

Бојан Жикић

*Одељење за етнологију и антропологију
Филозофски факултет, Универзитет у Београду
bzikic@f.bg.ac.rs*

Друштвени чиниоци здравствене вулнерабилности маргинализованих друштвених група*

Апстракт: Маргинализоване друштвене групе представљају део одређене апо-теозе другости у савременим антрополошким истраживањима, као групе – као што су избеглице или имигранти, на пример – које потичу из туђих социокултурних средина, а бивају маргинализоване у срединама из којих потичу антрополози, или су им те средине блиске по социокултурном устројству. Маргинализованим треба сматрати оне друштвене групе које су доведене у такву позицију контекстуално, измештањем из свега онога што значи живот по људским мерилима, а што постаје (дуго)трајно стање, односно начин живота одређених људи, те што доводи до дестабилизације здравственог статуса њихових припадника у физичком и психичком смислу. Узроци таквим измештањима јесу социјалне природе одакле представљају примарне друштвене чиниоце здравствене вулнерабилности популација погођених измештањима, укључујући ратове и оружане сукобе, прогоне на било којој основи и сиромаштво, односно немогућност опстанка на основу ресурса доступних у сопственој социоекономској средини. Секундарни друштвени чиниоци здравствене вулнерабилности маргинализованих друштвених група јављају се у срединама у којима се припадници тих група затичу по измештању из претходних социокултурних окружења, произлазе из правног статуса невољних придошлица у те средине, а односе се на њихов отежан или онемогућен приступ систему социјалне и здравствене заштите који постоји у тим срединама.

Кључне речи: антрополошка истраживања маргиналних и маргинализованих друштвених група, антропологија и јавно здравство, друштвена искљученост, стигма, избеглице, интерно расељена лица, имигранти, деца улице, структурне интервенције

Увод

Антрополошка истраживања не могу без другог и без другости, као културног концепта опозитног, можда, не више ужем социокултурном кругу из којег потичу антрополози, али свакако ширем социокултурном

* Резултат рада на пројекту 177018, финансираном од стране МНТР РС.

контексту у којем се антрополози формирају као друштвени субјекти и стручњаци. Антропологија је недвосмислено западна дисциплина, настала као израз племените потребе да се схвати човечанство, пре свега, кроз манифестације његовог друштвеног и културног живота, а која је заснована на мишљењу – да банализујем ствари, помало – да ће разумевање начина живота, веровања, обичаја, понашања људи различитих од Нас, Антрополога, представљати кључни допринос у задовољавању те потребе. Притом, полази се од претпоставке да Ми, Антрополози, представљамо својеврсну парадигму образовне и културолошке епистеме западне цивилизације доба модерности и постмодерности, или ја то тако схватам, барем.

Природа наречене различитости разликовала се и сама у зависности од тога одакле се осмишљавају антрополошка истраживања. Британцима, Французима или Американцима, на пример, неопходно је било да то разликовање узме у обзир све сфере људског живота, од физичке удаљености проучаваних заједница, преко њихове техничко-технолошке опремљености, до социјалне организације и њеног културног промишљања, начина поимања светог и томе слично. Европским антропологијама – тачније, етнологијама и етнографијама током већег дела двадесетог века – било је довољно, најчешће, да разлика између проучаваних и оних који их проучавају буде уочљива у погледу начина организације свакодневног живота, те рецимо, јаснијег или доследнијег присуства обредности у томе код првих, у односу на "урбанизацију", "модернизацију", "детрадиционализацију", "сакрализацију" живота у срединама у којима су се образовали други.

Антропологија ни данас није напустила концепцију неопходности постојања другости као оквира својих истраживања. Манифестације те другости не представљају више предмет истраживања, саме по себи – далека, егзотична острва или европско село, рецимо, не истражују се у монгорафском маниру као што се то чинило до 60-их или 70-их година прошлог века – већ бивају проблематизоване у зависности од тога који сегмент друштвеног и културног живота проучаваних заједница занима истраживача и због чега, тачније са којом аналитичком и интерпретативном намером. Оно што се не мења, међутим, или се не мења у толикој мери, јесте другост као оквир проблематизације антрополошких емпиријских истраживања: било да се проучавају теме везане за медицинску антропологију, на пример, или за економију, друштвену организацију и томе слично, то се чини у социокултурним оквирима који се разликују од социокултурног контекста из којег потичу истраживачи, у ширем или у ужем смислу, где се прво односи на потпуно другачије социокултурне средине (прецизније: у другим земљама), а друго на различита социокултурна окружења у оквиру сопственог друштва и културе (маргиналне друштвене групе, најчешће).

Маргиналност и маргинализованост

Антрополошко проучавање маргиналних и маргинализованих друштвених група представља, истовремено, наставак опредмећења другости као истраживачког концепта и покушај реализације антропологије као акционе, односно друштвено ангажоване дисциплине, способне да допринесе (покушајима) остварења декларативних хуманистичких идеала савремене западне цивилизације указивањем на "слепе колосеке" друштвеног, економског и политичког развоја савременог света. Најчешће – транзиције ка друштвима и културама плуралистичког интереса оних социокултурних средина у којима не постоје, или су још увек слаби механизми који грађанима, као појединцима, омогућавају безбедну навигацију кроз мрежу друштвених односа и установа насталих на рушевинама такве мреже наслеђене из традиционалних култура, а још увек несаображене и ненормиране тако да функционише у корист појединца, као што је то случај у економски развијеним земљама са постојаном демократском традицијом у друштвеном и културном животу.

Маргиналне и маргинализоване друштвене групе постају, тако, својеврсна апотеоза другости у савременим антрополошким истраживањима: друге, због тога што се проучавају у туђим социокултурним срединама, најчешће, или као групе које потичу из таквих средина а бивају маргинализоване у антрополозима сопственој средини (избеглице, имигранти), а прве, због тога, што представљају сведочанство о томе да друштва и културе из којих потичу (западни и/или европски) антрополози нису ни монолитне ни савршено уређене, мада се и маргиналне друштвене групе могу проучавати и изван сопствене социокултурне средине (сексуалне раднице у Африци или Азији, рецимо)¹.

Разлика између маргиналности и маргинализованости потиче од оријентације и организације односа између припадника неке друштвене групе и самог друштва. Уколико су у питању такве групе које активно, својом делатношћу, односно својим социокултурним понашањем, својом праксом, доприносе сопственом остраховању од сржи друштва, онда се може говорити о маргиналности (упор. Жикић 2007). Ради ли се, међу-

¹ Посебан случај представљају истраживања која се обављају у истраживачима домицилним срединама, у оквиру популације особа са посебним потребама. Та истраживања нису укључена у ово разматрање из два разлога: прво, у питању су интердисциплинарна истраживања којима најчешће приступају андрагози, антрополози, психијатри, психолози, социолози и други, а друго, одвијају се у предметној области која је правно регулисана у таквим срединама, одакле дата популација излази изван оквира маргиналности и маргинализованости као теоријских појмова.

