

Stigmatizacija osoba s Anorexiom nervosom

Tekić Sauerborn, Josipa

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:601197>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-22**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1545/SS/2022

Stigmatizacija osoba s Anorexiom nervosom

Josipa Tekić Sauerborn, 4216/336

Varaždin, lipanj 2022.godine



**Sveučilište
Sjever**

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1545/SS/2022

Stigmatizacija osoba s Anorexiom nervosom

Student

Josipa Tekić Sauerborn, 4216/336

Mentor

Dr.sc. Melita Sajko

Varaždin, lipanj 2022.godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	preddiplomski studij Sestrinstva		<input type="checkbox"/>
PRISTUPNIK	Josipa Tekić Sauerborn	JMBAG	0336034515
DATUM	21.06.2022.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Stigmatizacija osoba s Anorexiom nervosom		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Stigmatization toward People with Anorexia nervosa		
MENTOR	Dr.sc. Melita Sajko	ZVANJE	viši predava
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. izv.prof.dr.sc. Marijana Neuberger, predsjednik		
	2. dr.sc. Melita Sajko, v.pred., mentor		
	3. Marija Božičević, v.pred., član		
	4. Tina Cikač, pred., zamjenski član		
	5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ	1545/SS/2022
OPIS	<p>Anorexia nervosa je složena psihijatrijska bolest povezana s restrikcijom hrane i visokim mortalitetom. Poremećaj je karakteriziran trajnim ograničenjem unosa energije, što dovodi do tjelesne težine znatno niže od očekivane za dob i visinu osobe. Stigmatizacija društvenih skupina uobičajena je u cijelom svijetu. Stigmatizirani pojedinci tretiraju se drugačije, isključeni su ili čak društveno odbačeni jer ne zadovoljavaju specifične društvene standarde. Stigma je prepreka skrbi za ljude koji traže usluge za prevenciju bolesti, liječenje akutnih ili kroničnih stanja te potpore za održavanje kvalitete života. Unutar zdravstvenog sustava stigma prema osobi koja živi s nekom dijagnozom diktira sam pristup dijagnozi, liječenje i uspjehu zdravstvenog ishoda. Cilj rada je istražiti kakvo je mišljenje studenata sestrinstva o osobama s poremećajem u prehrani, anorexiom nervosom te postoji li stigma od strane studenata sestrinstva na Sveučilištu Sjever. U radu treba se definirati i odrediti pojam stigmatizacije te njenih implikacija na oboljele od Anorexie nervose; opisati Anorexiu nervosu, njenu etiologiju, komplikacije, liječenje; pomoću posebno strukturiranog upitnika opisati istraživanje o razini stigmatizacije osoba s Anorexiom nervosom od strane studenata sestrinstva na Sveučilištu Sjever te prikazati rezultate istraživanja i u raspravi usporediti s relevantnim istraživanjima na ovu temu; citirati literaturu iz relevantnih izvora.</p>

ZADATAK URUČEN

04.07.2022.



[Handwritten signature]

Predgovor

Željela bih se najdublje zahvaliti cijenjenoj mentorici, na cjelokupnom trudu i nesebičnom dijeljenju znanja i iskustva. Hvala Vam, što ste me stručno vodili kroz cijelu izradu završnog rada i udijelili mi savjete koje ću zauvijek pamtiti. Također, željela bih se zahvaliti svim profesorima i mentorima vježbovne nastave za neopisiv trud uložen u dijeljenje svog znanja i vještina te za sve savjete koje su nam dali tijekom školovanja. Želim zahvaliti svojim roditeljima koji su uvijek bili tu, u svim trenucima mog života, na svojoj podršci i ljubavi koju su mi pružili. Na posljetku, želim najveću zahvalu odati svom suprugu Bruni, koji me bodrio i bio mi najveći oslonac tijekom cijelog školovanja, hvala mu na svojoj ljubavi, nježnosti i razumijevanju kojeg je imao u neograničenim količinama za mene.

Sažetak

Pojam anorexia nervosa prvi puta je opisan kao sindrom izglednjivanja. Anorexia nervosa je složena psihijatrijska bolest povezana s restrikcijom hrane i visokim mortalitetom. Poremećaj je karakteriziran trajnim ograničenjem unosa energije, što dovodi do tjelesne težine značajno niže od očekivane za dob i visinu osobe. Anoreksija obično, ali ne uvijek, počinje u adolescenciji, često kako počinje pubertet i mijenjaju se oblici tijela. Češća je kod adolescentica i mladih žena, ali ga mogu razviti i mladići. Iako ovaj problem postoji stoljećima, posljednjih je godina sve češći, osobito u kulturama u kojima se mršavost smatra atraktivnom. Faktori koji utječu na nastanak anorexie su; genetski, psihološki, okolišni te društveni. Stigma je snažan društveni proces koji karakterizira etiketiranje, stereotipiziranje i odvajanje određene skupine ljudi, što na koncu dovodi do diskriminacije. Stigma se odnosi na pojedince ili grupe, a možemo ju podijeliti na zdravstvenu ili nezdravstvenu stigmatu, bila ona stvarna ili izmišljena. Stigma povezana s mentalnim bolestima ne postoji samo u javnosti nego i u zdravstvenim sustavima. Polazište za otkrivanje mnogih slojeva stigme je izgradnja svijesti cjelokupne zajednice o AN, njezinoj prevenciji i njenom utjecaju. Stigma je značajna prepreka za traženje pomoći. Oduzima ljudima (koji su već ranjivi) njihovo dostojanstvo, povećava njihov osjećaj izolacije i dodatno smanjuje njihovo samopoštovanje. Pružatelji zdravstvenih usluga koji imaju stigmatizirajuće stavove ili ponašanja mogu se smatrati ključnom preprekom korištenja usluga vezanih za mentalno zdravlje, te je stoga ključna edukacija medicinskog osoblja te kontakt osoblja sa pojedincima s anorexiom nervosom. U radu se govori o samom poremećaju AN, mogućnostima liječenja, te stigmati unutar bolničkih sustava, odnosno od strane studenata sestinstva. Cilj ovog istraživanja je prikazati postoji li stigma od strane studenata sestinstva na Sveučilištu Sjever, te kolika je razina stigme prema osobama oboljelim od AN. U radu je provedeno istraživanje pomoću posebno strukturiranog anketnog upitnika u kojem je sudjelovalo 154 studenata sestinstva sa Sveučilišta Sjever, a prikupljeni podatci su obrađeni deskriptivnim statističkim metodama. U sastavljanju upitnika korištena je Social Distance Scale (SDS), kao i tvrdnje pronađene u Internet izvorima i literaturi. Rezultati istraživanja ukazuju na stigmatizirajuće stavove studenata sestinstva prema osobama s AN, kada se radi o bliskom odnosu sa osobama koje boluju od AN.

Ključne riječi:

poremećaji u prehrani, anorexia nervosa, stigmatizacija, studenti sestinstva, Social distance scale (SDS)

Abstract

The term anorexia nervosa was first described as starvation syndrome. Anorexia nervosa is a complex psychiatric illness associated with food restriction and high mortality. The disorder is characterized by permanent limitation of energy intake, leading to weight gain significantly lower than expected for the age and height of the person. Anorexia usually, but not always, begins in adolescence, often as puberty begins and body shapes change. It is more common in adolescents and young women, but it can also be developed by young men. Although this problem has existed for centuries, it is becoming more common in the last years, especially in cultures where weight loss is considered attractive. Factors that affect the onset of anorexia are; genetic, psychological, environmental and social. The stigma is strong social process characterized by labeling, stereotyping, and separating a particular group people, which ultimately leads to discrimination. Stigma applies to individuals or groups, and we can divide it into health or non-health stigma, whether real or imaginary. Stigma associated with mental illness exists not only in the public but also in health systems. The starting point for discovering many layers of stigma is to build community-wide awareness of AN, its prevention and its impact. Stigma is a significant barrier to seek help. It takes away people (who are already vulnerable) their dignity, increases their sense of isolation and further reduces their self-esteem. Healthcare providers who have stigmatizing attitudes or behaviors can be considered a key barrier to using services related to mental health, and therefore the education of medical staff and contact with individuals with anorexia nervosa. The paper discusses the AN disorder itself, the possibilities treatment, and stigma within hospital systems, that is, by nursing students. The goal of this research is to show whether there is stigma by nursing students at the University North, and what is the level of stigma towards people with AN. Research has been conducted in this paper using a specially structured survey questionnaire in which 154 students participated and the data collected were processed by descriptive statistics methods. The Social Distance Scale (SDS) was used in compiling the questionnaire, as well as claims found in Internet sources and literature. The results of the research indicate stigmatizing attitudes of nursing students towards people with AN, when it comes to a close relationship with people suffering from AN.

Key words

eating disorders, Anorexia nervosa, stigmatization, nursing students, Social distance scale(SDS)

Popis korištenih kratica

ED- poremećaj u prehrani

AN- anorexia nervosa

APA- American Psychiatric Association (Američko udruženje psihijatara)

BMI-indeks tjelesne mase

RS- refeeding sindrom (sindrom ponovnog hranjenja)

Kcal- kilokalorija

EKG- elektrokardiogram

SDS- Social Distance Scale

Sadržaj

1.Uvod	1
2.Anorexia nervosa	3
2.1.Epidemiologija,etiologija i simptomatologija	3
2.1.1.Simptomatologija Anorexie nervose	4
2.1.2.Dijagnostički kriteriji za Anorexiu nervosu	4
2.2.Genetika i anorexia nervosa	5
2.3.Psihopatologija	6
2.4.Endokrinologija	6
2.4.1. Refeeding sindrom	7
2.5.Liječenje	7
2.6.Komplikacije	8
2.7.Stigmatizacija	10
2.7.1.Stigmatizacija u zdravstvenim ustanovama	10
2.7.2.Stavovi prema mentalnim bolestima	10
2.7.3.Stavovi studenata i radnika u zdravstvenim područjima djelatnosti	11
2.7.4.Pristupi smanjenja stigme prema mentalnim bolestima	11
2.7.5.Anorexia nervosa i socijalna stigma	12
2.7.6.Interpersonalne posljedice stigme kod osoba s AN	13
2.7.7.Individualne posljedice stigme prema osobama s AN	14
3.Istraživački dio	15
3.1.Cilj istraživanja i istraživačka pitanja	15
3.2.Ustroj istraživanja	15
3.3.Sudionici	15
3.4.Opis instrumenata	16
3.5.Metode prikupljanja podataka i obrada podataka	16
4.Rezultati	17

4.1. Social distance scale (SDS scale)	21
4.2. Činjenice iz literature i internet izvora	27
5. Analiza rezultata	39
6. Zaključak	42
7. Literatura	43
8. Popis tablica i grafikona	46
9. Prilozi	48

1.Uvod

U vremenu u kojem živimo, okruženi smo sve većom prevalencijom poremećaja u prehrani (ED). Čimbenici kao što su nezdrav način života, stres i emocionalna povezanost s hranom utječu na povećanje stope oboljelih od poremećaja u prehrani. Po prvi puta, poremećaji u prehrani spominju se u 17. stoljeću, a opisani su kao stanje narušenog zdravlja.[1] Prema Američkom udruženju psihijatara (APA) poremećaji u prehrani su stanja promijenjenog ponašanja karakterizirana kao teška i trajna promjena u obrascu prehrane. Utječu na fiziološke, psihološke i socijalne funkcije organizma. Poremećaji u prehrani uključuju anorexiu nervosu, bulimiju nervosu, opsesivno kompulzivno prejedanje, ortoreksiju, poremećaje restrikcije unosa hrane te ostale specifične poremećaje hranjenja.[2] Pojam anorexia nervosa (AN) prvi puta je opisan kao sindrom izgladnjivanja (Gull,1873.).[3] Anorexia nervosa je složena psihijatrijska bolest povezana s restrikcijom hrane i visokim mortalitetom. Poremećaj je karakteriziran trajnim ograničenjem unosa energije, što dovodi do tjelesne težine značajno niže od očekivane za dob i visinu osobe. Indeks tjelesne mase u oboljelih osoba je niži od 18 kg/m². [4]

Prisutan je intenzivan strah od debljanja i uporno pokušavanje skidanja tjelesne težine, čak i kada je indeks tjelesne mase već jako nizak. Osobe s AN doživljavaju poremećaj percepcije vlastite tjelesne težine i vlastitog fizičkog izgleda. Također, AN stvara kod oboljelih iskrivljenu sliku ozbiljnosti zdravstvene situacije u kojoj se nalaze zbog niske tjelesne težine. Postoje dva tipa anorexie, a to su restriktivni tip i purgativni tip. Restriktivni tip ograničava unos energije u organizam, dok purgativni tip ima povremene epizode prejedanja te zatim pročišćavanja raznim laksativnim sredstvima ili mogu koristiti samoinducirano povraćanje kao metodu izbacivanja hrane iz organizma kako bi spriječili dobivanje na težini. [4] Anorexia je poremećaj s čestim recidivima i visokim troškovima liječenja. Stopa smrtnosti je dvanaest puta veća od svih stopa smrtnosti za sve uzroke smrti kod žena od petnaest do 15 do 24 godine. [1,4]

Stigmatizacija društvenih skupina uobičajena je u cijelom svijetu. Stigmatizirani pojedinci tretiraju se drugačije, isključeni su ili čak društveno odbačeni jer ne zadovoljavaju specifične društvene standarde. Razlikuju se tri komponente stigme; kognitivna, emocionalna i bihevioralna komponenta. Stereotipi čine kognitivnu komponentu stigme. Predrasude čine emocionalnu komponentu, dok diskriminacija čini bihevioralnu komponentu. Društvo često izražava svoje stigme, predrasude i na posljeticu diskriminaciju prema osobama s mentalnim poremećajima. Osobe s poremećajem u prehrani, također, nailaze na mnoge stigme što najčešće ima štetne utjecaje na njihovu bolest te na sam ishod liječenja.[5] Dodatno, iskustvo stigme može navesti osobe s mentalnim poremećajima na samostigmatizaciju; mnogi se smatraju slabim i

nesposobnim, doživljavaju nisku samoučinkovitost i nisko samopoštovanje te ne slijede posao ili druge ciljeve samostalnog života. Štoviše, oni koji su imali najviše stigmatizirajućih iskustava najčešće nisu željeli potražiti stručnu pomoć i nisu se pridržavali terapijskog režima liječenja.[4,5]

