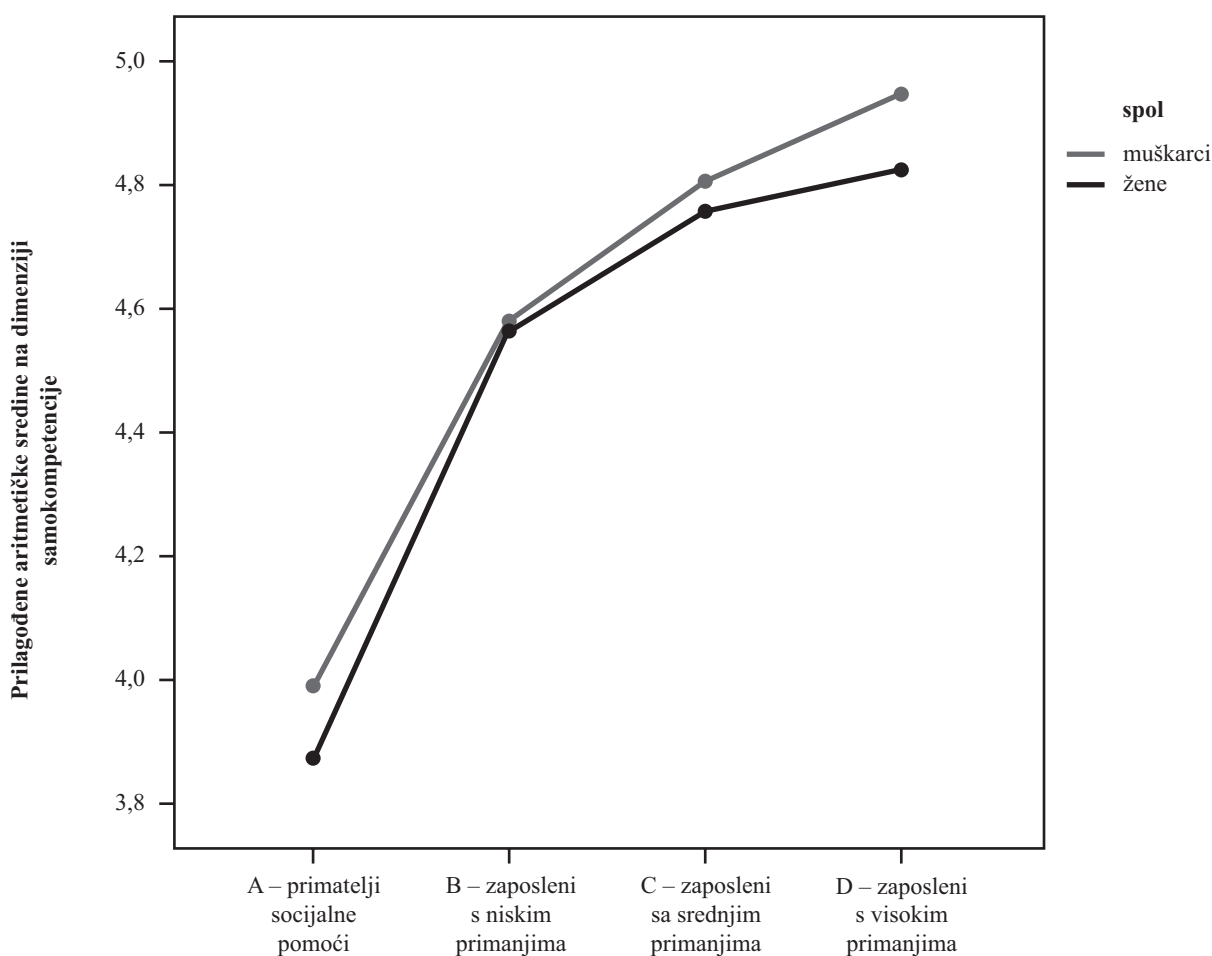
Interakcijski efekt nije se pokazao značajnim [ $F_{(3, 619)}=0,05; p>0,05$ ]. U ovoj analizi ponovno se pokazao značajan utjecaj kovarijata dob [ $F_{(1, 619)}=20,724; p<0,001$ ]

Tablica 6.

Procijenjene aritmetičke sredine na varijabli samoprocjena tjelesnog zdravlja uz kontrolu dobi i stupnja obrazovanja

	A - Primatelji socijalne pomoći	B - Zaposleni s niskim primanjima	C - Zaposleni sa srednjim primanjima	D - Zaposleni s visokim primanjima
Muškarci	M = 3,97 (SP = 0,18) N = 63	M = 4,60 (SP = 0,21) N = 39	M = 4,83 (SP = 0,14) N = 91	M = 4,98 (SP = 0,18) N = 57
Žene	M = 3,86 (SP = 0,15) N = 92	M = 4,58 (SP = 0,16) N = 75	M = 4,80 (SP = 0,12) N = 123	M = 4,87 (SP = 0,15) N = 89