тим, о групама које су доведене у такву позицију контекстуално, онда треба говорити, пре, о маргинализованости. Разлика не мора да буде јасна увек на први поглед, наравно, па се неки аутори постављају као да није битна (упор. Albrecht et al. 2009): када су у питању избеглице или тзв. интерно расељена лица, на пример, није тешко закључити како се конотација маргиналованих односи на те друштвене групе, док ће интравенски корисници дроге или сексуалне раднице, рецимо, бити конотирани као маргиналне друштвене групе. Са друге стране, тзв. деца улице, односно малишани које виђамо како просе по улицама, перу ветробранска стакла аутомобила док чекају на семафор, бивају ухваћени у ситној крађи или проституцији, а који немају стално пребивалиште могу завредети, према предложеном критеријуму категоризације, и једну и другу конотацију.

Мишљења сам, међутим, да термилошка категоризација припадника ове групе не потиче од неке нарочите делатности – као што је то случај са интравенским корисницима дроге или сексуалним радницама – иако прву асоцијацију на њих представљају управо описи, попут оног којег сам изнео малопре, већ од чињенице да се ради о групи која је детерминисана узрастом својих припадника и њиховом социјалном небригнутошћу, а да обе ствари представљају последицу тога, у суштини, што се ради о особама које су у личном, социјалном, правном и културном смислу некомпетентне за доношење важних животних одлука, па самим тим, прво, на њих не може пасти одговорност за понашања у јавности која карактеришу дату групу, а друго, ни одговорност за социоекономску и културолошку ситуацију у којој се налазе.

Постоји још један критеријум који може помоћи у разликовању маргиналних и маргиналованих друштвених група. Оно што је заједничко и једнима и другима, онда када говоримо о њиховој здравственој вулнерабилности, јесте то да као по правилу имају лоша искуства с друштвеним установама, системом јавне заштите и томе слично, а да њихови припадници не доживљавају себе као чланове друштва, односно културе којима иначе припадају. Припадници маргиналованих друштвених група имају једну заједничку особину – без обзира на то о којој групи се ради – а која их разликује од припадника маргиналних друштвених група: релативно су лоше самоорганизовани – ако су самоорганизовани уопште – и упућени су готово у потпуности, када су у питању потребе везане за здравствену или социјалну заштиту, на старање о томе од стране оних који не припадају њиховим групама, на здравствене и социјалне раднике, истраживаче из области друштвено-хуманистичких наука, припаднике невладиних и добротворних организација које се баве пружањем помоћи таквим групама.

Непостојање самоорганизованости код припадника неке друштвене групе, у погледу коришћења услуге јавне здравствене заштите на пример, није малопре поменути критеријум разликовања маргиналних и маргинализованих друштвених група, већ је његова последица. Припадници маргиналних група одређени су на основу неке њихове активности која је супротна друштвеним и културним нормама: некада је то тако посматрано са правног аспекта, односно према слову закона, као у случају интравенских корисника дроге и сексуалних радница, а некада је то тако у односу на преовлађујуће норме културног мишљења и понашања, без обзира на правну легалност те активности, као у случају мушкараца који имају секс са мушкарцима (в. Maksimović 2011). Како год да било, острахованост, која долази као последица чињења нечега, има за последицу то да таква, стожерна активност неке групе буде темељ самоорганизовања њених припадника у различите сврхе.

Са друге стране, онда када говоримо о – већ поменути – избеглицама, интерно расељеним лицима, деци улице, или пак о особама које живе са ХИВ-ом, или о Ромима, у смислу маргинализованих друштвених група, као да губимо из вида чињеницу да маргинализованост ниједне од тих категорија не конотира активност, већ *стање*: правно, социјално, здравствено, економско и томе слично. Самим тим, евентуалне међусобно социокултурне сличности припадника таквих група јесу ситуационе, пре неголи што извиру из припадности одређеној групи, саме по себи. Одатле, треба да будемо обазриви као истраживачи, па када дођемо до теме отежаног приступа Рома у Србији систему јавне здравствене заштите, на пример, упутно је контекстуализовати закључке на оне припаднике популације о којој је реч, на које се и односе – на особе које немају стално место пребивалишта, немају социјално и здравствено осигурање из различитих разлога итд, а не тврдити да се то односи на све припаднике ромске заједнице у Србији.

Маргинализовање, здравље, стигма

Немогућност коришћења услуга јавне здравствене заштите, услед непостојања правних, односно бирократских претпоставки за тако нешто, или изузетно смањена, ограничена могућност тога, представља кључни чинилац који опредељује то да неку популацију означимо као маргинализовану у одређеном друштву, барем онда када говоримо о здрављу. Здравствена вулнерабилност припадника тих група општа је, у таквим случајевима, односно не можемо говорити о њеној посебности у односу на ХИВ или хепатитис Ц, рецимо, пошто с једне стране, недостатак медицинске превентиве и често лоши услови живота утичу на општи здравствени ста-

тус тих људи, а с друге стране, услови живота у специфичним околностима утичу на повећан ризик од различитих оболења, својствених датом окружењу. Аналитичка вредност података прикупљених неким таквим истраживањем требало би да води закључивању које би било јасно приказано као контекстуално, односно ограничено у односу на тврдњу о антрополошком закључивању, заснованом на међукултурним поређењима и радикалном јукстапозиционирању (упор. Schepers-Hughes 2008).

Маргинализовање води економској депривацији, односно сиромаштву маргинализованих, што представља додатну препреку припадницима маргинализованих друштвених група у очувању или побољшању сопственог здравственог статуса (в. Siegrist and Marmot 2006). Социјално искључивање маргинализованих потиче и одатле, карактерише је слаба социјална повезаност припадника датих популација и међусобно и са социјалним и здравственим установама друштва у којем живе, а састоји се, између осталог, од никаквог или изузетно ограниченог приступа тржишту рада припадника маргинализованих друштвених група, те њихове институционалне, културне, а често и просторне искључености, што за последицу има у стварности тешко решив проблем међусобног преплетања сиромаштва и друштвене изолације (в. Gallie 2004).

Иако се сматра, најчешће, да је тешко направити уопштавање појма "сиромаштво", чија би конотација била применљива у категоријалном смислу неvezано за неки друштвени, политички или културни локални контекст, у социјално епидемиолошким истраживањима преовлађује мишљење да тај појам означава низак социоекономски статус, незапосленост или изузетно отежану могућност запошљавања, као и низак образовни ниво популација на које се примењује. Код припадника маргинализованих популација, као последица сиромаштва, манифестује се и осећај несигурности, безнадежности који лако прелази са плана социјалног на план личног, па доприноси, на тај начин, повећаној вулнерабилности тих људи у односу на поремећаје менталног здравља (упор. Patel and Kleinman 2003).

Таквој врсти здравствене вулнерабилности – која се због учесталости унутар одређене популације може посматрати и као епидемија (упор. Albrecht et al. 2009, Patel and Kleinman 2003) – доприноси и социјална стигматизација² припадника маргинализованих друштвених група, која се ја-

² Концептуализација стигме и стигматизовања у друштвеним наукама потиче од Гофманових истраживања, вршених у психијатријским клиникама, 50-их година прошлог века, након чега је постулирао три основна објекта стигме и стигматизовања, а који се односе на људско тело, индивидуални карактер и припадност некој заједници, в. Goffman 2009. за краћи преглед развоја тог теоријског концепта у друштвеним наукама в. нпр. Dijker and Koomen 2006, Castro and Farmer 2005.