Dosadašnja istraživanja pokazuju da su stavovi javnosti prema osobama s poremećajima hranjenja umjereno negativni. Potvrđuje se postojanje stigme prema osobama s AN. Smatra se da je AN više rezultat nedostatka socijalne podrške i bioloških čimbenika nego loših životnih navika. Usporedbom AN i ostalih mentalnih poremećaja, ispitanici su prijavljivali veću nelagodu u interakciji s osobama oboljelim od AN. Stvarni kontakt s osobom koja boluje od AN s pozitivnim ishodom pridonosi otklanjanju stigme. U usporedbi Bulimie nervose i AN, pacijenti s Bulimiom nervosom smatrani su odgovornijim za svoj poremećaj i više samodestruktivnijim od osoba s AN koje su bile više samokontroliranije. Rezultati naglašavaju potrebu da studenti sestrintstva imaju izravnu interakciju s osobama s mentalnom bolešću. Medicinske tehničare je potrebno obučavati da budu svjesniji, empatičniji i spremniji za suočavanje s poremećajima u prehrani, jer stigma predstavlja prepreku za liječenje pacijenata s AN.[6]

U istraživanju provedenom u Italiji, 2018. i 2019. godine, provedena je online anketa studenata dvaju diplomskih studija sestrintstva. Istraživanje je istraživalo stigmatizirajuća uvjerenja i stavove prema osobama s AN i Bulimiom nervosom. Uzorak se sastojao od 517 ispitanika. Istraživanje je pokazalo da muškarci imaju veću stigmu prema osobama oboljelim od poremećaja u hranjenju. Također, glavni AN i Bulimie nervose je bio utjecaj medija, nedostatak društvene podrške i roditeljske skrbi. Prema mišljenju ispitanika samokontrola kod pacijenata s AN je još jedan od stigmatizirajućih čimbenika.[7]

2. Anorexia nervosa

Anorexia i bulimia nervosa su važni javnozdravstveni problem. Zajedno sa opsesivno kompulzivnim prejedanjem spadaju u skupinu poremećaja u prehrani. Međutim, postoje značajne razlike među njima u koje ubrajamo epidemiološke, etiološke i simptomatske razlike te komorbiditet i načine liječenja.[8] Anorexia nervosa je razarajući psihijatrijski poremećaj karakteriziran ograničenjem unosa hrane, praćenog značajno niskom tjelesnom težinom, strahom od dobivanja na težini, zaokupljenošću tjelesnom formom i izgledom. [2] Američko udruženje psihijatarata je 2013. godine revidiralo dijagnostičke kriterije za anorexiu nervosom tako što je smanjilo stroge kriterije težine i otklonilo potrebu za prisutnošću amenoreje.[8]

2.1. Epidemiologija, etiologija i simptomatologija

Vrhunac pojave anorexie nervose je tijekom adolescencija, točnije kod muškaraca i žena u dobi od 15 do 19 godina. Stope incidencije rastu i kod muškaraca i kod žena, iako bolest prvenstveno pogađa adolescentice i mlađe žene. Iako se procjene razlikuju, više od 1% žena mogu razviti AN tijekom života, a prosječno trajanje bolesti je šest godina. [9] Istraživanje provedeno u Velikoj Britaniji, 2017. godine, znanstvenici su došli do spoznaje da je stopa incidencije anorexie nervose ; 13,68 oboljelih osoba naprema 100 000 stanovnika. Prosječna životna prevalencija žena s anorexiom nervosom je 3,64%. [10]

Etiologija AN je kompleksna i povezana s mnogim faktorima. Faktori koji utječu na nastanak anorexie su; genetski, psihološki, okolišni te društveni. Pacijenti čiji su roditelji oboljeli od AN imaju deset puta veći rizik od obolijevanja. Osobe s psihičkim poremećajima kao što su depresija, anksioznost te osobe koje su bile zlostavljane imaju povećan rizik od obolijevanja od AN. Također, osobe koje su u ranoj dobi imale neke probleme s hranjenjem te osobe s izraženim perfekcionizmom. Neki od čimbenika mogu potaknuti ili pogoršati ovaj poremećaj prehrane i na taj način ga održavati. Medijski pritisak, pritisak na društvenim mrežama i u društvu, pritisak zajednice da osobe budu mršave, „kultura dijeta“, zanimanja koja zahtijevaju mršavost tjelesne građe (sport, manekenstvo...), nedostatak sustava podrške te traumatski događaji kao što su fizičko zlostavljanje, seksualno zlostavljanje te zanemarivanje.[11] Anoreksija nervosa se nekoć smatrala razvojnom bolešću, s obzirom na to da se vrhunac pojave poklapa s pubertetom, ali rani početak slučajeva u dobi od osam godina pokazuje složenu prirodu etiologije.[10] Procjenjuje se da 50% pacijenata oboljelih od AN postiže potpuni oporavak, 30% pacijenata poboljša stanje, dok 20% oboljelih ostaje kronično bolesno. [12]

2.1.1.Simptomatologija Anorexie nervose

Stopa ED kod muškaraca i žena znatno se povećava. Muškarci se češće pojavljuju s poremećajima restriktivnog tipa anorexie nervose. Pronađene su razlike i između obrazaca ograničenja, simptoma, povraćanja, prejedanja i zlouporabe laksativa. Međutim, muškarci se više bave prekomjernim vježbanjem kao kompenzacijskim ponašanjem. Razlike kao što su dob nastanka i psihijatrijski komorbiditeti manje se razlikuju između osoba odrasle dobi. Kod adolescenata je uočeno da žene imaju veću stopu popratnih bolesti uz AN. Žene i muškarci se razlikuju po motivima za ograničavanje i neadekvatan unos hrane. Muškarci pokazuju manju brigu za mršavošću dok su više zabrinuti za mišićavost i oblik muskulature. S druge strane, žene su dosljednije želje da budu mršavije. Muškarcima je najčešće manje dostupna edukacija o poremećajima u prehrani te tako i pomoć oboljelima od ED najčešće izostaje. Oba spola pokazuju slične razine psihičkog stresa i smanjenu kvalitetu života povezanu s poremećajem u prehrani. Žene su sklonije epizodama prejedanja od muškaraca. Poremećaji u prehrani, osobito anorexia nervosa imaju visoku stopu smrtnosti. Muškarci s AN, koji imaju neki komorbiditet imaju veći rizik od počinjenja samoubojstva. Kod adolescenata, ekstremna ponašanja kontrole tjelesne težine povezana su sa suicidalnim mislima i planovima samoubojstva, dok su kod muškaraca izraženiji pokušaji samoubojstva.[13]

2.1.2.Dijagnostički kriteriji za Anorexiu nervosu

Dijagnostički kriteriji za AN promijenjeni su revizijom Američke udruge psihijatara, 2013. godine. Najnoviji dijagnostički kriteriji prema APA klasifikaciji prikazani su u Tablici 2.1.2.1. [14] U najnovijim dijagnostičkim kriterijima uklonjena je amenoreja odnosno izostanak mjesečnice, iz razloga što taj kriterij ne može biti primijenjen kod muškaraca ili prije menarhe odnosno prve mjesečnice kod djevojčica. Tipične karakteristike anoreksije nervoze uključuju iskrivljenu percepciju osobe da je preti. Nadalje osobe su opsjednute idealnom tjelesnom težinom, ciljanim unosom kalorija, specifičnom hranom, prekomjernim vježbanjem ili drugim kompenzacijskim ponašanjima kao što je namjerno povraćanje. Ipak AN može biti prikriivena kroz dulji vremenski period. Kod mlađih pacijenata, kod kojih kognitivni razvoj još nije završio, može doći do gubitka težine samo kao rezultat odbijanja hrane. Važno je prepoznati rane simptome AN, već i u ordinacijama primarne zdravstvene zaštite ili u školama gdje osobe s poremećajem prehrane na temelju razgovora mogu biti probrane. [11]

Dijagnostički kriteriji za anorexiu nervosu
1. smanjen unos hrane s obzirom na potrebe organizma, koji dovodi do veoma niske tjelesne težine u odnosu na dob, spol, razvoj i fizičko zdravlje
2. intenzivan strah od dobivanja na težini ili uporno odbijanje dobivanja na težini iako je težina sama po sebi već jako niska
3. poremećaj u načinu doživljavanja tjelesne težine i oblika, neprimjeren utjecaj tjelesne težine na samopoštovanje te neprepoznavanje ozbiljnosti trenutne niske tjelesne težine

Tablica 2.1.2. 1. Dijagnostički kriteriji za AN

Izvor: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edn. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013.

2.2. Genetika i anorexia nervosa

Anorexia nervosa ima snažnu genetsku komponentu. Postoji četiri puta veća osjetljivost na AN među članovima obitelji i ženskim rođacima. Bolesnici s AN imaju jedanaest puta veći rizik od bolesti u usporedbi s normalnom populacijom. Dokazano je da geni doprinose od 50% do 74% na rizik razvoja AN. Monozigotni blizanci imaju veću vjerojatnost da će razviti AN nego dizigotni blizanci. [15] Područje poremećaja u prehrani počelo je dobivati na snazi u modernim molekularno-genetičkim tehnikama i analizi unakrsnih poremećaja. Lokus unutar genoma AN odgovara onome identificiranom kod nekih autoimunih bolesti i dijabetesa tipa I. Unakrsne analize potvrdile su i zajednički genetski rizik između AN i nekoliko psihijatrijskih fenotipova. Znanstvenici se slažu kako bi AN mogao biti bolje konceptualiziran kao poremećaj koji proizlazi iz psihijatrijske i metaboličke etiologije. Dosadašnja istraživanja ne uzimaju u obzir mogućnost zajedničke genske etiologije. Također, pozitivna genska korelacija između AN i shizofrenije ukazuje na djelomično zajedničku gensku etiologiju. Genetske korelacije između AN i poremećaja povezanih s težinom veoma su slične te su neki od aspekata genetskih čimbenika jednaki. Što znači da se aspekti težine za koje se smatralo da imaju različite etiologije zapravo preklapaju genetski. Ovo preklapanje može utjecati i na povišenu ili na sniženu tjelesnu masu. [16]

2.3.Psihopatologija

Model koji objašnjava razvoj AN je multifaktorski. Najčešći prediktor je ograničenje u ishrani. U osoba s AN, poremećaji osobnosti s osobinama anksioznosti su dvostruko češći. Najčešće su to granični i histrionski poremećaj ličnosti. Osobine koje pospješuju razvoj AN, ovise o organizaciji ličnosti koja utječe na afektivne, kognitivne i socijalne odgovore. [17] Također, u važne čimbenike spadaju strah od odrastanja, uključujući psihoseksualni razvoj povezan s željom za vraćanjem u djetinjstvo. Želja za sigurnošću, perfekcionizam, snažna potreba za kontrolom te izvršavanje zadataka u skladu s društvenim očekivanjima još su neki od čimbenika. Depresija i nisko samopoštovanje, osjećaj neučinkovitosti koji uzorkuje socijalnu izolaciju i usamljenost te poteškoće u izgradnji odnosa sa drugim osobama koje se temelje na povjerenju i međusobnoj razmjeni pozitivnih emocija, sve su to čimbenici kod AN. Posebna važnost se pridaje afektivnoj regulaciji, osobito njenim manifestacijama kao što su; emocionalna nestabilnost, impulzivnost, ljutnja i sklonost samoozljeđivanju. Standardi vitkosti tijela razlikuju se od kulture do kulture. Internacionalizacija vrijednosti vitkog tijela i nezadovoljstvo vlastitim tijelom kao i socio-kulturni pritisak povezani su sa težnjom za idealnim izgledom te su zbog toga označeni kao ključni za pojavu poremećaja u prehrani. Jedna od posljedica popularizacije vrlo vitke figure, posebno kod žena, je težnja za savršenim izgledom koja može promicati postojanje negativnih afekata i depresije. [17]

2.4.Endokrinologija

Amenoreja je uklonjena kao kriterij za AN zbog saznanja da je endokrina disregulacija kod AN promjenjiva te da neke žene koje imaju nisku težinu i sve psihijatrijske značajke AN mogu i dalje imati redovite menstruacije. Također, AN može utjecati na dječake u adolescenciji i na muškarce, iako je prevalencija 8,1 puta veća kod žena nego kod muškaraca. Kod žena AN karakterizira globalna endokrina disregulacija, uključujući disfunkciju sveze hipotalamus-hipofiza i promjene u razinama hormona koji reguliraju adipokine i apetit. Iako su ti endokrini poremećaji uglavnom prilagodba na stanje niske energije, mogu imati štetne učinke na zdravlje lokomotornog sustava i neuropsihijatrijski status. Posebno hipogonadizam, hiperkortizolemija, hipooksitocitemija i hiponatrijemija. Dobivanje na težini i oporavak ključni su za poboljšanje zdravlja lokomotornog sustava. Razumijevanje mehanizama odgovornih za endokrine komplikacije AN važno je s obzirom na sve veću prevalenciju i kroničnu prirodu bolesti. Otprilike, 50% žena s AN oporavi se nakon terapije, 30% se djelomično oporavlja, a ostatak doživljava ponavljajuće obrasce remisija i recidiva. Endokrine abnormalnosti uočene kod AN

uobičajene su u stanju kroničnog gladovanja te je stoga potreban multidisciplinarni način liječenja.[18]