SP – standardna pogreška procjene



Sl. 4. Prilagođene prosječne vrijednosti na dimenziji samoprocjena tjelesnog zdravlja u funkciji spola i materijalnog statusa (uz kontrolu dobi i obrazovanja)

i stupanj obrazovanja [ $F_{(1, 619)} = 7,509$ ;  $p < 0,01$ ] na kriterijsku varijablu samoprocjena tjelesnog zdravlja.

e) Povezanost materijalnog statusa i spola sa samoprocjenom mentalnog zdravlja

Peta analiza kovarijance odnosila se na ispitivanje promjena u varijabli samoprocjena mentalnog zdravlja u funkciji spola i materijalnog statusa. U tablici 7. prikazane su procijenjene aritmetičke sredine svih 8 podskupina ispitanika korigirane za utjecaj dobi i stupnja obrazovanja te njihove standardne pogreške.

Provedena analiza kovarijance pokazala je značajan glavni učinak obih čimbenika. Učinak materijalnog statusa pokazuje da porast materijalnog statusa prati povećanje rezultata na dimenziji samoprocjena mentalnog zdravlja [ $F_{(3, 616)} = 9,623$ ,  $p < 0,001$ ], dok značajan efekt spola [ $F_{(1, 616)} = 5,880$ ,  $p < 0,05$ ] ukazuje na nešto veće zadovoljstvo mentalnim zdravljem kod muškaraca. Iz sl. 5. vidi se da postoji vrlo jasan trend da porast materijalnog statusa prati porast prosječnih vrijednosti u varijabli samoprocjena mentalnog zdravlja. Testiranje međugrupnih

razlika unutar varijable materijalni status provedeno je Bonferonnijevim testom i pokazalo je da su statistički značajne razlike između skupine A (primatelji socijalne pomoći) i sve tri preostale skupine - B (niska primanja;  $p < 0,001$ ), C (srednja primanja;  $p < 0,001$ ) te D (visoka primanja;  $p < 0,001$ ).

Interakcijski učinak nije se pokazao značajnim, što znači da je učinak spolne razlike podjednak na svim razinama materijalnog statusa [ $F_{(3, 616)} = 0,446$ ;  $p > 0,05$ ]. I u ovoj analizi pokazao se značajan utjecaj kovarijate dob na samoprocjenu mentalnog zdravlja [ $F_{(1, 616)} = 11,061$ ;  $p < 0,001$ ], dok druga kovarijata (stupanj obrazovanja) nije dosegla razinu statističke značajnosti [ $F_{(1, 616)} = 3,434$ ;  $p > 0,05$ ].

f) Povezanost samoprocjene tjelesnog i mentalnog zdravlja sa samopoštovanjem i ekternalnošću

Nakon analize promjena u skupu kriterijskih varijabli u funkciji spola i materijalnog statusa, u okviru drugog cilja istraživanja ispitali smo povezanost dvaju aspekata samopoštovanja i ekternalnosti sa samoprocjenama tjelesnog i mentalnog zdravlja.

Tablica 7.

Procijenjene aritmetičke sredine na varijabli samoprocjena mentalnog zdravlja uz kontrolu dobi i stupnja obrazovanja