вља не само као дискурзивни поступак, већ има и своје практичне последице у дискриминаторном понашању како социјалног окружења, тако и одређених друштвених установа. Већ сам правни статус појединих категорија маргинализованих друштвених група представља својеврсни дискриминаторни однос према њима, што је најочљивије онда када се ради о избеглицама или азилантима, на пример, којима због концепције повезаности држављанства и/или дозволе боравка и грађанских права у оним срединама које примају избеглице (в. Turner 1993), државно-управне институције тих средина прече пун приступ систему јавне заштите.

Ситуација није другачија, међутим, ни онда када не постоји та правна, односно бирократска препрека. Услед непријатних искустава у свакодневном животу, али и са представницима система јавне здравствене заштите некад у својој прошлости, особе које живе са вирусом стеченог недостатка имунитета – а које не спадају у маргиналне друштвене групе, на пример, односно нису ни интравенски корисници дроге, нити сексуалне раднице – избегавају контакте са лекарима, социјалним радницима, истраживачима или волонтерима организација које се баве пружањем помоћи, повлачећи се у неку врсту самоизолације што утиче негативно не само на њихов здравствени статус када је у питању оболење које је узрок томе, него и у погледу њиховог општег здравственог стања, али и самопоуздања, воље за животом, могућности учествовања у било каквом облику социјалне интеракције или активности и томе слично (в. Bernays et al. 2007, Кртинић 2010, Барош и Жикић 2006, 2010).

Притисак који стигма носи са собом на стигматизоване производ је физичких, друштвених и економских чиниоца окружења у којем се дешава и има исте такве последице: оне које се односе на здравствени (укључујући ту и ментално здравље, в. Weiss et al. 2001) статус стигматизованих, на њихов положај у друштву, односно искљученост из њега, те на ограничење њихових економских ресурса на минимум, услед тешкоћа за проналажење посла, његово задржавање, или обављање неке професионалне делатности уз узрок њихове стигме, који опет, може бити у домену правних ограничења, као у случају избеглица, али и у доменима нерасположења већине припадника друштва према њима – што се може односити и на избеглице и на интерно расељена лица такође – те самих здравствених околности, као у случају особа које живе са ХИВ-ом. Коначна последица јесте, опет, лош живот – укратко речено, повезивање ниског социјалног статуса, сиромаштва и немогућности добијања адекватне здравствене заштите, како оне која се односи на актуелна оболења (као у случају особа које живе са ХИВ-ом, рецимо), тако и оне која би требало да укључује основну здравствену превентиву, те негу и терапију за различита акутна оболења, као и дијагностификовање, праћење и лечење хроничних болести.

Маргинализоване друштвене групе измештене су из социокултурне нормалности и живе у стању перманентне кризе, како то би рекао Вај (Vigh 2008). Јавни и приватни живот њихових припадника одређен је, у доброј мери, социокултурном карактеризацијом групе, њеним правним, економским, здравственим итд. статусом и самим тим можемо га окарактерисати као трауматизованог. Савремена западна цивилизација, коју је Кимберли Тидон (према Schepel-Hughes 2008), помало опором, али свакако и помало духовито, назвала "друштвом посттрауматског стресног поремећаја", индивидуализовала је доживљаје трауме посматрајући их као производ утицаја кризе на нечији приватни живот, сматрајући кризом привремено одступање од нормалности свакодневног живота повезано са неким одређеним догађајем, попут губитка родитеља или брачног друга, физичког насртаја на себе, или рушилачке природне непогоде (Vigh 2008).

У таквим околностима, испољавање видова посттрауматског стреса, попут кошмара праћених нападима панике по буђењу, флешбека и поремећаја сна, а које је упадљивије присутно међу припадницима једне популације, неголи у остатку друштва, доводи до додатног отуђења и самоизолације припадника те групе од социокултурне средине у којој обитавају (Hinton et al. 2009). Видови у којима се њихове трауме испољавају постају дискурзивна оруђа социокултурне стигме, односно конотативног одређивања целе популације као склоне или подложне датом оболењу, или чак у смислу социјално епидемиолошког извора тог оболења, што додатно отежава укључивање припадника такве популације у шире друштво, чак иако се за тако нешто створе основне правне претпоставке.

Искљученост

Физичка и социјална изолација у другачијем социокултурном окружењу у односу на оно из којег потичу припадници маргинализованих друштвених група – рецимо, избеглице или имигранти у другим државама – повећава ризике здравствене вулнерабилности, а доприноси јој и релативно слаба развијеност институционалних механизма који би помогли тим људима да превазиђу непосредно, микросоцијално окружење које се састоји од сународника и/или сапатника по ономе шта их је довело у ново окружење. Такву ситуацију су показали Албрехт, Дефлигер и Фан Хове на примеру иранске заједнице у Белгији, у којој је по питању стварног укључења у белгијско друштво и приступа систему јавне здравствене заштите иста ситуација када се ради о имигрантима са привременом дозволом боравка, као и онда када су у питању особе које имају трајни боравак или белгијско држављанство: и једни и други социјално су умрежени

само са Иранцима у Белгији, практично, одакле не поседују социјалну компетенцију неопходну за навигацију кроз систем социјалног и здравственог осигурања, чак и када им њихов правни статус омогућава коришћење услуга тог система (в. Albrecht et al. 2009).

Парадоксална ситуација у којој се налазе имигранти потиче од тога што до имигрирања долази услед различитих чиниоца – укључујући ту друштвене, економске, политичке, али и личне разлоге – а међу њима су најважнији, обично, онемогућен или изузетно отежан приступ образовању, запошљавању, добрима и услугама које се сматрају основом живота, или политички прогони у срединама одакле потичу имигранти (Carballo et al. 1996). Са друге стране, превазилажење социјалне изолованости, у смислу својеврсне закључаности у микросоцијалну средину и културне одсечености од ширег друштва, најлакше је остварити учествовањем у тржишту рада, односно запосленошћу, која појединца ојачава како економски, тако и у смислу самопоуздања и самопоштовања, омогућавања доживљавања себе изван онога што конотира дискурс о маргинализованој друштвеној групи којој се припада, али за тако нешто припадницима наречених популација најчешће недостају образовање и/или радно искуство.

Због тога имигранти бивају укључени у тржиште рада у срединама у које мигрирају у зонама тзв. сиве економије, што значи, на првом месту, лошије услове рада и мање наднице, затим прихватање тежих или ризичнијих послова, те немање здравственог осигурања и заштите на раду. У посебно неповољној ситуацији су имигранткиње које су изложене, често, насиљу и сексуалном злостављању на радном месту, или притисцима за укључивање у сексуални рад, што је документовано, на пример, у толико социокултурно различитим срединама какве су Тајланд и Холандија, или САД и Индија, да се може говорити о томе као о општој чињеници (в. нпр Carballo et al. 1996, van der Helm 2005, Blanchard et al. 2005).

Код њих је изузетно повећан ризик од полно преносивих инфекција, укључујући ту и ХИВ, али се јавља и читав спектар посттрауматских стресних поремећаја повезаних са сексуалним насиљем, као и нежељене трудноће које су скопчане, опет, са неадекватним начиним решавања тог проблема, од вршења абортуса у нехигијенским и уопште немедицинским условима, до чедоморства, где се друштвени и културни чиниоци појављују као својеврсни инспиратори личне мотивације, било услед немогућности старања о деци из економских и социјалних разлога, било због тога што до трудноћа долази након силовања или на други начин изнуђених полних односа (Carballo et al. 1996, Long 2004).