AN je povezana s višestrukim poremećajima endokrinog sustava. Prilagodba endokrinog sustava na kronično gladovanje omogućuje preživljavanje čak i uz izrazito mršavljenje. Endokrine promjene mogu biti adaptivne, reaktivne i etiološke. Hipersekrecija kortikotropin-oslobađajućeg hormona je odgovor na gladovanje, ali u isto vrijeme može održati i pojačavati AN, tjelesnu hiperaktivnost i amenoreju. Sve navedene stavke uzrokuju začarani krug AN. Gotovo svi endokrini sustavi su duboko promijenjeni kod AN.[19]

2.4.1. Refeeding sindrom

Sindrom ponovnog hranjenja ili refeeding sindrom(RS) jedna je od ozbiljnijih komplikacija tijekom liječenja osoba oboljelih od AN. Pothranjenost tijekom AN dovodi do brojnih poremećaja u funkcioniranju organizma i potiče razvoj RS. Iako je RS relativno rijetka komplikacija, ujedno je i komplikacija s visokom stopom smrtnosti. Uključuje hormonalne i metaboličke promjene koje se javljaju tijekom procesa dohranjivanja u kronično pothranjenog bolesnika kada se prehrana uvodi u prekomjernim i nepravilnim količinama. [20] Obično se počinje od 1200kcal do 1400kcal dnevno. Broj kalorija se povećava svaki drugi dan i to po 200kcal dok se ne postigne potreban unos.[21] RS se očituje u neravnoteži vode i elektrolita, uključujući hipofosfatemiju, hipokalijemiju, hiponatremiju, hipomagnezijemiju, retenciju tekućina, nedostatak vitamina i metabolička acidoza. Hipofosfatemija je najvažniji dijagnostički marker. RS se odnosi na oralnu i parenteralnu dopunu. U liječenju pothranjenih bolesnika s AN bitno je uspostaviti početnu kalorijsku količinu koja će stimulirati dobitak na težini od početka liječenja uz minimiziranje rizika od RS. Liječenje se sastoji od korekcije elektrolita i praćenje rada srca ako se pojave znakovi abnormalnosti. Razdoblje najvećeg rizika za RS je prvih nekoliko dana od ponovnog hranjenja, iako se može pojaviti i do dva tjedna nakon početka hranjenja, a tijekom tog vremena potrebno je intenzivno kliničko i biokemijsko praćenje. [20]

2.5.Liječenje

Liječenje poremećaja kao što je AN zahtjeva multidisciplinarni tim stručnjaka. Uspostavljanje ponovnog dijetetskog unosa je ključno. Također, osiguravanje odgovarajućih planova obroka i praćenje smjernica o energetskim potrebama, kao i savjeti o dodatnim vitaminima i mineralima te potpora pri hranjenju. [11] Istraživanja su pokazala da se bolesnici s AN hospitaliziraju većinom zbog obnove tjelesne težine. U Europi, uz bolničko liječenje

uveđeno je i pružanje psihološke podrške za pacijente s AN kako bi upravljali svojim ponašanjem i spoznajama o ED. Dakle, terapijski odnos je veoma potreban, posebice individualno i grupno nutricionističko savjetovanje od strane dijetetičara ili informiranih medicinskih tehničara za same pacijente i njihove obitelji kako bi se pomoglo zadovoljiti prehrambene potrebe primjerene dobi i razvoju. Nutricionistički savjeti pokazali su se kao velika podrška osobama s AN u ponovnom uspostavljanju zdrave prehrane, dobivanju i održavanju tjelesne težine.[21]

Rani početak liječenja ključan je za bolju prognozu ove bolesti. Kod adolescenata s AN obiteljska psihoterapija je povezana s visokim stopama oporavka odnosno remisije. U odraslih, najučinkovitija je bihevioralno usmjerena psihoterapija. Unatoč tome, odrasli koji su duže bolesni manje reagiraju na intervencije liječenja te su stope recidiva izrazito visoke. Uspješnost antidepresiva zavise od slučaja do slučaja no povezani su sa skromnim poboljšanjem tjelesne težine. Neromodulacijski tretmani pacijentima s AN pomažu postići promjenu ponašanja.[8] U istraživanju koje je trajalo 22 godine, u Australiji, praćeno je 228 žena s AN ili bulimijom nervosom liječenih u specijaliziranim centrima. Utvrđeno je da se oko dvije trećine ispitanica oporavilo unutar devet godina od početka liječenja.[22]

2.6.Komplikacije

Promjene u strukturi i funkcioniranju srca i srčanoj repolarizaciji česte su komplikacije AN. Neki od najčešćih srčanih komplikacija su atrofija miokarda i prolaps mitralne valvule. Navedene komplikacije najčešće nestaju sa povratkom tjelesne težine iako su recidivi mogući ukoliko tjelesna težina ponovno padne. Također, sinusna bradikardija, disfunkcija sinusnog čvora i ortostatska hipotenzija neki su od opaženih komplikacija AN. Čimbenici koji utječu na povećanje rizika od ozbiljnih komplikacija ili smrti kod oboljelih od AN prikazani su u Tablici 2.6.1. Čest uzrok prerane smrti kod pacijenata s AN je iznenadna srčana smrt. Kao rezultat smanjene tjelesne težine i malnutricije, probava se značajno usporava. Konstipacija i opstipacija veoma su česte komplikacije kod pacijenata s AN, osobito kada je tjelesna težina u drastičnom padu. S druge strane, do diareje može doći rano u procesu oporavka. Diareja nastaje zbog atrofije tankog crijeva i smanjenja površine potrebne za absorpciju. Kao komplikacija AN moguća je i bolest jetre. [9]

Razine aminotransferaze su često povišene zbog gladovanja koje uzrokuje smrt stanica jetre. Međutim, razine aminotransferaze mogu biti povišene i s ponovnim hranjenjem što se pripisuje refeeding sindromu. Kod komplikacija respiratornog sustava može doći do spontanog

pneumotoraksa te do aspiracijske pneumonije zbog oslabljenja mišića i problema s gutanjem uslijed gubitka na težini. Komplikacije krvne slike ukazuju na leukopeniju i anemiju koje se uspješno liječe s dobivanjem na tjelesnoj težini. Neke od endokrinih komplikacija do kojih dolazi u pacijenata s AN su; amenoreja, povišena razina kortizola, smanjeno izlučivanje hormona rasta i hipoglikemija. Komplikacije lokomotornog sustava obuhvaćaju sarkopeniju i osteoporozu, koje se uspješno liječe s povećanjem tjelesne mase i terapijom. Bolesnici s AN suočeni su i sa atrofijom moždane mase. Atrofija mozga može dugoročno utjecati na promijene osjeta okusa, mirisa, regulaciju temperature, hipotalmičku funkciju kao i mentalnu usporenost koja je posebice vidljiva kod težih oblika bolesti. Dermatološke komplikacije u pacijenata s AN obuhvaćaju suhu, ispucanu kožu, rast lanugo dlaka na licu i leđima te povećan rast dlaka na tijelu kako bi tijelo moglo što više zadržati optimalnu tjelesnu temperaturu. Lomljiva kosa i nokti još su neki od komplikacija ove bolesti.[9]

Čimbenici koji povećavaju rizik od ozbiljnih komplikacija ili smrti kod oboljelih od AN	
1. nedavni gubitak 1kg ili više tijekom 2 uzastopna tjedna	8. nasilje prema roditeljima, nasilje prema oboljelima od AN
2. BMI ispod 18 kg/m ²	9. >2 sata dnevno nekontroliranog vježbanja
3. ponavljajuća sinkopa, ortostatske promjene	10. suicidalne ideje s umjerenim do visokim rizikom od samoubojstva
4. nepravilan srčani ritam ili abnormalnosti na EKG-u	11. konfuzija, delirij, akutni pankreatitis
5. teška dehidracija	12. ruptura želuca ili jednjaka
6. niske razine fosfata, kalija, albumina, glukoze, natrija ili kalcija u serumu	
7. akutno odbijanje hrane ili unos hrane manji od 400-600kcal dnevno	

Tablica 2.6. 1. Čimbenici rizika kod AN

Izvor: Junior MARSIPAN: Management of Really Sick Patients under 18 with Anorexia Nervosa, Royal College of Psychiatrists London, College Report CR168, 2012, https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr168.pdf?sfvrsn=e38d0c3b_2

2.7. Stigmatizacija

Stigma je snažan društveni proces koji karakterizira etiketiranje, stereotipiziranje i odvajanje određene skupine ljudi, što na koncu dovodi do diskriminacije. Stigma se odnosi na pojedince ili grupe, a možemo ju podijeliti na zdravstvenu ili nezdravstvenu stigmom, bila ona stvarna ili izmišljena. Stigma se može iskusiti u svim sferama života, međutim, stigma u zdravstvenim ustanovama posebno je očigledna, jer negativno utječe na ljude koji traže zdravstvene usluge u vrijeme kada su najranjiviji. [23]

2.7.1. Stigmatizacija u zdravstvenim ustanovama

U zdravstvenim ustanovama, nalazimo na mnoge manifestacije stigme. Raspon kreće od izravnog uskraćivanja skrbi, pružanje njege ispod standarda, fizičkog i verbalnog zlostavljanja do suptilnijih formi kao što je prisiljavanje određenih ljudi da duže čekaju za uslugu ili prebacivanje zadataka na ostale kolege. Kao rezultat toga, stigma je prepreka skrbi za ljude koji traže usluge za prevenciju bolesti, liječenje akutnih ili kroničnih stanja te potpore za održavanje kvalitete života. Unutar zdravstvenog sustava stigma prema osobi koja živi s nekom dijagnozom diktira sam pristup dijagnozi, liječenju i uspjehu zdravstvenog ishoda. Stigma također, utječe na dobrobit zdravstvene radne snage jer radnici u zdravstvu mogu također raditi u stigmatiziranim uvjetima. Radnici u zdravstvenim ustanovama, u takvoj okolini, mogu potencijalno skrivati svoje vlastito zdravstveno stanje od kolega i nerado pristupati i sudjelovati u timskom radu. [23]

Smanjenje stigme nije postao dio pružanja i ocjenjivanja zdravstvene njege, niti je integriran u usavršavanje zdravstvenih djelatnika. U zdravstvenim ustanovama uobičajeni pokretači stigma su; negativni stavovi, strah, uvjerenja, nedostatak svijesti o samom stanju i stigmatizaciji, nemogućnost kliničkog upravljanja stanjem te institucionalizirane procedure ili prakse. [23]

2.7.2. Stavovi prema mentalnim bolestima

Pojedinci kojima je dijagnosticirana neka mentalna bolest kroz povijest su bili stigmatizirani više od onih koji su bolovali od drugih tjelesnih bolesti. [24] Istraživanje u Indiji 2014. godine, pokazalo je da 90% pacijenata s dijagnozom mentalne bolesti izjavljuje da je bilo stigmatizirano bez obzira na dob, spol, dijagnozu mentalne bolesti i obrazovni status. [25] Uvjerenja i razmišljanja zdravstvenih radnika koji se susreću s osobama s mentalnim poremećajima često utječu na njihove stavove i ponašanje prema pacijentima. Mnogi pojedinci s mentalnim bolestima pokušavaju se boriti protiv stigme skrivanjem dijagnoze i izbjegavanje

traženja pomoći. Za uspostavljanje samopoštovanja kod osoba s psihičkim poremećajima i ispunjavanje funkcionalne sposobnosti tih osoba potrebni su pozitivni stavovi društva prema njihovom liječenju. Stigmatizirane osobe obično doživljavaju društvenu izolaciju. Radije ne izlaze iz kuće i ne žele biti uključeni u proces liječenja, skrbi i rehabilitacije. Ovi uzroci, dugoročno, smanjuju želju pojedinca da potraži liječničku pomoć, što za posljedicu nepovoljno utječe na prognozu bolesti.[24]

2.7.3. Stavovi studenata i radnika u zdravstvenim područjima djelatnosti

Stigma povezana s mentalnim bolestima ne postoji samo u javnosti nego i u zdravstvenim sustavima. Pružatelji zdravstvenih usluga koji imaju stigmatizirajuće stavove ili ponašanja mogu se smatrati ključnom preprekom korištenja usluga vezanih za mentalno zdravlje. Mogu također, utjecati na kvalitetu skrbi. Zdravstveni radnici koji rade na uslugama mentalnog i fizičkog zdravlja, velik su izvor stigme i diskriminacije u mnogim zemljama svijeta. Stigmatizirajući stavovi ili ponašanja mogu dovesti do nedostatka pozornosti na medicinske probleme pacijenata, loše odnos prema pacijentima s mentalnim bolestima, pa čak i socijalnoj marginalizaciji. Nadalje, još jedan veliki problem u vezi stigme prema mentalnim bolestima je manjak osoblja u psihijatriji. Sustavni pregled u Taiwanu, 2019. godine pokazao je da u pozadini studenti medicine vlada mišljenje kako rad na psihijatriji ima negativan utjecaj na njihovu karijeru. [26] Psihijatrijska znanost suočava se s nedostatkom specijalista i medicinskih tehničara. U tim okolnostima, stigma povezana s mentalnom bolešću, smatra se temeljnim uzrokom nejednakosti i velikim izazovom u javnom zdravstvu. Iz tog razloga, posebna važnost se pridaje globalnim i nacionalnim programima i novim metodama obrazovanja za uklanjanje stigme prema mentalnim bolestima među zdravstvenim djelatnicima. Potrebno je uložiti napore da bi se poboljšali pozitivni stavovi prema mentalnim bolestima i smanjila socijalna distanca prema osobama s mentalnim bolestima. [27]

2.7.4. Pristupi smanjenja stigme prema mentalnim bolestima

Kako bi se smanjila stigma prema mentalnim bolestima, potrebno je u svakodnevni rad s pacijentima implementirati nekoliko ključnih strategija. Strategije smanjenja stigme u zdravstvenim ustanovama prikazane su u Tablici 2.7.4.1.[23]