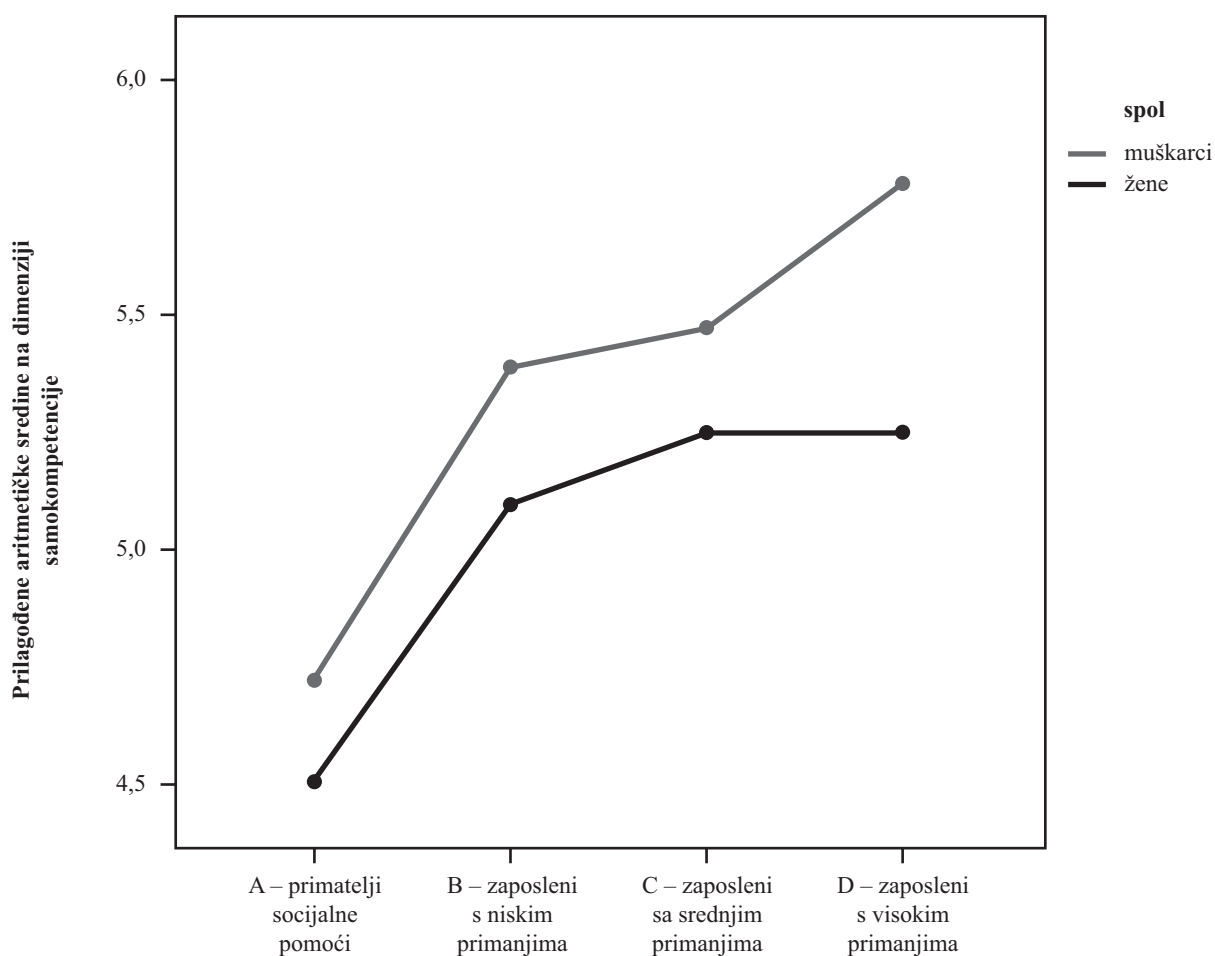
	A - Primatelji socijalne pomoći	B - Zaposleni s niskim primanjima	C - Zaposleni sa srednjim primanjima	D - Zaposleni s visokim primanjima
Muškarci	M = 4,67 (SP = 0,19) N = 63	M = 5,38 (SP = 0,23) N = 39	M = 5,48 (SP = 0,15) N = 91	M = 5,81 (SP = 0,19) N = 57
Žene	M = 4,49 (SP = 0,16) N = 90	M = 5,13 (SP = 0,16) N = 75	M = 5,29 (SP = 0,13) N = 122	M = 5,29 (SP = 0,16) N = 89

SP – standardna pogreška procjene

Kako nas je u ovom slučaju zanimao direktni odnos navedenih aspekata ličnosti sa zadovoljstvom zdravstvenim statusom nastojali smo kontrolirati utjecaj varijabli koje mogu utjecati na ovaj odnos. U ovoj analizi izračunate su parcijalne korelacije uz kontrolu dobi, stupnja obrazovanja i materijalnog statusa.

Parcijalne korelacije u tablici 8. pokazuju da i uz kontrolu dobi, stupnja obrazovanja i materijalnog statusa po-

stoji značajna povezanost između globalnog samopoštovanja i samoprocjena tjelesnog i mentalnog zdravlja. Samosviđanje kao aspekt samopoštovanja povezano je sa samoprocjenom tjelesnog zdravlja 0,331 ( $p < 0,001$ ), te 0,403 ( $p < 0,001$ ) sa zadovoljstvom vlastitim mentalnim zdravljem. Nešto niža parcijalna korelacija izračunata je između samokompetencije i tjelesnog zdravlja 0,249 ( $p < 0,001$ ) te 0,314 ( $p < 0,001$ ) sa samoprocjenom mentalnog zdravlja.



Sl. 5. Prilagođene prosječne vrijednosti na dimenziji samoprocjena mentalnog zdravlja u funkciji spola i materijalnog statusa (uz kontrolu dobi i obrazovanja)

Tablica 8.

*Pearsonove korelacije nultog reda i parcijalne korelacije između aspekata samopoštovanja (samosviđanje i samokompetencija), ekternalnosti i samoprocjena tjelesnog i mentalnog zdravlja uz kontrolu utjecaja dobi, stupnja obrazovanja i materijalnog statusa (N = 621)*

	Samosviđanje	Samokompetencija	Ekternalnost	Samoprocjena tjelesnog zdravlja	Samoprocjena mentalnog zdravlja
Samosviđanje	1	0,646**	-0,117**	0,331***	0,403***
Samokompetencija	0,680**	1	-0,194**	0,249***	0,314***
Ekternalnost	-0,214**	-0,332**	1	0,016	0,002
Samoprocjena tjelesnog zdravlja	0,417**	0,400**	-0,141**	1	0,553***
Samoprocjena mentalnog zdravlja	0,467**	0,421**	-0,122	0,618**	1

\* $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$

Iznad glavne korelacije nalaze se parcijalne korelacije. Ispod glavne dijagonale nalaze se korelacije nultog reda.