Ситуација у том погледу слична је оној са којом се суочавају жене избеглице, чија здравствена вулнерабилност потиче, у великој мери, од насилних и изнуђених полних односа, поред наравно, лоших општих усло-

ва живота и правних препрека остварењу здравствене заштите у срединама у којима су се нашле. Неке ауторке (нпр. Wulf 1994, Harris and Smyth 2001, поред других, наведених у Жикић 2008) држе одговорним за то и међународне организације које се баве програмима пружања, како се то каже – подршке и помоћи – избеглицама, сматрајући да се виђења и облици те "подршке и помоћи" од стране оних који би да их пруже разликују значајно од потребе оних којима би требало да су намењене, пре свега због тога што као и у другим случајевима, у којима медиализација представља оруђе друштвеног ангажовања које би требало да створи нормативне услове за структурну интервенцију, они који (би да) интервенишу полазе од сопствених културних концепата о онима којима је интервенција намењена и узроцима такве ситуације (в. Жикић 2008).

Као пример наводи се студија³ о реализацији једног таквог програма, названог "Жене жртве насиља", међу сомалијским избеглицама у избегличким логорима у Кенији, крајем прошлог века, који је почивао на тези – оповргнутој студијом – да су узроци насиља над женама у датим избегличким логорима, а самим тим угрожавања и нарушавања њиховог општег телесног и друштвеног здравља, с посебним нагласком на полне и репродуктивне здравствене аспекте, у микросоцијалним окружењима изван логора. Другим речима, аутори програма пошли су од претпоставке – коју су доживљавали као тврдњу – да су починиоци насиља над женама особе изван избегличких логора, а да ти логори пружају женама уточиште у смислу безбедног свакодневног социокултурног окружења, одакле су подизање или ојачавање оградe око логора сматрали првом интервенцијом у погледу спречавања насиља над женама *унутар* кампова.

На страну што такав поглед на ситуацију представља, у ствари, подржавање стереотипа о томе да је жена сигурна само у оквиру приватног домена, далеко од опасности пред које је стављају дешавања у јавним доменима, а на који наилазимо и даље у имплицитним формама и на Западу (в. Sciortino and Smyth 1997, Harris and Smyth 2001), а такође представља и сасвим искривљену слику о проблему насиља над женама и насиља уопште у избегличким логорима. Истраживања су показала да се насиље дешава управо у логорима, већим делом, а да интервенције попут подизања оградe не могу спречити онај његов сегмент који се заиста дешава изван њих (упор. Harris and Smyth 2001, Hinton et al. 2009).

Осим тога, програми попут поменутог ретко када имају слуша за културне и друштвене особености популација којима су намењени, што се види најбоље из сегмента програма намењених помоћи женама жртвама

³ Kathina, Monica (1998) 'A Pilot Study of Refugee Camps in Kenya'. *Unpublished paper for Research Project on Reproductive Health in Post-Crisis Situations in Africa*, University of Amsterdam, NL, наведено према Harris and Smyth 2001.

сексуалног насиља у којима терапеути, у избегличким логорима у Африци, захтевају од тих жртава да се потпуно отворе пред јавношћу сопственог микросоцијалног окружења у погледу тог трауматичног искуства, пренебрегавајући или потпуно игноришући, чак, етнографску реалност култура из којих потичу жртве, а у којима јавно признање тога да је жена била силована доноси тој жени срамоту коју није могуће отклонити и чини јој немогућим живот не само у сопственом микросоцијалном окружењу, већ у било којем социјалном окружењу у којем живе особе које потичу из њихове културе. Са друге стране, онда када су жртве сексуалног насиља пристајале на такву терапију, у жељи да се изборе са психолошким последицама силовања, па затим тражиле азил у европским или северноамеричким земљама, реализатори програма "подршке и помоћи" гледали су на то изузетно негативно, сматрајући пристајање Африканки да учествују у програму инструментализацијом намере за иселавањем у економски развијене земље, неспособни да увиде културолошку основу свега тога, неспособни да схвате да то представља једини начин за те жене, практично, да се опораве у физичком и психичком смислу и да наставе са сопственим животима (в. Harris and Smyth 2001, Long 2004).

Уопштено посматрано, жене и деца чине социјално и медицински најрањивији део маргинализованих друштвених група. Док је сексуално насиље – у најразличитијим облицима – основни покретач те рањивости у случају жена, за децу, која спадају у категорије избеглих или интерно расељених лица, на пример, може се рећи да је то сам њихов узраст⁴, одно-

⁴ Непобитно је то да узраст представља чинилац који одређује социокултурну категорију "деца"; већ само упућивање на чињеницу да се ради о социокултурној, а не "природној" категорији, може да представља подстицај за дискусију о томе ко се сматра дететом у којој култури. Западна цивилизација, на пример, сматра децом све особе испод правне границе пунолетства, ма колико она износила у одређеним историјским контекстима или у различитим савременим друштвима (најчешће 18 или 21 годину, али било је и другачијих примера). Антрополози су свесни тога, међутим, да појам "дете" представља културно конструисану категорију, као и било која друга идентитетска ознака, при чему узраст може играти одређену улогу, али и не мора: деца-ратници у оним афричким земљама, захваћеним дуготрајним грађанским ратовима, сматрају се одраслим особама, мушкарцима, иако имају 12 или 14 година, некада и мање, док су њихови вршњаци, који не носе оружје и не учествују у оружаним сукобима – деца. Слично томе, у оним азијским или афричким културама у којима се практикује рана удаја девојчица, тај догађај мења њихов социјални статус навише и без оствареног материнства, док с њим постају одрасле жене у правом (социокултурном) смислу речи, без обзира на свој (често, рани) тинејџерски узраст, док се њихови вршњаци сматрају дечацама (односно још увек не-мушкарцима). В. нпр. Narcourt 1997, Tremayne 2001.

сно слабија развијеност организма и слабија отпорност на разноврсне лоше услове живота (од неухрањености до лошег квалитета пијаће воде или њене оскудице, неадекватних хигијенских услова, веће изложености спољашњим физичким, тј. климатским и метеоролошким условима итд.), које деле, заправо, са осталим припадницима популације која је у питању. Због тога, они чиниоци здравствене вулнерабилности који погађају избеглице или интерно расељене особе погађају децу јаче, узрокујући међу њима развој различитих оболења, укључујући и хроничне болести, као и болести са смртоносним исходом (Boyden 2001).