Ključne strategije za smanjenje stigme u zdravstvenim ustanovama	
1.pružanje informacija	-sastoji se od podučavanja sudionika o samom mentalnom stanju ili o stigmatizaciji, njenim manifestacijama i učinkom na zdravlje
2.aktivnosti koje potiču izgradnju vještina	-stvaranje mogućnosti razvoja vještina kod pružatelja zdravstvenih usluga za izravan rad s stigmatiziranim skupinama
3.učenje kroz sudjelovanje	-poseban pristup u kojem zdravstveni radnici aktivno sudjeluju u aktivnostima zajedno s osobama u stigmatiziranim skupinama
4.kontakt sa stigmatiziranom skupinom	-uključivanje članova stigmatizirane skupine u poticanje razvoja empatije, rušenje stereotipa i humaniziranje stigmatizirane skupine kod zdravstvenih djelatnika
5.pristup osnaživanja	-poboljšanje mehanizama suočavanja s klijentima, za prevladavanje stigme na razini zdravstvene ustanove
6.promjena politike ili strukturalna promjena	-mijenjanje politike, pružanje informativnih materijala, restrukturiranje okruženja

Tablica 2.7.4. 1. Ključne strategije za smanjenje stigme u zdravstvenim ustanovama

Izvor: L. Nyblade i sur., Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it, Nyblade et al. BMC Medicine, 2019., 17:25, <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>, PUBMED

2.7.5. Anorexia nervosa i socijalna stigma

Usprkos velikoj stopi smrtnosti kod AN i dalje je mala vjerojatnost da će okolina otkriti ili identificirati pojedinca s poremećajem u prehrani. Razlog tome je što je prihvaćena percepcija društva da je mršavost zdrava i da joj treba težiti. Mediji podržavaju pogled na AN kao sociokulturni fenomen gdje mlade djevojke podliježu idealnoj slici tijela koja je izložena u časopisima i na televiziji. Iskrivljena medijska percepcija ljepote može imati štetan učinak na adolescente u razvoju te na njihovo mentalno zdravlje. Društvenu stigmatizaciju koja okružuje AN pogoršava morbidna fascinacija medija mršavim izgledom modela i glumaca. Upravo zbog

medija, adolescenti i odrasle osobe slone su zabrinutosti oko težine, što je potencijalni čimbenik rizik za razvoj AN. Zabilježena je pozitivna korelacija između izloženosti medijima i razine zabrinutosti u vezi s težinom. Razdoblje razvoja u adolescenciji postalo je razdoblje u kojem se osobe počinju previše brinuti o tjelesnoj težini i okreću se sve više različitim dijetama. Adolescenti su veoma spremni isprobavati opasne prakse mršavljenja. Mediji također, mogu biti jedan od faktora stigmatizacije osoba s AN. [28]

Simptomatologija AN može se često zanemariti zbog vrednovanja mršavosti u društvu. Pojedinci s AN često se smatraju ispraznima ili samocentriranima. Također, smatra se da se oni lagano mogu vratiti u normalu za razliku od ostalih mentalnih poremećaja. Trenutno postoji općeprihvaćeno uvjerenje da je AN dobrovoljno izabran stil života, a oporavak jedino znači promjena negativnog ponašanja. Mnogi smatraju da osobe koje pate od AN imaju moć da kontroliraju svoj poremećaj jednostavno jedući više ili dobivanjem na težini. Zajedno sa divljenjem društva prema restrikciji prehrane ili ekstremnom mršavošću, ovaj ozbiljan poremećaj se banalizira kao beznačajan, a ne kao ozbiljan poremećaj sa kompleksnim potrebama liječenja, medicinskom i psihološkom podrškom. Jedan od načina poboljšanja percepcije ljudi kod AN je ispitati percepcije šire javnosti i medicinskih djelatnika o stupnju stigmatizacije.[29] U istraživanju koje su 2006. godine proveli Stewart i kolege, uspoređeni su bolesnici s AN, shizofrenijom i astmom. Rezultati studija ukazali su na negativniji pristup osoba prema bolesnicima s AN nego osoba sa shizofrenijom i astmom. Sudionici su smatrali da su bolesnici s AN najviše sami krivi za njihovo stanje i da se većina može u kratkom roku oporaviti ako to želi. Ispitanici su vjerovali da je ponašanje osoba s AN rezultat traženja pažnje. Znanstvenici ističu kako je to poglavito zbog uvjerenja da samodisciplina, nedostatak društvene podrške i odgoja pridonose više razvoj AN nego kod shizofrenije i astme.[30] Zajedno ove činjenice pokazuju da su stavovi javnosti prema osobama s AN, temeljeni na okrivljavanju i posramljivanju prema osobama s AN što utječe na povećanu stigmu oko ovog poremećaja.[29]

2.7.6. Interpersonalne posljedice stigme kod osoba s AN

Dokaz stigme prema osobama s AN može biti izražen u međuljudskim odnosima. Percepcija društva da osobe s AN ne mogu biti dobri prijatelji ili partneri, utječe na stigmu da osobe s AN ne mogu doprinijeti društvu. Skrivanje poremećaja prehrane često stvara veliku barijeru između pojedinca i okoline. Pojedinci se mogu udaljiti od onih osoba koje primijete njihove simptome, stvarajući na taj način prepreku potencijalno korisnim međuljudskim odnosima. Interpersonalna stigmatizacija može se manifestirati u kontekstu pacijenta i pružatelja usluga. Uvjerenja zdravstvenih djelatnika često odražavaju ideje njihove okoline. Vrste zabluda

zdravstvenih djelatnika mogu negativno utjecati na tretman i dijagnozu AN. To također, može doprinijeti osjećaju srama i odustajanju od traženja pomoći. Obrazovaniji i informiraniji zdravstveni djelatnici imaju manje stigme prema osobama s AN. Drugi način na koje se može oblikovati društvena stigma AN je nedostatak empatije od strane medicinskog osoblja. Ovaj nedostatak postoji zbog uvjerenja da se AN može kontrolirati, te da su oni koji se nose s AN krivi za svoje simptome. Stigma se povećava zbog percepcije da su oboljeli sami krivi za svoje stanje. Okrivljujući stavovi povezani s stigmatizacijom poremećaja prehrane mogu doprinijeti nizu ozbiljnih problema koji negativno utječu na život oboljelih od AN.[29,30]

2.7.7. Individualne posljedice stigme prema osobama s AN

Stigma može dovesti do straha od postojanja negativnih mišljenja od strane okoline. S druge strane, može dovesti i do gađenja i prijezira prema fizičkom izgledu i ponašanju. Često osobe koje pate od poremećaja prehrane mogu doživljavati sebe kao manjkave ili različite od ostalih jer se ne uklapaju u društvene standarde i očekivanja. Pojedinci s AN su često zabrinuti da će se njihov poremećaj otkriti, a samim time rezultirati banaliziranjem svoje teškoće, samookrivljavanjem, sramom i strahom od negativnih stereotipa, Nažalost, iskustvo stigme kod oboljelih od AN potiče odgađanje i izbjegavanje traženja pomoći, što vrijedi za mnoge poremećaje. Međutim, kada se AN ne liječi, može dovesti do trajnih fizičkih oštećenja u rasponu od gubitka kose do oštećenja srca, zatajenja organa i osteoporoze. Osobe s AN rijetko se odlučuju potražiti mentalnu pomoć. Dakle, jedna od mogućih prepreka traženju liječenja može biti strah od stigmatizacije. To obuhvaća zabrinutost pojedinca da ga se neće tretirati drugačije kao osobu zbog poremećaja u prehrani ili psihijatrijskog liječenja. Drugi razlozi za odbijanje traženja pomoći uključuju nespremnost za traženje liječenja, nedostatak svijesti o poremećaju, nedostatak svijesti i mogućnostima liječenja i resursima te nedostatak anonimnosti u liječenju. [29,30]

3. Istraživački dio

U istraživačkom dijelu rada prikazat će se stavovi studenata sestrinstva o stigmatizaciji osoba s AN, te stavovi studenata o njihovom vlastitom mišljenju o osobama s AN, te mišljenje ispitanika o vlastitoj percepciji svojeg tijela.

3.1. Cilj istraživanja i istraživačka pitanja

Cilj istraživačkog rada na temu „Stigmatizacija osoba s Anorexiom nervosom“ je istražiti kakvo je mišljenje studenata sestrinstva o osobama s poremećajem u prehrani, anorexiom nervosom te postoji li stigma od strane studenata sestrinstva na Sveučilištu Sjever. Istraživačka pitanja definirana su prije provođenja istraživanja te glase:

1. Postoji li stigma prema osobama s anorexiom nervosom od strane studenata sestrinstva na Sveučilištu Sjever?
2. Kolika je razina stigmatizacije studenata sestrinstva Sveučilišta Sjever prema osobama s AN?

3.2. Ustroj istraživanja

Istraživanje na temu „Stigmatizacija osoba s anorexiom nervosom“, provedeno je od 7. ožujka 2022. godine do 31. ožujka 2022. Sudionici u istraživanju bili su studenti sestrinstva na Sveučilištu Sjever. Istraživanje je provedeno na sve tri godine preddiplomskog i dvije godine diplomskog studija sestrinstva na Sveučilištu Sjever. Upitnik korišten u svrhu ovog istraživanja sastojao se od tri dijela. Prvi dio ispitivao je sociodemografske podatke, u drugom dijelu ankete korišten je Social Distance Scale (SDS)- odnosno upitnik validan za mjerenje stigme i treći dio ankete obuhvaćao je posebno prilagođena i dizajnirana pitanja sastavljena za pisanje ovog rada te tvrdnje osmišljene za temu rada.

3.3. Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo 154 sudionika, odnosno studenata sestrinstva na Sveučilištu Sjever. Anketa je bila poslana u online formatu u Facebook grupe studenata sestrinstva na Sveučilištu Sjever. Odazvalo se 53 (34,4%) studenata sa treće godine preddiplomskog studija sestrinstva, 50 (32,5%) studenata sa druge godine preddiplomskog studija sestrinstva, 28 (18,2%) studenata s prve godine preddiplomskog studija sestrinstva, 13 (8,4%) studenata s prve godine diplomskog studija i 10 (6,5%) studenata s druge godine diplomskog studija sestrinstva na

Sveučilištu Sjever. Sudjelovanje u istraživanju je bilo potpuno dobrovoljno i anonimno, te su sudionici mogli u svakom trenutku odustati od rješavanja ankete.

3.4. Opis instrumenata

U svrhu pisanja rada sastavljen je anonimni upitnik, pomoću platforme Google Forms. Sve informacije vezane za istraživanje i korištenje podataka stajale su u sučelju istraživanja, te su sudionici mogli doći do informacija u bilo kojem trenutku kao i postavljati dodatna pitanja ukoliko su imali nekih nejasnoća. Upitnik se sastojao od 32 pitanja. Prvi dio upitnika sastojao se od 7 pitanja, a odnosio se na sociodemografske podatke sudionika, te podatke o zaposlenosti u zdravstvenom sustavu, kao i podatke o vlastitom indeksu tjelesne mase i zadovoljstvu vlastitim izgledom i prehranom. Od sociodemografskih podataka prikupljeni su podaci i spolu, dobi i godini studija. Drugi dio upitnika sastoji se od 7 pitanja o stigmati, za koju je korišten Social Distance Scale (SDS), za koji je prilikom preuzimanja s interneta dobivena suglasnost za korištenje. Skala je posebno prilagođena i prevedena u svrhu ovog istraživanja. Na tvrdnje su sudionici odgovarali ocjenama od 0 do 3, gdje 0 predstavlja da je sudionik definitivno voljan biti u određenoj situaciji s osobom koja ima AN, a 3 predstavlja da sudionik definitivno nije voljan u nekoj situaciji biti s osobom koja ima AN. Skala je sadržana u prilogima ovog rada. Treći dio upitnika sastojao se od 18 pitanja, posebno sastavljenih za anketu, od kojih je na jedno pitanje bila mogućnost višestrukog odgovora. Na ostala pitanja bilo je moguće odgovoriti na skali od 1 do 5, odnosno na Likertovoj skali, gdje 1 predstavlja da se sudionik uopće ne slaže s tvrdnjom, a 5 da se sudionik u potpunosti slaže s tvrdnjom.

3.5. Metode prikupljanja podataka i obrada podataka

Anketa je napravljena u online obliku pomoću platforme Google Forms. Poveznica je podijeljena Facebook grupe studenata sestrinstva Sveučilišta Sjever. Anketa je provedena od 7. ožujka do 31. ožujka 2022. odnosno 24 dana. Dobiveni rezultati prikazani su cjelovitim brojem i postotkom, odnosno metodama deskriptivne statistike. Podaci su prikazani brojčano, grafički, te tablično.

4.Rezultati

U tablici je prikazana distribucija sudionika prema spolu i dobi. (Tablica 4.1.)

Sociodemografski podaci		N	%
Spol	Ženski	107	69,5%
	Muški	47	30,5%
	Ukupno	154	100%
Dob	18-25	95	61,7%
	26-32	37	24%
	33-39	13	8,4%
	40-46	7	4,5%
	47-53	2	1,4%
	Ukupno	154	100%

Tablica 4. 1. Prikaz sociodemografskih podataka- spol i dob

Izvor: Autor J.T.S.