Ekternalnost u ovom slučaju nije povezana sa samoprocjenama tjelesnog i mentalnog zdravlja. Korelacije nultog reda sustavno su niže od parcijalnih korelacija.

## RASPRAVA

Rezultati istraživanja ukazuju na značajne razlike između skupina ispitanika različitog materijalnog statusa s obzirom na ispitivane aspekte samopoštovanja, ekternalnost i samoprocjenu zdravlja. Pripadnici najsiromašnijeg stratuma društva, tj. primatelji tzv. pomoći za održavanje značajno se razlikuju na mjerama samopoštovanja i zadovoljstva zdravljem od zaposlenih osoba srednjeg i višeg materijalnog statusa, ali se ne razlikuju od zaposlenih osoba s niskim primanjima na mjerama samopoštovanja i ekternalnosti. Iako su primatelji socijalne pomoći u kvalitativno drugačijem socijalnom položaju od zaposlenih osoba s niskim primanjima, imaju slične procjene na mjerama samopoštovanja.

Osobe niskog materijalnog statusa pokazuju nisku razinu vlastitog prihvaćanja, što implicira negativne osjećaje o sebi, osjećaj niže vrijednosti, te poteškoće u socijalnom funkcioniranju (14). Visoka razina samosviđanja povezana je sa samoprihvatanjem i boljim socijalnim funkcioniranjem. Rezultati potvrđuju teorijski očekivanu razliku prema spolu pri čemu općenito žene imaju niže rezultate na dimenziji samosviđanja, što odgovara nalazima u ranijim istraživanjima (34).

Rezultati analize kovarijance ukazuju na sličan trend niže procjene samokompetencije u funkciji smanjenja materijalnog statusa. I u ovom slučaju skupina primatelja socijalne pomoći ostvaruje značajno niže rezultate u odnosu na zaposlene osobe srednjeg i višeg materijalnog statusa. Na dimenziji samokompetencije nije se pokazala značajna razlika s obzirom na spol. Poznato je da je visoka samokompetencija povezana s unutarnjim pozitivnim osje-

ćajem, kao i s većom motivacijom i uspješnosti, te s boljim suočavanjem sa stresom. Osim toga, niska samokompetencija povezana je s niskom motivacijom, anksioznošću i depresijom (34). Kod osoba s niskim materijalnim statusom, osobito kod primatelja socijalne pomoći, izraženo je niže povjerenje u vlastite sposobnosti i potencijale, narušena vjera da vlastitim snagama mogu poboljšati svoje stanje, a što u psihološkom smislu stvara pretpostavke za razvoj depresivne simptomatologije.

Iako su korišteni instrumenti primarno istraživački, a manje dijagnostički, zanimljivo je pitanje koliko relativno niski rezultati na obje dimenzije ukazuju na uistinu ozbiljno narušeno samopoštovanje. S tim ciljem usporedili smo rezultate dobivene na našem uzorku s referentnim vrijednostima iz dostupne literature prikupljenim na studentskoj populaciji. Ako usporedimo referentne vrijednosti dobivene na američkim i hrvatskim studentima (34, 39) samosviđanje kod studenata odgovara približno rezultatima naših ispitanika sa srednje visokim primanjima (prije korekcije zbog dobi i stupnja obrazovanja), dok su rezultati primatelja socijalne pomoći na samosviđanju niži za 3 boda, a na samokompetenciji za 7 bodova u odnosu na prosječne rezultate dobivene na studentima u ranijim istraživanjima. Unutar ove populacije nameće se potreba osnaživanja izgubljenog samopoštovanja i ojačavanja vjere u vlastite mogućnosti.

Rezultati ukazuju i na povezanost veće ekternalnosti s lošijim materijalnim statusom, pri čemu se skupina zaposlenih s visokim primanjima značajno razlikuje od ostale tri skupine, pri čemu su žene sklonije vanjskom lokusu kontrole, što potvrđuje rezultate iz literature (35).

Usporedimo li dostupne rezultate iz literature dobivene na istoj ljestvici ekternalnosti nalazimo da rezultati na uzorku srednjoškolaca (40) odgovaraju rezultatima zaposlenih sa srednje visokim primanjima, dok su rezultati primatelja socijalne pomoći 7,5 bodova viši od rezultata

urbanih srednjoškolaca (prije korekcije zbog dobi i stupnja obrazovanja).

Visok rezultat na ovoj dimenziji odražava fatalističku orijentaciju po kojoj sudbina, predodređenost, sreća i slučajnosti određuju što će se pojedincu dogoditi, odnosno kakvi će biti ishodi njegova ponašanja. Kod primatelja socijalne pomoći i ispitanika s niskim primanjima očit je osjećaj da mnoge stvari u njihovim životima nisu pod njihovom kontrolom što u psihološkom smislu stvara predispoziciju za razvoj osjećaja bespomoćnosti, nesigurnosti i anksioznosti. Činjenica da su rezultati skupine zaposlenih značajno niži od sve tri preostale skupine ukazuje da je osjećaj besperspektivnosti širi društveni fenomen, te je vjerojatno uvjetovan i u percepciji društvenog konteksta koji ne omogućuje realizaciju odnosno vrednovanje potencijala koje osobe imaju.