Фактор границе

Тешко је направити смислену категоријалну разлику између избеглих и интерно расељених лица – било уопште, било онда када се говори о њиховом здравственом статусу, односно условима живота. Одређења која узимају у обзир правне или географске узусе нису толико меродавна будући да за обе категорије важи то да се ради о особама које су преживеле одређену трауму, због које је њихов идентитет колективизован и наспрам осталог света стоји као идентитет избеглих или интерно расељених лица, а због чега су те особе напустиле своја дотадашња боравишта – најчешће места порекла – користећи сва доступна лична и материјална средства да побегну од опасности или прогона, односно од било које ситуације која угрожава њихову физичку и социокултурну егзистенцију. Одатле њихова вулнерабилност, у односу на све оно што угрожава њихово телесно и душевно здравље, потиче од социјалних чинилаца, најчешће⁵, а што значи да се може смањити или повећати интервенисањем оних друштвених установа које имају нормативну и стварну надлежност за домене у оквиру којих се такви чиниоци стварају (Baud and Smyth 1997, Pearson 1997).

Разликовање између избеглих и интерно расељених лица, које се имплицира у терминолошком смислу, потиче од једноставне чињенице да ли су људи, о којима је реч, прешли неку државну границу или не у бекству од последица трауматичног догађаја који су претрпели. Али, у стварности се испоставља да је једина битна разлика та што је на избеглице

⁵ Може потицати и од природне катастрофе, на пример, у случају интерно расељених лица, али и тада друштвене околности доприносе, умногоме, квалитету њиховог даљег живота и здравственом статусу, самим тим, у смислу одговарајућег или неодговарајућег одговора шире заједнице, најчешће државе, на ситуацију која захтева напуштање претходно насељеног подручја од стране његових дотадашњих становника.

усмерена међународна хуманитарна помоћ, док се интерно расељене особе сматрају унутрашњим проблемом државе која се суочава са таквом ситуацијом, одакле њихова ситуација може бити и гора у односу на избеглице у некој другој средин које примају некакву хуманитарну помоћ, уколико здравствене, социјалне и хуманитарне установе државе о којој је реч нису довољно развијене да би се носиле са тим проблемом, или немају довољно финансијских и материјалних средстава за тако нешто. Тим пре што се расељеност сматра привременом ситуацијом која се може разрешити у оквиру једног друштвено-економског и правног система⁶, за разлику од избегличког социјалног и економског положаја који је последица својеврсног правног вакуума у којем живе у средини која их је прихватила (в. Harris and Smyth 2001).

Та посебност ситуације интерно расељених лица у односу на избеглице препозната је и од стране Светске здравствене организације, а изражена је кроз став да је процена здравствене ситуације таквих популација неопходна као предуслов сваког даљег програма помоћи, пошто и у случајевима у којима, одмах по трауматичном догађају, нису обезбеђени чиниоци задовољавања основних потреба које утичу повољно на здравствени статус непосредно угрожених, попут безбедности, хране, воде, склоништа, хигијене, елементарног покућства и томе слично, пружање неопходних здравствених услуга на основу адекватне процене здравствене ситуације може допринети позитивно, па чак и спасти животе. Таква процена требало би да се састоји од епидемиолошког и нутриционистичког надзора, спремности за реаговање у случају избијања епидемија, односно за контролисање непосредног социјалног окружења у погледу заразних болести и потребе евентуалне вакцинације, прикупљања и поделе одговарајућих лекова, као и од разматрања услова за пружање помоћи у погледу физичке и психосоцијалне рехабилитације (Leus et al. 2001).

Република Србија спада у државе које су се суочиле са проблемима збрињавања како избеглих, тако и интерно расељених лица, у последње две деценије: првих, током ратова на простору бивше СФРЈ, из Хрватске и Босне и Херцеговине, а других – након интервенције НАТО 1999. године, са Косова и Метохије. Сасвим прецизни подаци о броју таквих особа на територији Републике Србије нису саопштени никад, али су се процене о томе кретале у обиму од неколико стотина хиљада избеглих и око две стотине хиљада интерно расељених лица на врхунцу конфликта који су узроковали бекство свих њих са подручја на којима су до тада живели (в. UNHCR i Praxis 2007, UNHCR i dr. 2011).

⁶ Мада се то дешава ретко у стварности, без помоћи са стране, за шта је пример и случај интерно расељених лица са Косова и Метохије у нашој земљи.

Бројеви нису битни, сами по себи, пошто сваки од њих сакрива то да се ради о неизмерним људским драмама и упропашћеним или угроженим животима, али њихов ред величине говори и о структурном поремећају који се јавио у систему јавне здравствене и социјалне заштите, у покушају решавања основних здравствених и социјалних проблема са којима су се суочили ти људи приликом доласка у нову средину – од одговора на процене непосредних здравствених потреба, укључујући ту и оне које су биле психичке и психолошке последице трауме, до обезбеђивања адекватног смештаја и укључивања деце у школски систем. Србија није имала капацитете за тако нешто, једноставно, и поред доношења одговарајућих нормативних аката који је требало да створе правни оквир за што потпуније друштвено, економско, културно, здравствено укључивање избеглих и расељених лица у њен друштвени систем и установе (в. Влада Републике Србије 2011). То је посебно уочљиво у домену јавне здравствене заштите чија способност пружања основне здравствене заштите јесте знатно умањена у последњих више од деценије, одакле ни погодност коју имају интерно расељена лица у Србији, у виду права на бесплатне здравствене услуге, не може бити реализована за све такве услуге, односно на начин који одговара здравственим потребама тих људи (упор. UNHCR i Praxis 2007).

Као и у другим сличним ситуацијама у свету, расељена лица – биле то интерно расељене или избегле особе – здравствено су рањивија у односу на становништво средине у коју долазе, у погледу општег здравственог статуса, због лошијих услова у којима живе, али и због повећаног нивоа стреса којем су изложена не само у тренутку одвијања догађаја због којих напуштају своје домове и који утичу у трауматском смислу на њих, већ и у дужем периоду након тога. Поред тога, за сада последње рађено истраживање показује да барем једна петина укупне популације о којој је реч има таква оболења – везана за покретљивост или визуомоторну перцепцију – која им стварају потешкоће у свакодневном животу у смислу социјалне интеракције, образовања, обављања професионалне делатности, или могућности запошљавања уопште (в. UNHCR i др. 2011), а што значи да им је самостална егзистенција онемогућена, практично, без институционалне помоћи – укључујући и лечење, али и да су додатно социјално маргинализовани, пошто им је на тај начин онемогућен (или готово онемогућен) приступ било којем друштвеном или културном механизму који је на располагању здравијим припадницима дате популације, попут школе или запослења.

Институционално, нормативно или правно посматрано, популација која је у најнеповољнијем положају у односу на могућност коришћења јавних здравствених услуга у било којој средини, од свих маргинализованих друштвених група, јесу тзв. деца улице. Иако сам назив те друштва-

не групе упућује на просторни аспект, као на њену основну социокултурну детерминанту, у смислу тога да се ради о изузетно младим особама које живе на улици (тачније, на улицама већих градова), без надзора, заштите или васпитања од стране одраслих особа, постоје мишљења која иду за тим да таква концептуализација дате друштвене групе, а која почива на просторности, није од аналитичке користи, стигматизује ту групу додатно, те занемарује чињеницу да се ради о деци, пре свега, због чега би истраживачки нагласак тебало да буде на ономе што трауматизује детињство и "тера" ту децу на улицу, на сиромаштво у урбаним окружењима и на друштвену искљученост (в. Ennew 1994, Panter-Brick 2002).