U istraživanju provedenom na studentima sestrinstva na Sveučilištu Sjever, sudjelovalo je ukupno 154 sudionika. Od toga je 107 (69,5%) sudionika bilo ženskog spola, a 47 (30,5%) sudionika bilo je muškog spola. S obzirom na dob sudionici su mogli izabrati jedan od ponuđenih pet razreda. Ograničenje godina bilo je postavljeno od 18 do 53 godine. Najveći udio sudionika, čak 95 (61,7%) spada u skupinu od 18 do 25 godina starosti. Nadalje 37 (24%) sudionika spada u kategoriju od 26 do 32 godine starosti; 13 (8,4%) osoba je starosti od 33 do 39 godina. U skupini od 40 do 46 godina starosti je 7 (4,5%) sudionika. Najmanje sudionika je bilo u skupini od 47 do 53 godine; samo 2 (1,4%) sudionika.

U Tablici 4.2. prikazani su podaci o godini studija koju trenutno pohađaju studenti sestrinstva na Sveučilištu Sjever.

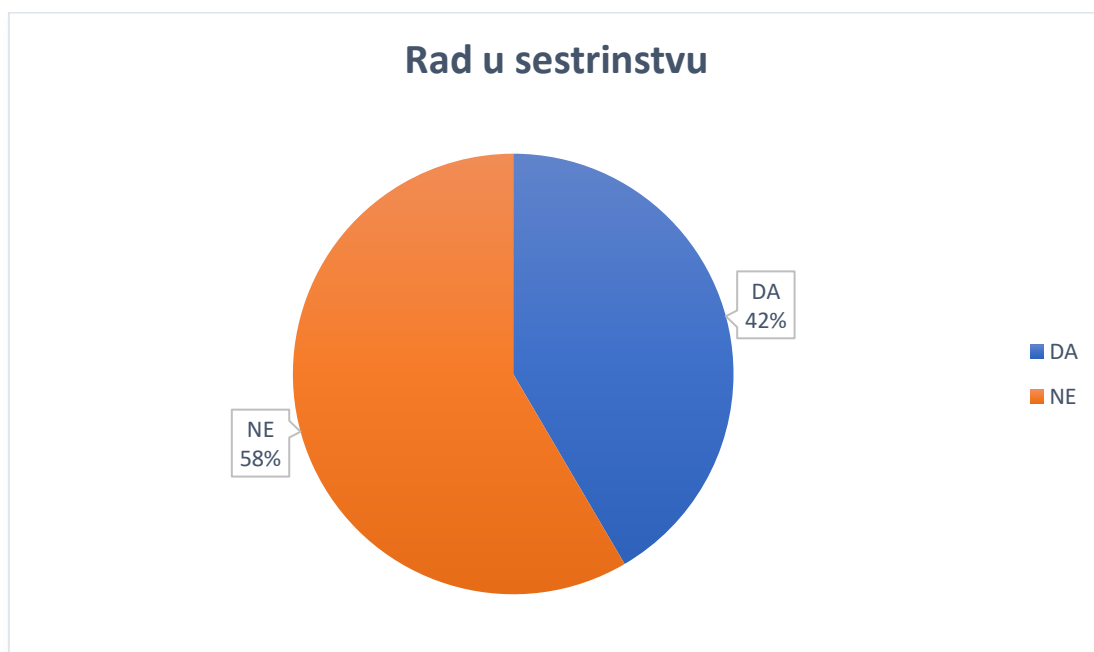
Sveučilište Sjever	Godina studija	N	%
Preddiplomski stručni studij sestrinstvo	1.godina	28	18,2%
	2.godina	50	32,5%
	3.godina	53	34,4%
	Podtotal:	131	85,06%
Diplomski sveučilišni studij sestrinstva	1.godina	13	8,4%
	2.godina	10	6,5%
	Podtotal:	23	14,94%
Ukupno:		154	100%

Tablica 4. 2. Prikaz godina studija koju sudionici pohađaju

Izvor: Autor J.T.S.

Na pitanje koju godinu studija trenutno pohađaju 53 (34,4%) sudionika odgovorilo je da pohađa treću godinu preddiplomskog stručnog studija sestrinstva, što je ujedno i najbrojnija kategorija. Nadalje, 50 (32,5%) osoba je odgovorilo da pohađa drugu godinu preddiplomskog studija sestrinstva; 28 (18,2%) sudionika pohađa prvu godinu preddiplomskog studija sestrinstva. Sveukupno s preddiplomskog studija bilo je 131 sudionik odnosno 85,06% sudionika. U istraživanju je sudjelovalo 13 (8,4%) sudionika sa prve godine diplomskog studija sestrinstva. Najmanje je osoba sudjelovalo s druge godine diplomskog studija sestrinstva; 10 (6,5%). Ukupno s diplomskog studija sestrinstva sudjelovalo je 23 osobe odnosno 14,94%.

Distribucija studenata sestrištva prema zaposlenosti u ustanovama kao medicinski tehničar/ka prikazana je grafički.(Grafikon 4.1.)



Grafikon 4. 1. Distribucija sudionika prema zaposlenosti u sestrištvu

Izvor: Autor J.T.S.

Na pitanje rade li trenutno kao zdravstveni djelatnici 90 (58,4%) sudionika odgovorilo je da ne radi kao zdravstveni djelatnik. Potvrdno je odgovorilo 64 (41,6%) studenata sestrištva; da trenutno rade kao zdravstveni djelatnici.

Podaci prikazani u Tablici 4.3., prikazuju distribuciju sudionika prema zadovoljstvu vlastitim izgledom i tjelesnom težinom, na Likertovoj skali. Također, prikazuju distribuciju indeksa tjelesne mase kod sudionika u istraživanju, kao i zadovoljstvo prehrambenim navikama kod sudionika prikazano na Likertovoj skali od 1 do 5.

	x	N	%
Zadovoljstvo vlastitim izgledom i TT	1	6	3,9%
	2	23	14,9%
	3	46	29,9%
	4	56	36,4%
	5	23	14,9%
Ukupno:		154	100%
BMI indeks	<18,5kg/m ²	11	7,1%
	18,5-24,9kg/m ²	85	55,2%
	25-29,9kg/m ²	43	27,9%
	30-34,9kg/m ²	14	9,2%
	>35kg/m ²	1	0,6%
Ukupno:		154	100%
Zadovoljstvo vlastitim prehrambenim navikama	1	15	9,7%
	2	35	22,8%
	3	47	30,5%
	4	38	24,7%
	5	19	12,3%
Ukupno:		154	100%

Tablica 4. 3. Prikaz distribucija o vlastitoj tjelesnoj težini i zadovoljstvu izgledom i prehranom

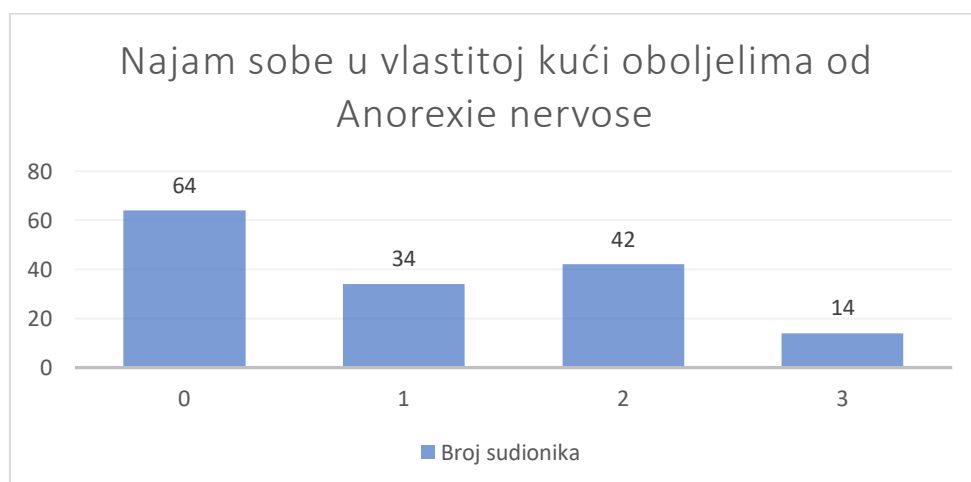
Izvor: Autor J.T.S.

Na pitanje jesu li zadovoljni s vlastitim izgledom tijela i tjelesnom težinom sudionici su mogli odgovoriti na Likertovoj skali od 1 do 5, s time da 1 označava da se nimalo ne slažu s tvrdnjom, a 5 da se u potpunosti slažu s tvrdnjom. Smatra se da sudionici koji su svoj vlastiti izgled ocijenili s 4 ili 5, iskazuju zadovoljstvo svojim izgledom i tjelesnom težinom. Najviše sudionika je odgovorilo sa ocjenom 4; 56 (36,4%) sudionika, na drugom mjestu su sudionici koji su svoj izgled i tjelesnu težinu ocijenili s 3; 46 (29,9%) sudionika. Na trećem mjestu nalaze se sudionici koji su odgovorili na ovo pitanje s 3 i 5, oba odgovora imaju 23 (14,9%) sudionika. Na posljednjem mjestu nalaze se sudionici koji su na ovo pitanje odgovorili s 1 odnosno da su nezadovoljni sa svojim izgledom tijela i tjelesnom težinom; 6 (3,9%) sudionika. Sljedeće pitanje bilo je pitanje vezano za indeks tjelesne mase, odnosno sudionici su trebali odabrati od

ponuđenih odgovora koji je njihov indeks tjelesne mase. Najviše sudionika; 85 (55,2%) je odgovorilo da je njihov BMI indeks u rasponu od 18,5-24,9kg/m², odnosno da spadaju u rang normalne tjelesne težine. Na drugom mjestu se nalaze sudionici koji su odgovorili da je njihov BMI indeks u rasponu od 25-29,9kg/m²; 43 (27,9%) sudionika. 14 (9,2%) sudionika je odgovorilo da je njihov BMI indeks u rasponu od 30-34,9kg/m². Na četvrtom mjestu je 11 (7,1%) sudionika koji su odgovorili da je njihov BMI indeks manji od 18,5kg/m², odnosno spadaju u skupinu pothranjenih osoba. Najmanje ljudi, odnosno samo jedna osoba (0,6%) odgovorila je da ima BMI indeks veći od 35kg/m², odnosno da spada u skupinu veoma pretilih osoba. Posljednje pitanje u prvom dijelu upitnika bilo je smatraju li sudionici da su njihove prehrambene navike dobre, to jest misle li da imaju dovoljan broj obroka, zdravu prehranu, dovoljan unos kalorija i piju li dovoljno tekućine dnevno. Najveći udio sudionika odgovorio je na ovo pitanje s ocjenom 3; 47 (30,5%). Nadalje, 38 (24,7%) osoba odgovorilo je sa ocjenom 4, a 35 (22,8%) osoba odgovorilo je sa ocjenom 2. Samo 19 (12,3%) osoba je odgovorilo s ocjenom 5, odnosno da se slažu u potpunosti da su njihove prehrambene navike dobre, a najmanje osoba je odgovorilo na ovo pitanje s 1; 15 (9,7%) sudionika.

4.1. Social distance scale (SDS scale)

Social distance scale sastoji se od sedam pitanja, na koje su sudionici trebali odgovoriti s ocjenama od 0 do 3; s time da 0 označava da su sudionici definitivno voljni, 1 da će vjerojatno biti voljni, 2 da vjerojatno neće biti voljni i 3 da definitivno nisu voljni. Podaci o spremnosti sudionika na najma sobe u svojoj kući osobama s AN su prikazani grafički (Grafikon 4.1.1).

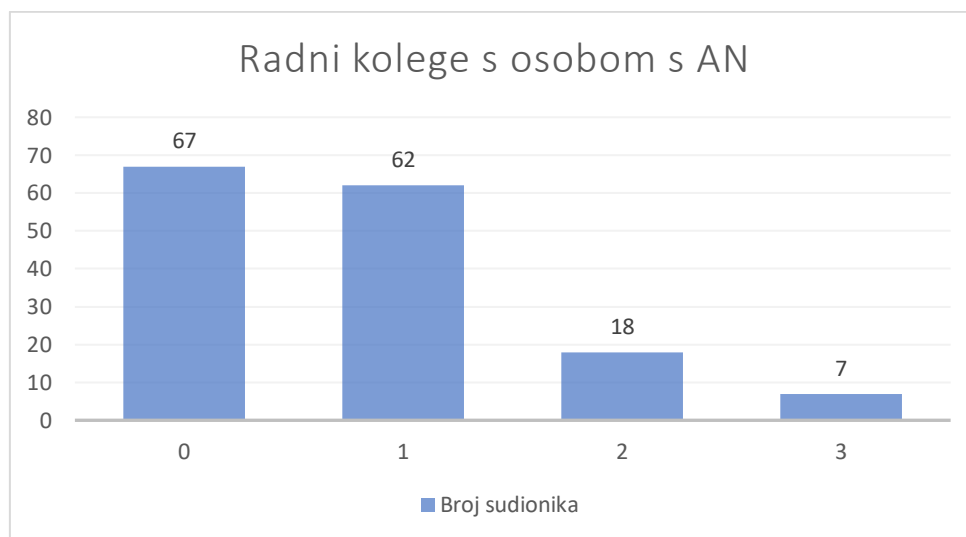


Grafikon 4.1. 1. Najam sobe u vlastitoj kući oboljelima od AN

Izvor: Autor J.T.S.

Prvo pitanje odnosilo se na to kako bi se sudionici osjećali kada bi trebali iznajmiti sobu i svojoj kući nekome tko boluje od Anorexie nervose. Najveći dio sudionika; njih 64 (41,6%), ocijenilo je ovo pitanje s 0, odnosno da su definitivno voljni iznajmiti sobu u svojoj kući nekome tko boluje od AN. Nadalje, 42 (27,3%) sudionika odgovorilo je na ovo pitanje s ocjenom 2, 34 (22,1%) sudionika odgovorilo je s ocjenom 1 i najmanje sudionika, odnosno 14 (9,1%) sudionika odgovorilo je s 3, odnosno da definitivno nisu voljni iznajmiti sobu oboljelom od AN.

Podatci o distribuciji spremnosti sudionika da budu radni kolege s osobom s AN su prikazani grafički u Grafikonu 4.1.2.