Preostale dvije analize kovarijance odnosile su se na analizu odnosa materijalnog statusa sa samoprocjenama tjelesnog i mentalnog zdravlja. Subjektivna procjena vlastitog zdravstvenog statusa od strane pojedinca može imati određene metodološke nedostatke, ali sigurno da u procesu dijagnostike ima važno značenje. Obje analize ukazuju na značajno niže rezultate skupine primatelja socijalne pomoći u odnosu na sve tri ostale skupine zaposlenih, pri čemu su žene značajno manje zadovoljne mentalnim zdravljem od muškaraca. Na osnovi frekvencije odgovora proizlazi da približno 45 % ispitanih unutar uzorka primatelja izražava nezadovoljstvo tjelesnim, a 28 % mentalnim zdravljem. Ovaj nalaz može se interpretirati u dva smjera. Jedan je da općenito pogoršanje zdravlja može voditi k problemima u funkcioniranju osobe, pa time i mogućnosti obavljanja poslova i ostvarivanja zarade. S druge strane loši materijalni uvjeti mogu dovesti do zanemarivanja vlastitog zdravlja, lošijih životnih navika, prehrane i uvjeta smještaja odnosno općenito manje dostupnosti zdravstvene njege. U svakom slučaju ovaj nalaz uklapa se u nalaze iz literature prema kojima povezanost lošeg financijskog stanja i veće učestalosti zdravstvenih problema, kao i opća dostupnost zdravstvene usluge svim slojevima društva postaje jedan od globalnih problema u suvremenom društvu (41).

Iz literature je poznat odnos između siromaštva i narušenog mentalnog zdravlja, pri čemu se siromaštvo može razmatrati i kao determinanta, ali i posljedica problema vezanih uz mentalno zdravlje (42). Ranija istraživanja ukazuju na povezanost između materijalne deprivacije i siromaštva s emocionalnom uznemirenošću, te nejednakom mogućnosti pristupa različitim modalitetima zdravstvene skrbi (30).

Nakon što smo utvrdili da je materijalni status povezan i s aspektima samopoštovanja i sa samoprocjenom zadovoljstva vlastitim zdravljem nastojali smo provjeriti postoji li povezanost između korištenih aspekata ličnosti i samoprocjene tjelesnog i mentalnog zdravlja. Korištenjem parcijalnih korelacija nastojali smo isključiti utjecaj

dobi, obrazovanja i materijalnog statusa. Rezultati potvrđuju polazne hipoteze da je općenito niže samopoštovanje povezano s lošijim samoprocjenama mentalnog pa čak i tjelesnog zdravlja. Rezultati su na tragu ranijih istraživanja koja potvrđuju povezanost samopoštovanja i depresivnosti (43). U istraživanju Lebedine-Manzoni i Lotar (39) na uzorku studentica autorice navode korelaciju od -0,63 između samosviđanja i depresivnosti, te -0,46 između samokompetencije i depresivnosti.

Vanjski lokus kontrole nije pokazao značajnu povezanost s mjerama zadovoljstva zdravljem, a ni dosadašnja istraživanja nisu sasvim konzistentna, pri čemu je odnos ekternalnosti s psihološkim problemima često modificiran drugim varijablama.

Iako nacrt istraživanja ne omogućuje izvođenje uzročno-posljedičnih odnosa, rezultati ukazuju na siromaštvo i materijalnu deprivaciju kao potencijalne rizične čimbenike za razvoj nižeg općeg samopoštovanja, vanjskog lokusa kontrole te lošijeg općeg zdravstvenog statusa. U posljednje vrijeme istraživanja su usmjerena na ispitivanje složenih mehanizama povezanosti između socioekonomskog statusa, osobito siromaštva, s incidencijom širokog spektra psiholoških problema i prilagodbe. Istraživanja ukazuju na povezanost nižeg socioekonomskog statusa s pojavom psihotičnih poremećaja, poremećaja raspoloženja, suicidalnih sklonosti, zlorabe alkohola te nekih poremećaja ličnosti (30). Iako se može razmatrati i mogući utjecaj vanjskog lokusa kontrole te niskog samopoštovanja kao rizičnih čimbenika siromaštva, odnosno lošijeg materijalnog statusa, iskustva iz ovog istraživanja ukazuju da je značajan broj ispitanika u statusu primatelja socijalne pomoći u taj status dospio zbog vanjskih okolnosti i opće ekonomske krize (gubitka posla, bolesti, nemogućnosti zaposlenja i dr.). Stoga nam se u ovom kontekstu čini opravdanim razmatrati moguće štetno djelovanje siromaštva i materijalne deprivacije na samopoštovanje i opće psihološko zdravlje pojedinca, uzimajući u obzir i interakciju navedenih činitelja.