Детињство на улици

Деца улице представљају популацију која је упадљиво измештена изван концепције о томе како би требало да изгледа детињство – барем на Западу – одакле и привлаче истраживачку и хуманитарну пажњу више неголи неке друге урбане групе које су такође погођене сиромаштвом (упор. Ennew 1995, 2000). Њихова социјална искљученост почива на одвајању од чиниоца социјализације и акултурације од најранијег узраста – од дома, родитељског старања, школе, система социјалне и здравствене заштите – али и на њиховој укључености, често, у видове социокултурног организовања на маргинама друштва – у банде, просјачке организације, трафикинг, проституцију и томе слично. Другим речима, као што то сугеришу неки аутори, проблематику деце улице – укључујући ту и питање њихове здравствене вулнерабилности – треба сагледати у односу на спектар ризика са којима су суочени (банде, дроге, прекид школовања, родтељско злостављање итд), али имајући у виду и могуће протективне чиниоце (образовни систем, старатељске породице, мрежа друштвене подршке) (Hutz and Koller 1999, Panter-Brick 2004, Hess and Shandy 2008).

Протективни чиниоци представљају, међутим, неку врсту спорадичног – можда жељеног корективног – изузетка у доминантом моделу социокултурно ризичног живота ове популације, одакле их не треба прецењивати приликом изношења чињеница о генерално повећаној изложености здравственим ризицима деце улице у односу како на тзв. генералну популацију друштва о којем је реч, тако и на децу која живе у другачијим социоекономским условима у том друштву. Неки од тих здравствених ризика представљају непосредан производ оних социокултурних ризика којима су изложена деца улице самим начином живота, као што су могућности рањавања или погибије у окршајима банди, озлеђивања приликом провала или бекства од полиције, инфекције полно или крвљу

преносивим болестима ако су укључена у (дечију) проституцију, или заразним болестима уопште услед нехигијенских услова живота, а што представља, само по себи, контрафекат свих могућих предности које су забележене у погледу индивидуалног биолошког развоја појединачних малишана са улице у односу на њихове сиромашне вршњаке у одређеним срединама (у Непалу и у Бразилу) (в. Schepet-Hughes 2008).

Малопре поменути здравствени ризици са којима су суочена деца улице на основу свог начина живота, представљају онај лакше видљиви слој њихове здравствене вулнерабилности. Други слој њихове здравствене угрожености потиче од дуготрајне изложености бескућничком начину живота и екстремном сиромаштву, а огледа се у потхрањености, која иде до хроничне изгладнелости, те у емотивним и психичким проблемима који се развијају, често, у ментална оболења. Томе доприносе нередовна исхране, односно таква која се састоји, најчешће, од остатака до којих долазе по ресторанима и продавницама хране – а што укључује и намирнице којима је истекао рок – или од онога што се нађе међу отпадом, по контејнерима, затим коришћење дувана, алкохола или дроге, али и двадесетчетворочасовни стрес, практично, као пратилац живота на улици, те немогућност смисленог и креативног изражавања себе, тачније своје личности, осим у стварима везаним за преживљавање.

Није битно то, у принципу, да ли је онај основни чинилац, који највише доприноси здравственој вулнерабилности деце улице сиромаштво, или је то бескућништво (в. Panter-Brick 2004), чињеница је да се ради о популацији којој је најтеже приступити у смислу решавања проблема везаних за здравствени статус њених припадника, пошто таква акција изискује, практично, структурну интервенцију у социокултурном окружењу која не само што би омогућила склањање те деце с улице, односно промену начина њиховог живота, већ и то да наречена промена постане трајна. Раније поменути протективни чиниоци нашли би своје место ту, али тако нешто није учињено с успехом нигде, заправо, што упућује на помисао да се проблематика деце улице, уопштено, третира од стране творца и реализатора јавних политика као својеврсна социокултурна нуспојава урбаног начина живота.

Закључак

Искрено речено, не може се бити "много паметан" онда када је у питању разматрање друштвених чиниоца здравствене вулнерабилности припадника маргинализованих друштвених група: о којој год таквој групи да се ради, оно што утиче на њено настајање, тачније – оно што утиче на то да нека особа постане подложна таквом категорисању, потиче од

одређених друштвених или културних услова живота у одређеној средини, било да је у питању таква средина сама по себи, као у случају деце улице, или да се ради о њеном нарушавању или нестанку, као у случају избеглих и интерно расељених лица, рецимо. Измештање из свега онога што значи живот по људским мерилима, а што постаје (дуго)трајно стање, односно начин живота одређених људи, доводи до дестабилизације њиховог здравственог статуса – у физичком и у психичком смислу.

Узроци таквим измештањима су социјалне природе, готово по правилу, одакле представљају примарне друштвене чиниоце здравствене вулнерабилности популација погођених измештањима. Укључују, пре свега, ратове и оружане сукобе, затим прогоне на било којој основи (етничкој, верској итд.), као и сиромаштво, односно немогућност личног преживљавања и/или прехрањивања породице, односно издржаваних лица на основу ресурса доступних у сопственој социоекономској средини. Осим што неки од њих излажу угрожене људе непосредним физичким опасностима и могућности губитка живота – мислим на оружане сукобе, пре свега – сви ти примарни друштвени чиниоци здравствене вулнерабилности датих популација делују негативно у погледу емотивне и психолошке компоненте здравственог статуса тих људи, а поред тога и на опште погоршање услова њихових живота, односно на станишта и покућство, хигијенске услове пребивања, исхрану и пијаћу воду итд. – све до потпуног уништења истих.

Секундарни друштвени чиниоци здравствене вулнерабилности маргинализованих друштвених група јављају се у срединама у којима се припадници тих група затичу по измештању из претходних социокултурних окружења. Произлазе из правног статуса невољних придошлица у те средине, а односе се, пре свега, на њихов отежан или онемогућен приступ систему социјалне и здравствене заштите који постоји у тим срединама. Сама лиминална природа таквог статуса припадника маргинализованих друштвених група у новим социокултурним окружењима узрокује још један ниво друштвених чиниоца који утичу негативно на здравствени статус људи о којима се ради: то су физичка изолованост, друштвена искљученост и стигматизација.

За тај ниво друштвених чиниоца здравствене вулнерабилности датих популација може се рећи да утиче негативно на посредан начин на њихов здравствени статус, за разлику од примарних и секундарних друштвених чиниоца њихове здравствене вулнерабилности. Не доприноси сам по себи погоршању здравственог статуса, баш као што ни сам по себи не онемогућава приступ здравственој заштити, али отежава функционално укључивање припадника маргинализованих друштвених група у образовни систем или на тржиште рада, одакле подстиче и перпетуира њихов изузетно лош социоекономски статус. Треба запазити то да изоло-

ваност у просторном или у друштвеном смислу, а поготово стигматизација, не морају да потичу од друштвених или културних институција средина у које пристижу имигранти или избеглице, на пример.

Истина је да физичка изолација, односно боравак у избегличким камповима или у сличним "прихватним" установама представља један од првих видова друштвеног одговора на проблем пристизања нежељеног становништва на његову територију, али за оне, који изађу из таквих окружења и нађу се у новој социокултурној средини, суочавање са негативним ставовима и предрасудама о њима нема много везе са њиховим правним статусом, или са институционалним односом те средине према њима. Када се томе дода и чињеница да су примарни друштвени чиниоци њихове здравствене вулнерабилности изван било чије и какве контроле, практично, остају такви секундарни чиниоци као област у којој су могуће реалне интервенције које би допринеле унапређењу здравственог статуса тих људи.