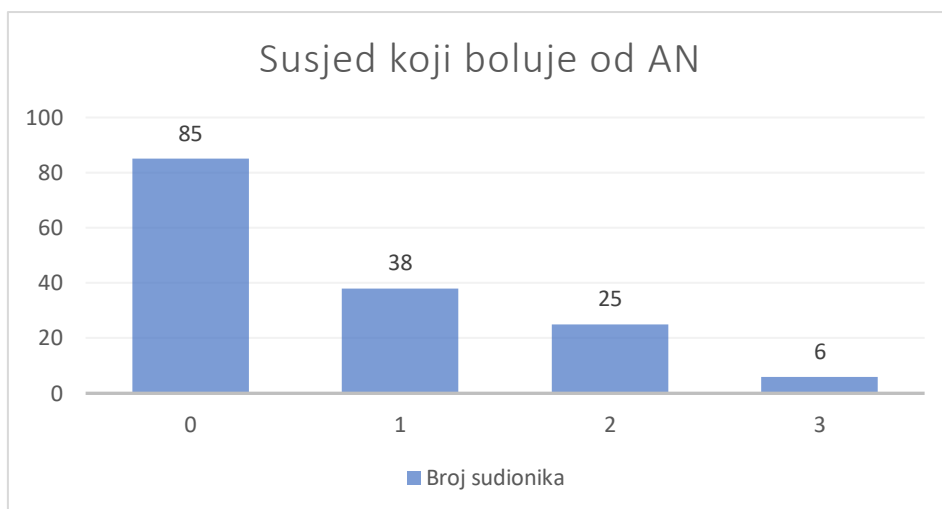


Grafikon 4.1. 2. Radni kolege s osobom s AN

Izvor: Autor J.T.S.

Drugo pitanje glasilo je bi li sudionici bili zadovoljni da netko s Anorexiom nervosom bude njihov radni kolega. Najveći broj sudionika odgovorio je na ovo pitanje s ocjenom 0, odnosno 67(43,5%) sudionika definitivno podržavaju da njihov radni kolega ima AN. Ocjenu 1, dalo je 62(40,3%) sudionika, dok je ocjenu 2 dalo 18(11,7%) sudionika. Najmanje sudionika dalo je ocjenu 3; 7(4,5%) osoba nije nimalo zadovoljno da im radni kolega boluje od AN.

Podaci o distribuciji sudionika prema tome bi li mogli podnijeti da njihov susjed ima AN prikazani grafički u Grafikonu 4.1.3.

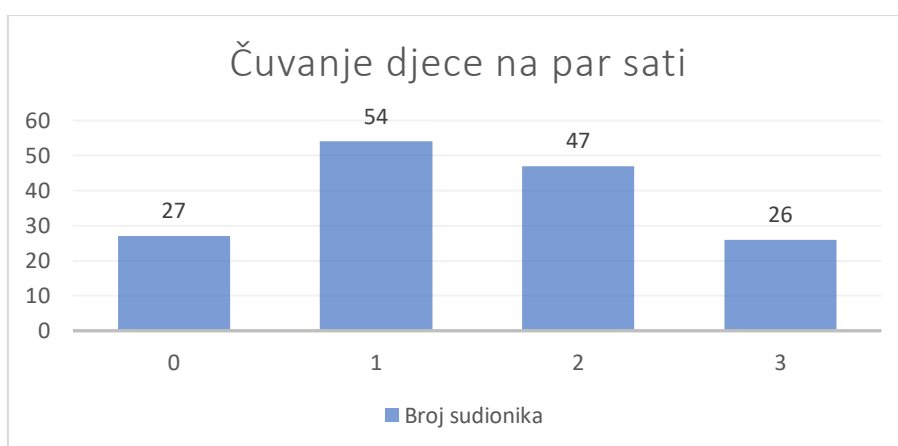


Grafikon 4.1. 3. *Susjed koji boluje od AN*

Izvor: Autor J.T.S.

Treće pitanje glasillo je bi li sudionici mogli podnijeti da im susjed ima AN. Najviše sudionika odgovorilo je sa ocjenom 0; 85(55,2%) osoba. Na drugom mjestu su osobe koje su odgovorile s 1 sa 38(24,7%) glasova. Nadalje, 25(16,2%) osoba je odgovorilo sa ocjenom 2, dok je najmanje osoba odgovorilo s ocjenom 3, samo 6(3,9%) sudionika.

Podaci o voljnosti sudionika da osoba s AN čuva njihovo dijete na par sati su prikazani grafički u Grafikonu 4.1.4.

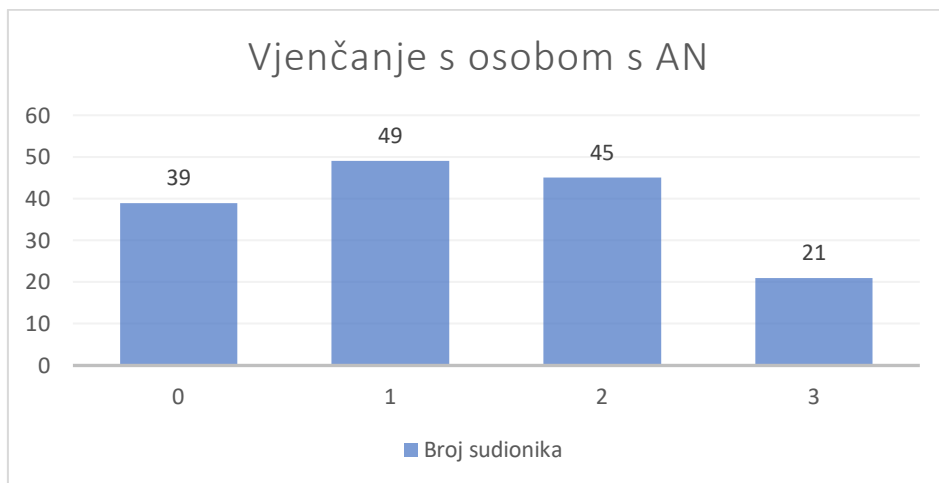


Grafikon 4.1. 4. *Čuvanje djece na par sati*

Izvor: Autor J.T.S.

Četvrto pitanje odnosilo se na to bi li sudionici mogli prepustiti čuvanje djece na par sati osobi s AN. Najviše sudionika odgovorilo je na ovo pitanje s ocjenom 1; 54(35,1%) osoba. Na drugom mjestu se nalaze sudionici koji su odgovorili na ovo pitanje s ocjenom 2; 47(30,5%) osoba. Na trećem mjestu se nalaze osobe koje su na ovo pitanje odgovorile s 0, njih 27(17,5%). Na posljednjem mjestu nalaze se osobe koje su odgovorile na ovo pitanje s ocjenom 3; 26(16,9%) sudionika.

Podaci o voljnosti sudionika da se njihovo dijete vjenča sa osobom s AN su prikazani grafički u Grafikonu 4.1.5.

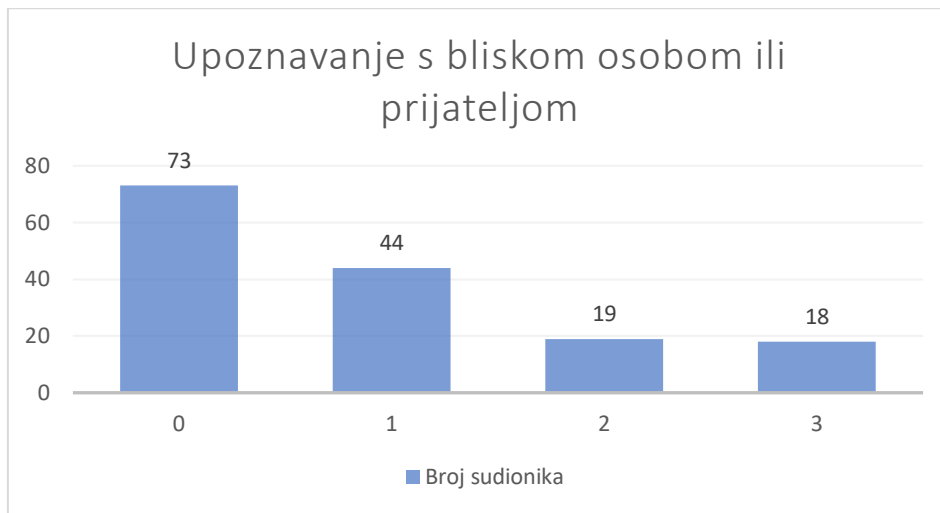


Grafikon 4.1. 5. Vjenčanje s osobom s AN

Izvor: Autor J.T.S.

Peto pitanje glasilo je bi li sudionici mogli podnijeti da se njihovo dijete udaje ili oženi za osobu s anorexiom nervosom. Najveći udio sudionika odgovorio je na ovo pitanje s ocjenom 1, njih 49(31,8%). Na drugom mjestu su osobe koje su na ovo pitanje odgovorile s ocjenom 2; 45(29,2%). Na trećem mjestu su osobe koje su na ovo pitanje odgovorile s ocjenom 0; 39(25,3%) sudionika. Na posljednjem mjestu nalaze se osobe koje su ona ovo pitanje odgovorile s ocjenom 3; 21(13,6%) sudionika.

Distribucija broja sudionika o činjenici bi li mogli upoznati osobu s AN s nekim bliskim ili prijateljem prikazana je u Grafikonu 4.1.6.

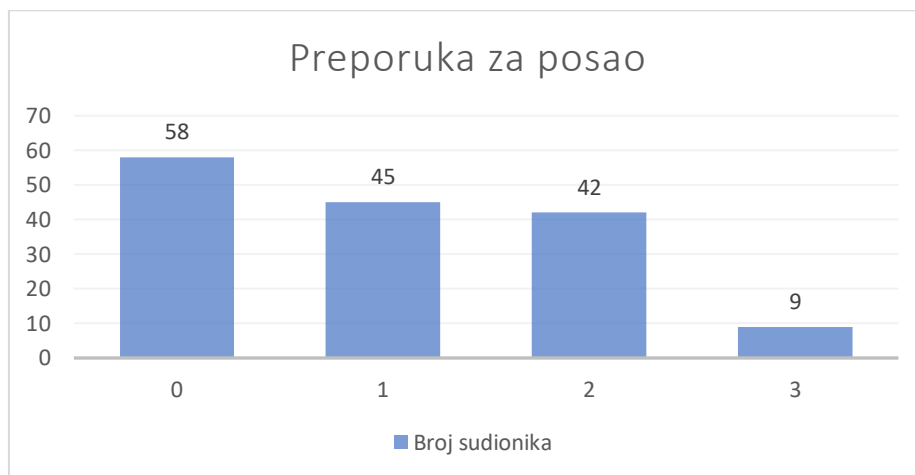


Grafikon 4.1. 6. *Upoznavanje s bliskom osobom ili prijateljom*

Izvor: Autor J.T.S.

Šesto pitanje glasilo je bi li sudionici mogli upoznati osobu s AN s nekim s kime su bliski ili u prijateljskom odnosu. Najviše sudionika; 73(47,4%) odgovorilo je s ocjenom 0. Na drugom mjestu su osobe koje su odgovorile na ovo pitanje s ocjenom 1; 44(28,6%). Na trećem i četvrtom mjestu su osobe koje su na ovo pitanje odgovorile s ocjenom 2; 19(12,3%) i 3; 18(11,7%).

Podaci o broju sudionika prema spremnosti za preporuku za posao osobama s AN su prikazani grafički u Grafikonu 4.1.7.



Grafikon 4.1. 7. *Preporuka za posao*

Izvor: Autor J.T.S.

Posljednje pitanje u SDS scale upitniku, bilo je bi li sudionici mogli preporučiti osobu s anorexiom nervosom prijatelju koji traži zaposlenike. Najveći udio sudionika bi definitivno preporučilo osobu s anorexiom; 58(37,7%) sudionika koji su odgovorili na ovo pitanje s ocjenom

0. Na drugom mjestu su osobe koje su na ovo pitanje odgovorile s ocjenom 1; 45(29,2%). Osobe koje su na ovo pitanje odgovorile s 2; 42(27,3%). Na posljednjem mjestu nalaze se osobe koje su na ovo pitanje odgovorile s ocjenom 3; 9(5,8%), odnosno da definitivno ne bi preporučili osobu a AN prijatelju koji traži zaposlenika.

Presjek rezultata dobivenih putem SDS upitnika, nalazi se prikazan u Tablici 4.1.1.

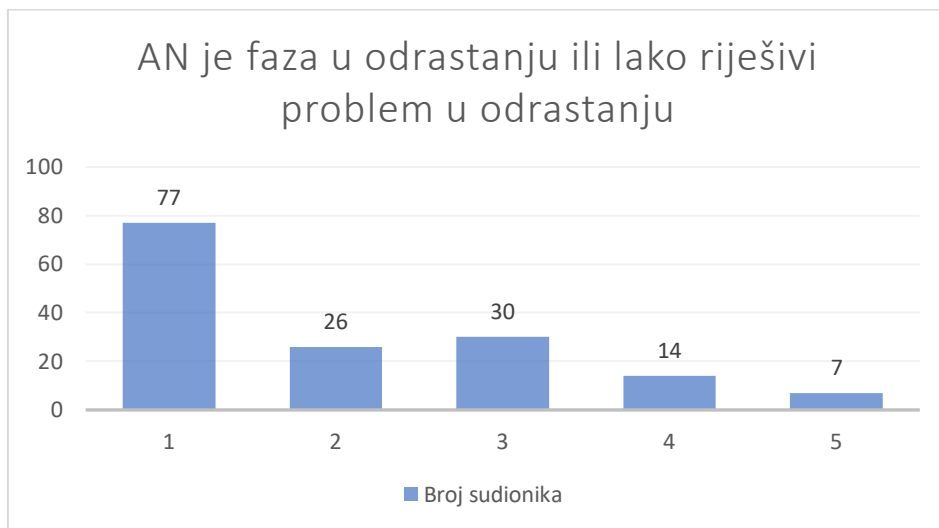
Pitanje	Broj sudionika (max.)	%	Score
1. Kako biste se osjećali kada bi trebali iznajmiti sobu u svojoj kući nekome tko boluje od anorexie nervose?	64	41,6%	0
2. Biste li bili zadovoljni da netko sa anorexiom nervosom bude Vaš radni kolega?	67	43,5%	0
3. Biste li mogli podnijeti imati susjeda koji boluje od anorexie nervose?	85	55,2%	0
4. Biste li mogli podnijeti imati osobu s anorexiom nervosom kao osobu koja čuva Vašu djecu na par sati?	54	35,1%	1
5. Biste li mogli podnijeti da se Vaše dijete oženi ili uda za osobu s anorexiom nervosom?	49	31,8%	1
6. Biste li mogli upoznati osobu s anorexiom nervosom s osobom s kojom ste bliski ili u prijateljskom odnosu?	73	47,4%	0
7. Biste li mogli preporučiti osobu s anorexiom nervosom Vašem prijatelju koji traži zaposlenike?	58	37,7%	0
Ukupno:			2 boda

Tablica 4.1. 1. Presjek rezultata SDS scale

Izvor: Autor J.T.S.