Pri objašnjenju odnosa materijalnog statusa i samoprocjene zdravstvenih problema prikladan okvir za interpretaciju predstavlja socijalni model. Prema socijalnom modelu na problem psihološke prilagodbe kao i na razvoj psihopatoloških simptoma utječu socijalni čimbenici poput obitelji, šire socijalne okoline te društva. Različiti koncepti unutar psihologije i psihijatrije koriste socijalni pristup koji podrazumijeva da su psihološke poteškoće socijalno uvjetovane (44). Osim toga pojedinci koji već imaju predispozicije za razvoj određenih psiholoških ili tjelesnih zdravstvenih problema u lošim socijalnim ili materijalnim uvjetima imat će i veći rizik za pojavu i razvoj simptoma. Pripadnost pojedinoj od stigmatiziranih skupina poput primatelja socijalne pomoći kroz proces socijalne komparacije vodi k osjećaju manje vrijednosti, socijalne marginalizacije i gubitka samopoštovanja.

Kognitivni modeli mogu poslužiti kao teorijski okvir za objašnjenje narušene slike o sebi ili pratećih poremećaja raspoloženja. Prema Becku negativni životni događaji (gubitak posla, izloženost materijalnoj deprivaciji i sl.) dovode kod pojedinca do negativnih vjerovanja koja oblikuju negativnu shemu (45). Negativne sheme stvaraju i produbljuju kognitivna iskrivljenja ili distorzije. Neki od oblika kognitivnog iskrivljavanja jesu samookrivljavanje, percepcija vlastite neuspješnosti odnosno nekompetencije, pretjerane generalizacije, davanje prevelike važnosti pojedinim činjenicama i sl. U okviru Beckova modela negativna shema i kognitivna iskrivljavanja mogu dovesti do tzv. negativne trijade, pri čemu se razvija negativan stav o sebi, ali i o budućnosti i svijetu. Dugotrajna izloženost uvjetima u kojima osoba ne nalazi uspješne mehanizme rješavanja problema može, prema Seligmanu, dovesti do naučene bespomoćnosti (46). Takva osoba nakon određenog vremena niti ne pokušava pronaći rješenje budući da ne vjeruje da je rješenje uopće moguće, a u kontekstu atribucijskih teorija uzroke događanja pretežno pripisuje eksternalnim čimbenicima. Ovdje je važno naglasiti da socijalnim učenjem i modeliranjem takve osobe mogu kod djece također transgeneracijski razvijati takve psihološki neadaptivne mehanizme.

Osim psiholoških poteškoća i određenih distorzija na kognitivnoj razini nužno treba uvažiti i stvarne poteškoće do kojih dovodi materijalna deprivacija. Između ostalog, osoba nije u mogućnosti osigurati potrebna materijalna dobra sebi i članovima obitelji, počevši od kvalitetne prehrane, odjeće, lijekova, te zadovoljavanja cijelog spektra potreba iz područja kulture i obrazovanja. Rezultati potvrđuju nalaze drugih sličnih studija o povezanosti lošeg socioekonomskog statusa s općenito nižom kvalitetom različitih aspekata kvalitete života i psihološkog zdravlja općenito (47, 48). Sukladni su i nalazima istraživanja na uzorku adolescenata u postratnom kontekstu u kojem adolescenti nižeg materijalnog statusa daju lošije samoprocjene vlastitog zdravstvenog stanja i niže zadovoljstvo samim sobom u odnosu na adolescente boljeg materijalnog statusa (49).

Praktične implikacije rezultata prije svega ukazuju da u radu sa siromašnim kategorijama ljudi problem materijalne deprivacije jest primaran, ali i da su njegove posljedice znatno šire. Nedostatak materijalnih dobara samo je jedan od problema koji institucije i društvo trebaju rješavati. Struke poput socijalnog rada, socijalne psihijatrije ili psihologije moraju djelovati preventivno na rizične skupine i u pogledu njihovog osnaživanja u psihološkom smislu, programima prepoznavanja vlastitih kompetencija, smanjenjem osjećaja socijalne isključenosti i marginalizacije, educiranjem o zakonskim pravima i mogućnostima njihova ostvarivanja. Osobito je važno preventivno djelovati na djecu izloženu siromaštvu kod koje je pristup obrazovanju, zdravstvenoj skrbi i drugim civilizacijskim dobrima znatno otežan, a ponekad i onemogućen, što ima dugoročne posljedice na njihov razvoj, psihološku dobrobit i kvalitetu života.

Osim toga važno je na razini društva osvještavanje činjenice da pripisivanje uzroka siromaštva ne bi trebalo biti usmjereno na nedovoljnu sposobnost ili trud siromašnih osoba, već na činjenicu da su čimbenici poput ekonomske tranzicije, ekonomske krize, te dugotrajnih posljedica rata u značajnoj mjeri povećali rizik od siromaštva u općoj populaciji.