Такве интервенције спроводе се у правно-нормативној области, пре свега, а затим и инфраструктурним оспособљавањем одговарајућих установа за бављење квантитативно већим и квалитативно другачијим проблемима у односу на потребе домицилног становништва и његов број – као што то показује пример из Србије, који се односи на избегла и интерно расељена лица – али је очигледно и то да их је тешко спровести – не само у Србији или у економски мање развијеним деловима света – због тога што не могу бити реализоване саме по себи, без међусобног додира са осталим сферама друштвеног и културног живота, а пре свега са економијом. Такве интервенције изискују велика средства – краткорочно, односно у тренутку започињања, ради промене ситуације, али и дугорочно, да би помогле одржавање те промене. Тешко је да могу бити довољне саме по себи, међутим, уколико с једне стране социокултурна средина у којој се спроводе није спремна да прихвати популацију којој су интервенције намењене као равноправни део сопствене заједнице, а с друге стране, уколико припадници маргинализоване популације немају развијену културну компетенцију за живот у тој средини, или је та компетенција изузетно слабо развијена.

Како год да било, одговорност за смислености и успешност таквих интервенција остаје на страни средина које (би требало да) прихватају популације угрожене социокултурном траумом, пошто је изводљивије њима да развију институционалне механизме упућивања припадника угрожених популација у ствари од значаја за културну компетенцију, или за њено оснажавање, али и да утичу на изградњу ванинституционалних мрежа подршке. Напокон, основа свега остаје прилагођавање правне норме ситуацији, односно омогућавање таквог статуса припадницима угрожених популација који би им обезбедио адекватну здравствену и со-

цијалну заштиту, али не само једнократну – рецимо, одмах по приспећу у нову средину – већ такву која би их изједначила са осталим становништвом у погледу здравствене превентиве, лечења акутних оболења и терапије за хроничне болести.

Литература

- Albrecht, Gary L, Patrick J. Devlieger and Geert Van Hove. 2009. Living on the margin: disabled Iranians in Belgian society. *Disability & Society* 24 (3): 259–271.
- Барош, Слађана и Бојан Жикић. 2006. Квалитативна истраживања у оквиру "Друге генерације надзора над ХИВ-ом". *Социјална мисао* 51 (3): 57-75.
- Барош, Слађана и Бојан Жикић. 2010. "Контекстуални фактори који утичу на некоришћење здравствених услуга инфективних клиника – одељења за HIV/AIDS међу особама које живе са HIV-ом (PLHIV)". У *Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Основни резултати надзорних истраживања 2009-2010*, Република Србија Министарство здравља и Институт за јавно здравље "Милан Јовановић Батут", 359-380. Београд: Министарство здравља Републике Србије.
- Baud, Isa and Ines Smyth. 1997. "Searching for security: women's responses to economic transformations". In *Searching for Security: Women's Responses to Economic Transformations*, eds. Isa Baud and Ines Smyth, 1-9. London: Routledge.
- Bernaays, Sarah, Tim Rhodes and Ana Prodanović. 2007. *HIV treatment access, delivery, and uncertainty. A qualitative study in Serbia and Montenegro*. Belgrade: United Nations Development Programme.
- Blanchard, James F, John O'Neil, B. M. Ramesh, Parinita Bhattacharjee, Treena Orchard, and Stephen Moss. 2005. Understanding the Social and Cultural Contexts of Female Sex Workers in Karnataka, India: Implications for Prevention of HIV Infection. *The Journal of Infectious Diseases* 191 (S1): s139-s146.
- Boyden, Jo. 2001. "Some Reflections on Scientific Conceptualisations of Childhood and Youth". In *Managing Reproductive Life. Cross-cultural Themes in Sexuality and Fertility*, ed. Soraya Tremayne, 175-193. New York/ Oxford: Berghahn Books.
- anuel, Mandy and Asja . 1996. Women and migration: a public health issue. *World Health Statistics Quarterly*. 49 (2): 158-164.
- Castro, Arachu, and Paul Farmer. 2005. Understanding and Addressing AIDS-Related Stigma: From Anthropological Theory to Clinical Practice in Haiti. *Public Health - Matters* 95 (1): 53-59.
- Dijker, Anton J. M, and Willem Koomen. 2006. A psychological model of social control and stigmatization: Evolutionary background and practical implications. *Psychology, Health and Medicine* 11 (3): 296-306.
- Ennew, Judith. 1994. *Street and Working Children—A Guide to Planning, Development Manual 4*, London: Save the Children.
- Ennew, Judith. 1995. "Outside childhood: street children's rights". In *The Handbook for Children's Rights: Comparative Policy and Practice*, ed. Bob Franklin, 201–214. London and New York: Routledge.

- Ennew, Judith. (2000) "Why the Convention is not about street children". In *Revisiting Children's Rights: 10 Years of the UN Convention on the Rights of the Child*, ed. Deirdre Fottrell, 169–182. Boston, MA: Kluwer Law Institute.
- Gallie, Duncan, ed. 2004. *Resisting marginalization: Unemployment experience and social policy in the European Union*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Gofman, Erving. 2009. *Stigma. Zabeleške o ophođenju sa narušenim identitetom*. Novi Sad: Mediterran Publishing.
- Harcourt, Wendy. 1997. "An Analysis of Reproductive Health: Myths, Resistance and New Knowledge". In *Power: Reproduction and Gender. The Intergenerational Transfer of Knowledge*, ed. Wendy Harcourt, 8-34. London, Zed Books.
- Harris, Colette and Ines Smyth. 2001. The reproductive health of refugees: lessons beyond ICPD. *Gender and Development* 9 (2): 10-21.
- Hess, Julia Meredith and Dianna Shandy. 2008. Kids at the Crossroads: Global Childhood and the State. *Anthropological Quarterly* 81 (4): 765–776.
- Hinton, D. E, A. L. Hinton, V. Pich, J. R. Loeum and M. H. Pollack. 2009. Nightmares Among Cambodian Refugees: The Breaching of Concentric Ontological Security. *Culture, Medicine and Psychiatry* 33: 219–265.
- Hinton. Rachel. 2000. " 'Seen but not Heard': Refugee Children and Models of Coping". In *Abandoned Children*, eds. Catherine Panter-Brick and Malcome T. Smith, 199-212. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hutz, Claudio S, and Silvia H. Koller. 1999. Methodological and ethical issues in research with street children. *New Directions for Child Adolescent Development*, 85: 59-70.
- Кртинић, Гордана. 2010. "Процена квалитета живота људи који живе са HIV/AIDS-ом". У *Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом. Основни резултати надзорних истраживања 2009-2010*, Република Србија Министарство здравља и Институт за јавно здравље "Милан Јовановић Батут", 281-327. Београд: Министарство здравља Републике Србије.
- avier, Jane and Alessandro . 2001. Internally displaced persons. *Prehospital And Disaster Medicine* 16 (3): 75-83.
- Long. Lynellyn D. 2004. Anthropological perspectives on the trafficking of women for sexual exploitation. *International Migration* 42 (1): 5-31.
- Maksimović, Elena. 2011. *Društvena i prostorna organizacija MSM populacije u Beogradu*. Doktorska disertacija. Beograd: Odeljenje za etnologiju i antropologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu.
- Panter-Brick, Catherine. 2002. Street Children, Human Rights, and Public Health: A Critique and Future Directions. *Annual Review of Anthropology* 31: 147-171.
- Panter-Brick, Catherine. 2004. Homelessness, Poverty, and Risks to Health: Beyond at Risk Categorizations of Street Children. *Children's Geographies* 2 (1): 83–94.
- Patel, Vikram and Arthur Kleinman. 2003. Poverty and common mental disorders in developing Countries. *Bulletin of the World Health Organization* 81 (8): 609-615.
- Pearson, Ruth. 1997. "Global change and insecurity: are women the problem or the solution?" In *Searching for Security: Women's Responses to Economic Transformations*, eds. Isa Baud and Ines Smyth, 10-23. London: Routledge.
- Scheper-Hughes, Nancy. 2008. A Talent for Life: Reflections on Human Vulnerability and Resilience. *Ethnos* 73 (1): 25–56.