4.2. Činjenice iz literature i internet izvora

Sljedeća pitanja prikupljena su istraživanjem literature i Internet izvora. Na tvrdnju su sudionici trebali odgovoriti na Likertovoj skali od 1 do 5, s time da je 1, da se uopće ne slažu s tvrdnjom, a 5 da se definitivno slažu s tvrdnjom. Podaci o distribuciji sudionika kod tvrdnje da je AN faza u odrastanju ili lako rješivi su prikazani grafički. (Grafikon 4.2.1.)

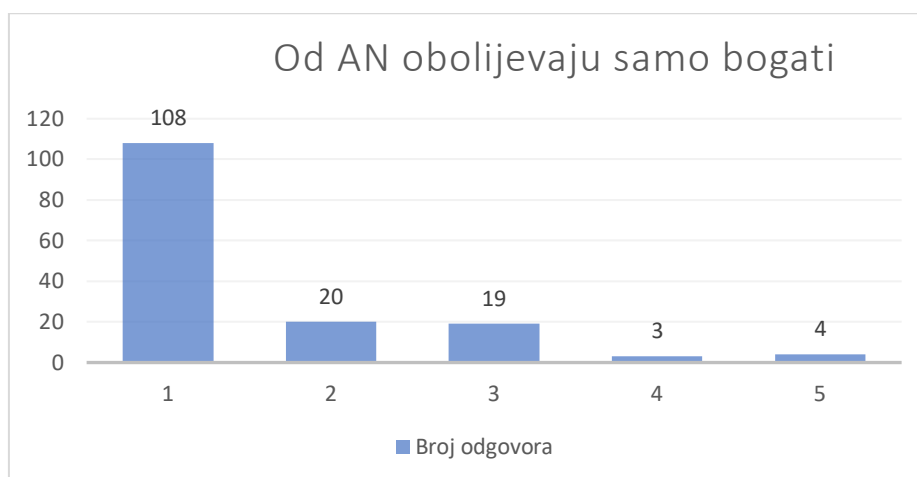


Grafikon 4.2. 1. AN je faza u odrastanju ili lako rješivi problem

Izvor: Autor J.T.S.

Na tvrdnju da je anorexia nervosa samo faza u odrastanju i lako rješiv problem u odrastanju, 77(50%) ispitanika je odgovorilo s ocjenom 1, odnosno da se definitivno ne slažu s tvrdnjom. Nadalje, 30(19,5%) sudionika odgovorilo je s ocjenom 3, a 26(16,9%) sudionika odgovorilo je s ocjenom 2, dok je 14(9,1%) sudionika odgovorilo s ocjenom 4, a samo 7(4,5%) sudionika odgovorilo je na ovu tvrdnju s ocjenom 5, odnosno da se u potpunosti slaže s tvrdnjom.

Podaci o broju sudionika na pitanje da od AN oboljevaju samo bogati, odgovori su bili sljedeći te su prikazani grafički. (Grafikon 4.2.2.)

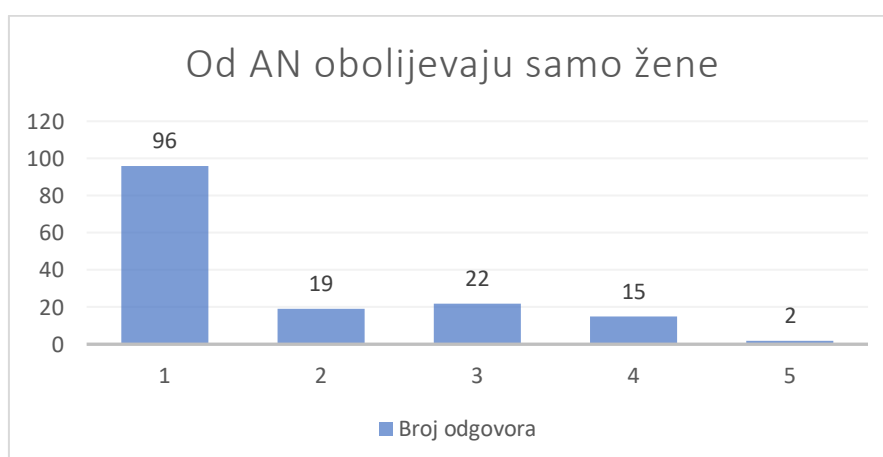


Grafikon 4.2. 2. Od AN oboljevaju samo bogati

Izvor: Autor J.T.S.

Sljedeća tvrdnja glasila je; AN je bolest od koje oboljevaju samo bogati. Najveći broj sudionika na ovo pitanje je odgovorio s ocjenom 1; njih 108(70,1%), odnosno da se definitivno ne slaže s ovom tvrdnjom. Na drugom mjestu su sudionici koji su na ovo pitanje odgovorili s ocjenom 2; 20(13%), na trećem mjestu su osobe koje su ona ovo pitanje odgovorile s ocjenom 3; 19(12,3%). Na četvrtom i petom mjestu su osobe koje su na ovo pitanje odgovorile s ocjenom 5; njih 4(2,6%) sudionika i s ocjenom 4; 3(1,9%) sudionika.

Podaci o distribuciji sudionika na pitanje da od AN oboljevaju samo žene su prikazani grafički.(Grafikon 4.2.3.)

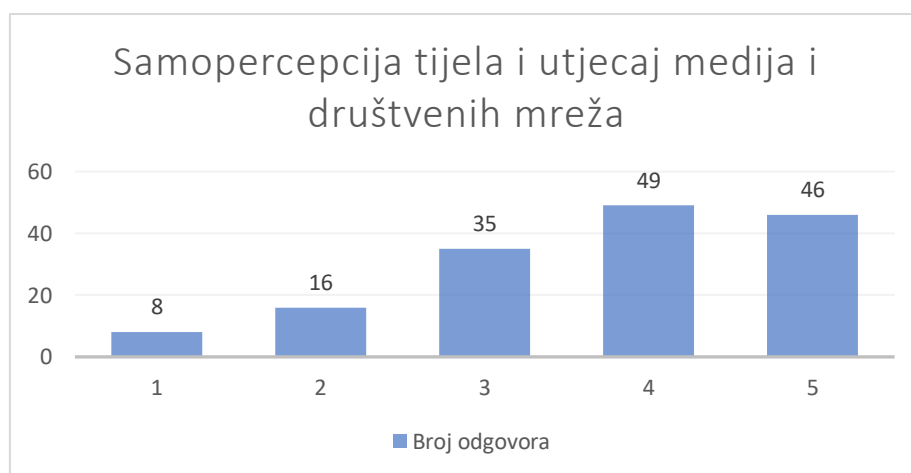


Grafikon 4.2. 3. Od AN oboljevaju samo žene

Izvor: Autor J.T.S.

Sljedeća tvrdnja glasi da od AN oblijevaju samo žene. Na ovo pitanje najviše je sudionika odgovorilo s ocjenom 1; odnosno da se ne slažu uopće s tvrdnjom; njih 96(62,3%). Na drugom mjestu nalaze se osobe koje su ovo pitanje ocijenile s ocjenom 3; 22(14,3%). Na trećem mjestu se nalaze osobe koje su na ovo pitanje odgovorile s ocjenom 2; njih 19(12,3%), dok je na četvrtom mjestu 15(9,7%) sudionika koji su ocijenili ovo pitanje s ocjenom 4. Na posljednjem mjestu su 2(1,3%) sudionika koji su ocijenili ovo pitanje s ocjenom 5; odnosno da se u potpunosti slažu s tvrdnjom.

Podaci na pitanje da samopercepcija tijela i utjecaj medija te društvenih mreža najviše utječu na osobe s AN su prikazani grafički.(Grafikon 4.2.4.)

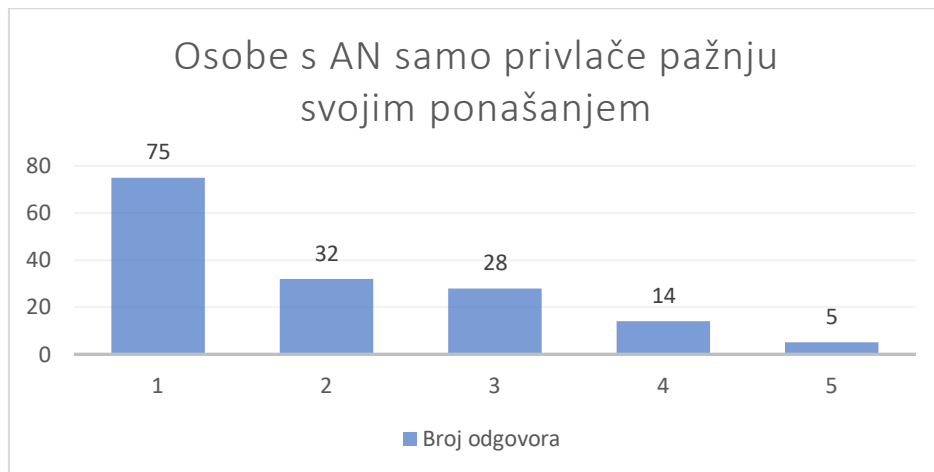


Grafikon 4.2. 4. Samopecepcija tijela i utjecaj društvenih mreža i medija

Izvor: Autor J.T.S.

Na pitanje; kod osoba oboljelih od AN najvažnija je samopercepcija tijela, na koju utječu mediji i društvene mreže, najveći broj sudionika je odgovorilo s ocjenom 4; njih 49(31,8%). Na drugom mjestu su osobe koje su na ovo pitanje odgovorile s ocjenom 5; 46(29,9%) sudionika. Na trećem mjestu su osobe koje su na ovo pitanje odgovorile s ocjenom 3; njih 35(22,7%). Na četvrtom mjestu je 16(10,4%) sudionika koji su odgovorili s ocjenom 2 i na posljednjem mjestu su osobe koje su odgovorile ocjenom 1; njih 8(5,2%).

Podaci broja sudionika na pitanje da osobe s AN samo privlače pažnju svojim ponašanjem su prikazani grafički.(Grafikon 4.2.5.)

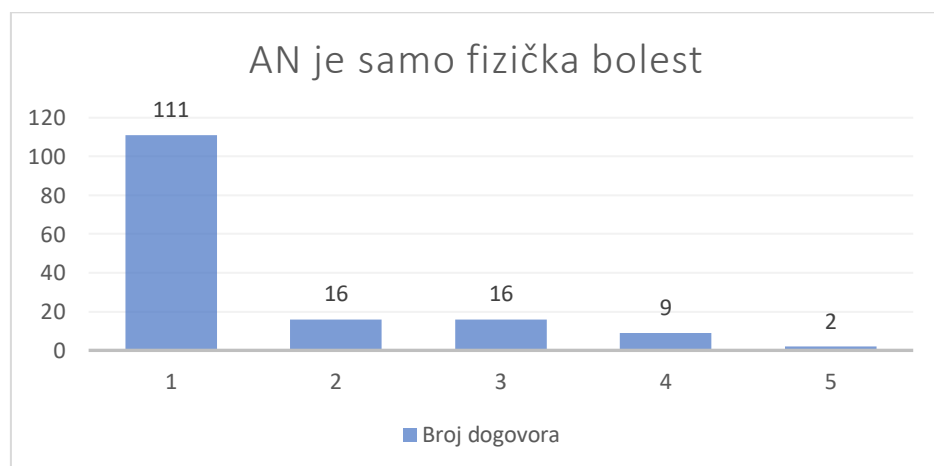


Grafikon 4.2. 5. Osobe s AN samo privlače pažnju svojim ponašanjem

Izvor: Autor J.T.S.

Na pitanje da osobe s AN samo privlače pažnju svojim ponašanjem, najveći broj sudionika je odgovorio s ocjenom 1; odnosno njih 75(48,7%). Na drugom mjestu su osobe koje su odgovorile na ovo pitanje s ocjenom 2; 32(20,8%) sudionika. Na trećem mjestu je 28(18,2%) sudionika s ocjenom 3, nadalje, na s ocjenom 4; 14(9,1%) sudionika. Na zadnjem mjestu je 5(3,2%) sudionika odgovorilo s ocjenom 5, odnosno da se definitivno slažu s tvrdnjom.

Podaci na pitanje da je AN samo fizička bolest su prikazani grafički.(Grafikon 4.2.6.).