Ograničenja rezultata dobivenih u ovom istraživanju mogu se odnositi na uzorak koji reprezentira gradsko stanovništvo s područja Zagreba, te bi bilo korisno ispitati i stanovnike iz manjih gradskih sredina, kao i seosku populaciju. Osim toga, iako smo se odlučili za metodu samoprocjene tjelesnog i mentalnog zdravlja, bilo bi korisno analize ponoviti na podacima zasnovanim na objektivnim indikatorima zdravstvenog statusa. Na kraju možemo zaključiti da prikazani rezultati ukazuju na važnost ispitivanja međuodnosa siromaštva i materijalne deprivacije s psihološkim i zdravstvenim problemima na teorijskoj i empirijskoj razini. Ovo područje osobito je važno u kontekstu razvoja programa prevencije te unaprjeđenja opće kvalitete života i zdravlja populacije, a rezultati ukazuju da je siromaštvo i nizak socioekonomski status jedan od važnih rizičnih čimbenika.

## LITERATURA

1. Coleman A, Rebach HM. Poverty, social welfare and public policy. U: Rebach HM, Bruhn JG, ur. Handbook of clinical sociology. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2001, 353-92.
2. Palomar Lever J. The subjective dimension of poverty: a psychological perspective. Proceedings of International conference: The many dimensions of poverty. Brasilia, Brazil, 2005, Aug 29-31.
3. Bejaković P. Uloga gospodarsko-političkih mjera u ublažavanju siromaštva u Hrvatskoj. Financijska teorija i praksa 2005a; 29: 97-118.
4. Fitzpatrick T, Kwon H, Manning N, Midgley J, Pascall G. International encyclopedia of social policy. Vol. 2. London and New York: Routledge, 2004.
5. Bejaković P. Siromaštvo. Financijska teorija i praksa 2005b; 2: 135-8.
6. Davis A. Critical commentaries: Mental health and poverty. Br J Soc Work 1999; 29: 631-8.
7. Frost L, Hoggett P. Human agency and social suffering. Crit Soc Pol 2008; 28: 438-60.
8. Batty E, Flint J. Self-esteem, comparative poverty and neighbourhoods. Sheffield Hallam University: Centre for regional economic and social research, 2010.
9. Hooper CA., Gorin S, Cabral C, Dyson C. Living with hardship 24/7: The diverse experiences of families in poverty in England. London: Frank Buttle Trust, 2007.
10. Ross CE, Van Willigen M. Education and the subjective quality of life. J Health Soc Behav 1997, 38: 275-97.