- Sciortiono, Rosalia and Ines Smyth 1997. The triumph of violence: the denial of domestic violence in Java, *Austrian Journal of Development Studies* XIII (3): 299-319.
- Siegrist, Johannes, and Michael Marmot, eds. 2006. *Social inequalities in health*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Tremayne, Soraya. 2001. "Introduction". To *Managing Reproductive Life. Cross-cultural Themes in Sexuality and Fertility*, ed. Soraya Tremayne, 1-24. New York/Oxford: Berghahn Books.
- Turner, Bryan S. 1993. Outline of a theory of human rights. *Sociology* 27 (3): 489-512.
- UNHCR i Praxis. 2007. *Analiza situacije interno raseljenih lica sa Kosova u Srbiji: zakon i praksa*. <http://www.infocentar.libergraf.rs/documents/Analiza%20situacije%20interno%20raseljenih%20lica%20sa%20Kosova%20u%20Srbiji%20-%20za%20kon%20i%20praksa.pdf>
- UNHCR, Joint IDP Profiling Service i Komesarijat za izbeglice Republike Srbije. 2011. *Procena potreba interno raseljenih lica u Srbiji*. http://www.unhcr.rs/media/IRL_izvestaj_srpska_verzija.pdf
- Van der Helm, Thérèse. 2005. "Posrednički projekat za prostitutke". U *Интервенције и програми за посебно вулнерабилне групе за сиду*, ур. Војин Шуловић, Викторија Цуцић, Драган Илић, 71-106. Београд: Српска академија наука и уметности, Међуодељенски одбор за СИДУ и Асоцијација за борбу против СИДЕ – ЈАЗАС.
- Vigh, Henrik 2008. Crisis and Chronicity: Anthropological Perspectives on Continuous Conflict and Decline. *Ethnos* 73 (1) 2008.
- Влада Републике Србије. 2011. Национална стратегија за решавање питања избеглица и интерно расељених лица за период од 2011. до 2014. године. *Службени гласник Републике Србије* 017/2011.
- Weiss, Mitchell G, Sushrut Jadhav, R. Raguram, Penelope Vounatsous and Roland Littlewood. 2001. Psychiatric stigma across cultures: local validation in Bangalore and London, *Anthropology & Medicine* 8 (1): 71-87.
- Wulf, Deirdre. 1994. *Refugee Women and Reproductive Health Care. Reassessing Priorities*. New York: Women's Commission for Refugee Women and Children.
- Жикић, Бојан. 2007. Антрополошко проучавање маргиналних друштвених група: методологија теренског рада, *Гласник Етнографског музеја* 71: 39-52.
- Жикић, Бојан. 2008. Спречавање зачећа: од контролисања плодности до конструкције идентитета. *Етноантрополошки проблеми* 3 (2): 11-25.

Bojan Žikić

Department of Ethnology and Anthropology
Faculty of Philosophie, Belgrade

Social Factors of Health Vulnerability of Marginalized Social Groups

Marginalized social groups are part of a certain apotheosis of otherness in present-day anthropological studies, being groups – such as refugees or immigrants – that come from other socio-cultural environments, and are marginali-

zed in the anthropologists' own environments, or environments socio-culturally similar to these. Groups that are to be considered as marginalized are those that have been put in this position contextually, through displacement from everything that represents life according to human standards, which becomes a continuous/permanent state, i.e. the way of life of the people in question, leading to the destabilization of both their physical and their mental health. The causes of this displacement are social in nature, thus constituting the primary social factors of health vulnerability of displaced populations, and they include wars and armed conflicts, persecution for various reasons, and poverty, i.e. the impossibility of subsisting on resources available in one's own socio-economic environment. The secondary social factors of health vulnerability of marginalized social groups occur in the environments in which the groups find themselves after having been displaced from their previous socio-cultural environments; they result from the legal status of unwilling newcomers to these environments, and refer to the difficulty or impossibility of accessing the social and health care systems in their new environments.

Key words: anthropological studies of marginal and marginalized social groups, anthropology and the public health care system, social exclusion, stigma, refugees, internally displaced persons, immigrants, street children, structural interventions

Facteurs sociaux de vulnérabilité sanitaire des groupes sociaux marginalisés

Les groupes sociaux marginalisés participent d'une certaine apothéose de l'altérité dans les études anthropologiques contemporaines ; ils le sont en tant que groupes, ceux de réfugiés ou d'immigrés par exemple, issus des milieux socioculturels étrangers, et marginalisés dans des milieux dont sont issus les anthropologues ou dans des milieux proches par leur organisation socioculturelle. Il faut considérer comme marginalisés les groupes sociaux qui sont amenés à cette situation par le contexte, par un éloignement de tout ce qu'est la vie d'après les critères humains. Cet éloignement devient alors un état de (longue) durée, à savoir le mode de vie de certaines personnes et mène ensuite à la déstabilisation du statut sanitaire des membres de ces groupes dans le sens physique autant que psychologique. Les causes de tels déplacements sont de nature sociale, ce pourquoi ils représentent des facteurs sociaux primaires de vulnérabilité sanitaire des populations qui en sont touchées ; l'on peut compter parmi ces facteurs les guerres et les conflits armés, les persécutions de n'importe quelle origine, et enfin la pauvreté, c'est-à-dire l'impossibilité de survivre à partir des ressources accessibles dans son propre milieu socio-économique. Les facteurs so-

ciaux secondaires de vulnérabilité sanitaire des groupes sociaux marginalisés apparaissent dans des milieux où les membres de ces groupes se sont retrouvés après leur déplacement des environnements socioculturels antérieurs ; ces facteurs découlent du statut juridique des immigrés involontaires dans ces milieux, et concernent leur accès rendu difficile ou impossible au système de protection sociale et sanitaire existant dans ces milieux.

Mots clés: études anthropologiques sur les groupes sociaux marginaux et marginalisés, anthropologie et santé publique, exclusion sociale, stigmatisation, réfugiés, déplacés internes, immigrants, enfants de la rue, interventions structurelles

Primljeno: 30.05.2011.

Prihvaćeno: 20.08.2011.