11. Galić Z, Maslić Seršić D, Šverko B. Financijske prilike i zdravlje nezaposlenih u Hrvatskoj: Vodi li financijska deprivacija do lošijeg zdravlja? *Revija za socijalnu politiku* 2006; 13: 257-69.
12. Adler NE, Epel ES, Castellazzo G, Ickovics J. Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: preliminary data in health white women. *Health Psychol* 2000; 19: 586-92.
13. Tomlinson M, Walker R. Coping with Complexity: Child and Adult Poverty, Child Poverty Action Group, 2009. [http://www.cpag.org.uk/publications/extracts/coping\\_with\\_complexity.pdf](http://www.cpag.org.uk/publications/extracts/coping_with_complexity.pdf)
14. Ridge T. Living with Poverty: A review of the literature on children's and families' experiences of poverty- Research Report No 594. London: Department for Work and Pensions, 2009.
15. Wilkinson RG. *Unhealthy societies*. London: Routledge, 1996.
16. Mitchell W, Green E. I don't know what I'd do without our Mam: Motherhood, Identity and Support Networks. *Sociol Rev* 2002; 50: 1-22.
17. Vasta R, Haith MM, Miller A. *Dječja psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1998.
18. Coopersmith S *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: WH Freeman and Company, 1967.
19. Bezinović P, Lacković-Grgin K. Percepcija vlastite kompetentnosti, tjelesnog izgleda i samopoštovanje kod 10-godišnje djece. *Primijenjena psihologija* 1990;11: 71-5.
20. Walton O. Helpdesk research report: Self-esteem, shame and poverty. DFID Research and Evidence Division, 2011. <http://www.gsdrc.org/docs/open/hd788.pdf>
21. Smith K. I made it because of me: Beliefs about the causes of wealth and poverty. *Sociol Focus* 1985; 5: 255-67.
22. Petz B. *Psihologijski rječnik*. Zagreb: Prosvjeta, 1992.
23. Rotter JB. Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *J Consult Clin Psychol* 1975; 43: 56-67.
24. Lefcourt HM. Internal versus external control of reinforcement: A Review. *Psychol Bull* 1976; 65: 206-20.
25. Cooper HM, Burger JM, Good TL. Gender differences in the academic locus of control. Beliefs of young children. *J Pers Soc Psychol* 1981; 40: 562-72.
26. McCullough PM, Ashbridge D, Pegg R. The effect of self-esteem, family structure, locus of control and career goals on adolescent leadership behaviour. *Adolescence* 1994; 29: 605-12.
27. McBride Murry V, Brody GH, Brown A, Wisenbaker J, Cutrona CE, Simons RL. Linking employment status, maternal psychological well-being, parenting, and children's attribution about poverty in families receiving government assistance. *Fam Relat* 2002; 5: 112-20.
28. Goodman SH, Cooley EL, Sewell DR, Leavitt N. Locus of control and self-esteem in depressed, low-income African-American women. *Community Ment Hlt J* 1994; 30: 259-69.
29. Bagherian R, Ahmadzadeh G, Baghbanian A. Relationship between Dimensions of Locus of Control and Mental Health in Iranian University Students. *Iranian J Psychiatry Behav Sci (IJPBS)* 2009; 3: 33-7.
30. Murali V, Oyebo F. Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment* 2004; 10: 216-24.
31. Vončina L, Pristaš I, Mastilica M, Polašek O, Šošić Z, Stevanović R.. Use of preventive health care services among the unemployed in Croatia. *Croat Med J* 2007; 48: 667-74.
32. Bogdanović D, Nikić D, Petrović B i sur. Mortality of Roma population in Serbia, 2002-2005. *Croat Med J* 2007; 48: 720-6.
33. Šučur Z, Zrinščak S. Differences that hurt: self-perceived health inequalities in Croatia and the European Union. *Croat Med J* 2007; 48: 653-66.
34. Tafarodi RW, Swan WB. Self-liking and self-competence as a dimensions of global self-esteem: Initial validation of a measure. *J Pers Assess* 1995; 65: 322-42.
35. Sherman A C, Higgs GE, Williams RL. Gender differences in the locus of control construct. *Psychol Health* 1997; 12: 239-48.
36. DZS. *Statistički ljetopis*. Zagreb: Državni zavod za statistiku, 2007.
37. Bezinović P. Skala eksternalnosti (lokus kontrole). U: Anić N, ur. *Praktikum iz kognitivne i bihevioralne terapije III*. Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske, 1990.
38. Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S. Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Int J Soc Psychiatry* 1999; 45: 7-12.
39. Lebedina Manzoni M, Lotar M. Simptomi depresivnosti i samoorijentirane kognicije. *Psihologijske teme* 2001; 20: 27-45.
40. Subotić S, Brajša-Žganec A, Merkaš M. Školski stres i neka obilježja ličnosti kao prediktori suicidalnosti adolescenata. *Psihologijske teme* 2008; 17: 111-31.
41. Sartorius N. Poverty and health. *Croat Med J* 2007; 48: 750-1.
42. Langner T S, Michael ST. *Life Stress and Mental Health*. London: Collier-Macmillan, 1963.
43. Patton W. Relationship between self-image and depression in adolescence. *Psychol Rep* 1991; 68: 867-70.
44. Begić D. *Psihopatologija – drugo, dopunjeno i obnovljeno izdanje*. Zagreb: Medicinska naklada, 2014.
45. Beck AT, Freeman A, Davis DD. *Kognitivna terapija poremećaja ličnosti*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2012.
46. Seligman ME, Abramson LY, Semmel A, von Baeyer C. Depressive attributional style. *J Abnorm Psychol* 1979; 88: 242-7.
47. Lipovčan LK, Brkljačić T, Šakić V. Monthly income and subjective well-being of Croatian citizens. *Croat Med J* 2007; 48: 727-33.
48. Družić Ljubotina O. Subjektivna kvaliteta života ljudi koji žive u siromaštvu i zaposlenih osoba različitog materijalnog statusa. *Ljetopis socijalnog rada* 2012; 19: 5-27.
49. Pranjić N, Brković A, Beganlić A. Discontent with financial situation, self-rated health, and well-being of adolescents in Bosnia and Herzegovina: cross-sectional study in Tuzla Canton. *Croat Med J* 2007; 48: 691-700.

## SUMMARY

### RELATIONSHIP OF POVERTY AND SOME ASPECTS OF PSYCHOLOGICAL WELFARE

O. DRUŽIĆ LJUBOTINA and D. LJUBOTINA<sup>1</sup>

*School of Law, Social Work Study Center, and <sup>1</sup>School of the Humanities and Social Sciences,  
Department of Psychology, Zagreb, Croatia*

*Poverty is a complex social problem worldwide. The present study investigated the association of poverty or low socioeconomic status with some aspects of self-respect, locus of control over one's own life events and self-assessment of one's own physical and mental health. The study included 162 welfare recipients and 475 employed persons divided into three groups according to income level. Analysis of covariance adjusted for the impact of age and level of education revealed the low financial status to be correlated with lower self-respect, external locus of control and lower self-assessment of one's own physical and mental health. Partial correlations adjusted for the impact of age, level of education and financial status yielded significant correlation of mental health self-assessment with two aspects of self-respect: self-liking ( $r=0.403$ ,  $p<0.001$ ) and self-competence ( $r=0.314$ ,  $p<0.001$ ). Self-assessment of one's own physical health also showed significant correlation with self-liking ( $r=0.331$ ,  $p<0.001$ ) and self-competence ( $r=0.249$ ,  $p<0.01$ ). Study results pointed to poverty and low socioeconomic status as the risk factors for general psychological welfare impairment in these individuals.*

*Key words:* poverty, self-respect, locus of control, mental health