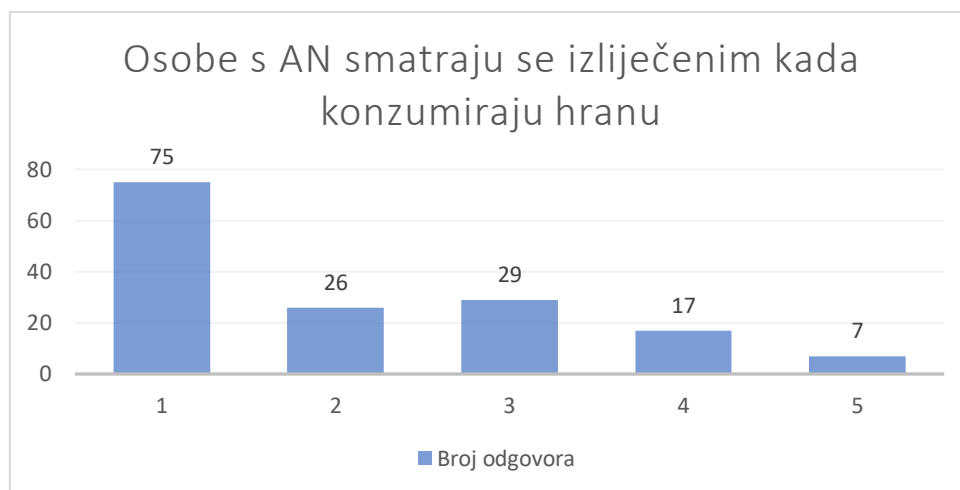
Grafikon 4.2. 6. AN je samo fizička bolest

Izvor: Autor J.T.S.

Na pitanje da je AN samo fizička bolest, odgovori su bili sljedeći; Najviše sudionika odgovorilo je ocjenom 1, da se definitivno ne slažu s tvrdnjom; njih 111(72,1%). Nadalje, 16(10,4%) sudionika odgovorilo je i s ocjenom 2 i s ocjenom 3. Samo 9(5,8%) ispitanika

odgovorilo je ocjenom 4, dok su 2(1,3%) ispitanika odgovorili s ocjenom 5, odnosno da se definitivno slažu s tvrdnjom.

Podaci o distribuciji sudionika na pitanje; smatraju li se osobe s AN izliječenim kada konzumiraju hranu su prikazani grafički.(Grafikon 4.2.7.)

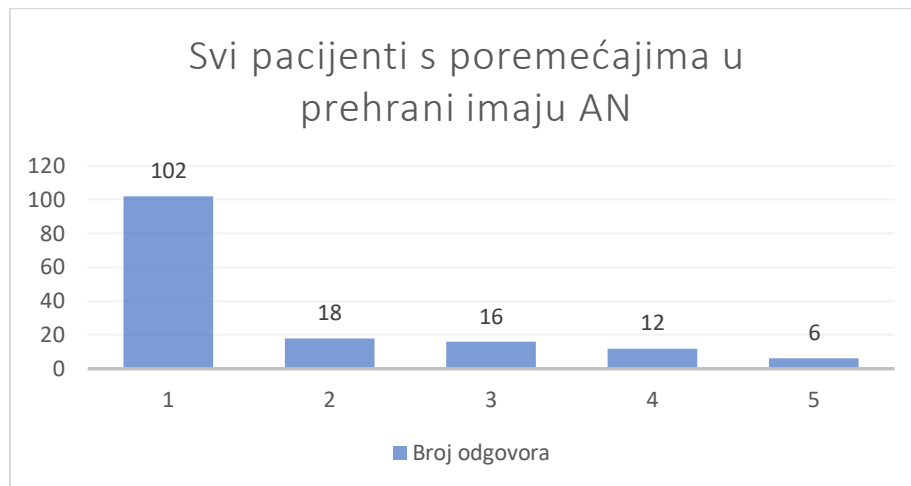


Grafikon 4.2. 7. Konzumacijom hrane osobe s AN se smatraju izliječene

Izvor: Autor J.T.S.

Sljedeća tvrdnja glasila je da se osobe s AN smatraju izliječenim kada konzumiraju hranu. Najveći udio sudionika odgovorio je na ovo pitanje s ocjenom 1; 75(48,7%), nadalje s ocjenom 3; 29(18,8%), zatim s ocjenom 2; 26(16,9%) sudionika. Na četvrtom mjestu su sudionici koji su odgovorili s ocjenom 4; 17(11%) i na posljednjem mjestu su sudionici koji su odgovorili s ocjenom 5; njih 7(4,5%).

Podaci o tvrdnji da svi pacijenti s poremećajima u prehrani imaju AN su prikazani grafički.(Grafikon 4.2.8.)



Grafikon 4.2. 8. Svi pacijenti s poremećajima u prehrani imaju AN

Izvor: Autor J.T.S.

Na tvrdnju, da svi pacijenti koji se bore s poremećajima u prehrani imaju AN, najveći udio sudionika je odgovorio ocjenom 1; njih 102(66,2%). Nadalje, sudionici koji su odgovorili na ovo pitanje s ocjenom 2; 18(11,7%), ocjenom 3; 16(10,4%), ocjenom 4; 12(7,8%) i na posljednjem mjestu ocjenom 5; 6(3,9%) sudionika.

Podaci o distribuciji sudionika na pitanje da se osobe s AN prepoznaju jer su jako mršave su prikazani grafički.(Grafikon 4.2.9.)



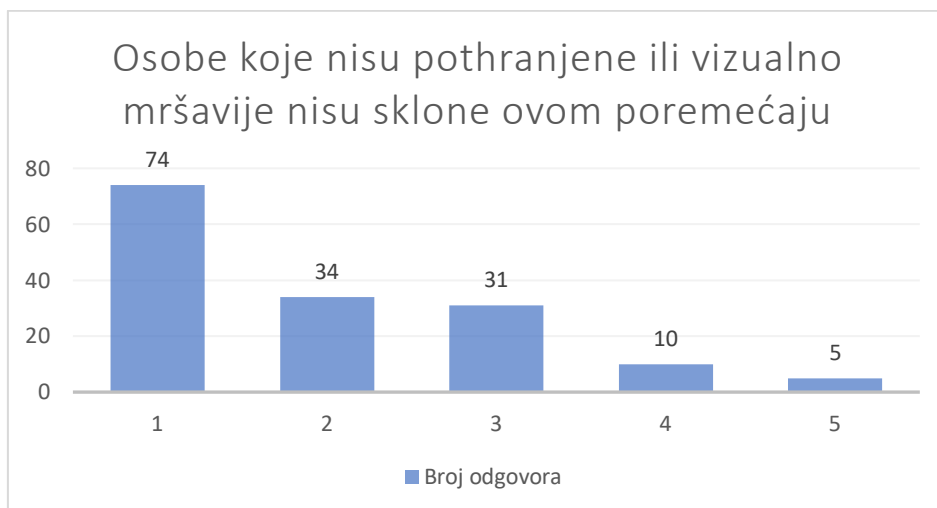
Grafikon 4.2. 9. Osobe s AN se odmah prepoznaju iz razloga što su jako mršave

Izvor: Autor J.T.S.

Na tvrdnju da se odmah prepoznaje kada osoba ima AN iz razloga što je jako mršava, najveći broj sudionika odgovorio je s ocjenom 1; njih 62(40,3%), zatim s ocjenom 2; 34(22,1%),

ocjenom 3; 30(19,5%), ocjenom 4; 23(14,9%). Na posljednjem mjestu su osobe koje su na ovo odgovorile ocjenom 5; 5(3,2%).

Podaci o broju sudionika na pitanje da osobe koje nisu pothranjene ili vizualno mršavije nisu sklone AN su prikazani grafički. (Grafikon 4.2.10.)

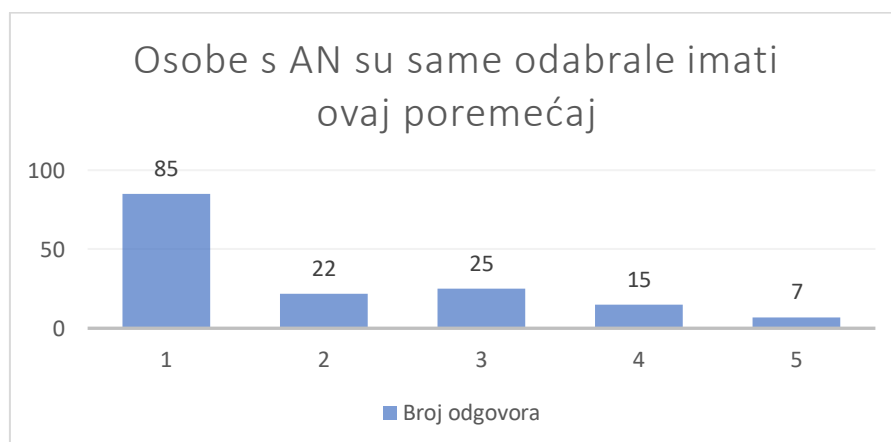


Grafikon 4.2. 10. Osobe koje nisu pothranjene ili vizualno mršavije nisu sklone ovom poremećaju

Izvor: Autor J.T.S.

Osobe koje nisu pothranjene ili vizualno mršavije nisu sklone ovom poremećaju, tako je glasilo sljedeće pitanje. Najviše odgovora; 74(48,1%) sudionika dalo je ocjenu 1, zatim je 34(22,1%) dalo ocjenu 2, 31(20,1%) je dalo ocjenu 3. Ocjenu 4, dalo je 10(6,5%) sudionika, a na posljednjem mjestu su sudionici koji su na ovo pitanje odgovorili s ocjenom 5; 5(3,2%).

Podaci o tvrdnji da su osobe s AN same odabrale imati ovaj poremećaj su prikazani grafički.(Grafikon 4.2.11.)

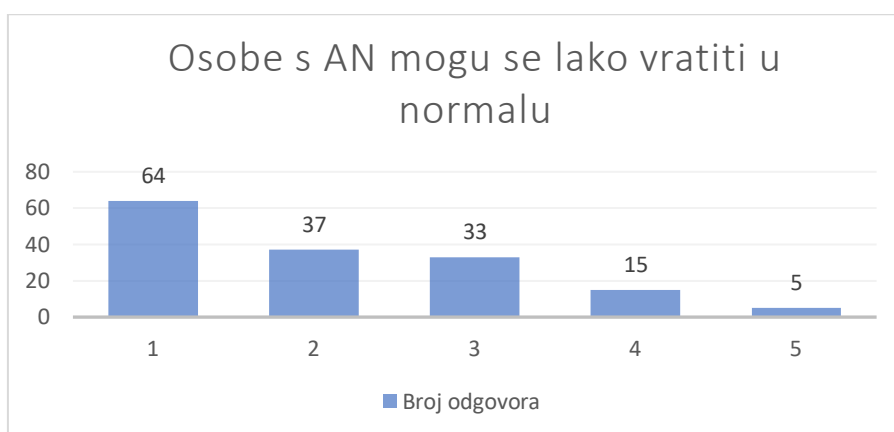


Grafikon 4.2. 11. Osobe s AN same su odabrale imati ovaj poremećaj

Izvor: Autor J.T.S.

Na tvrdnju da su osobe s AN same odabrale imati ovaj poremećaj, najveći udio sudionika je odgovorio ocjenom 1; njih 85(55,2%), odnosno da su uopće ne slaže s tvrdnjom. Nadalje 25(16,2%) sudionika dalo je ocjenu 3, 22(14,3%) dalo je ocjenu 2, 15(9,7%) dalo je ocjenu 4 i 7(4,5%) sudionika dalo je ocjenu 5, odnosno slaže su u potpunosti s tvrdnjom.

Podaci o distribuciji sudionika na pitanje da se osobe s AN lako mogu vratiti u normalu su prikazani grafički(Grafikon 4.2.12.)

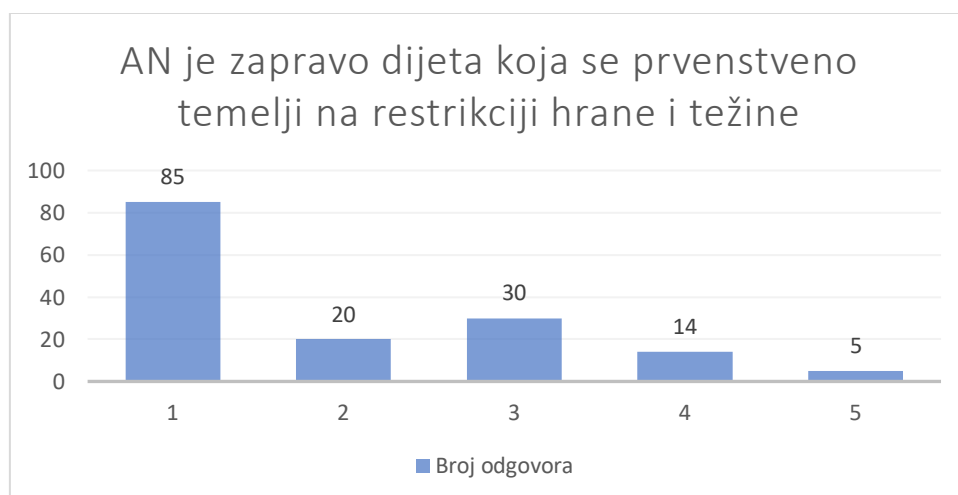


Grafikon 4.2. 12. Osobe s AN mogu se lako vratiti u normalu

Izvor: Autor J.T.S.

Na tvrdnju; da se osobe s AN mogu lako vratiti u normalu, najviše sudionika dogovorilo je ocjenom 1; 64(41,6%), dalje 37(24%) odgovorilo je ocjenom 2, 33(21,4%) odgovorilo je ocjenom 3, 15(9,7%) odgovorilo je ocjenom 4 i na posljednjem mjestu su osobe koje su na ovu tvrdnju dale ocjenu 5; njih 5(3,2%).

Podaci o distribuciji na sljedeće pitanje su prikazani grafički (Grafikon 4.2.13.).

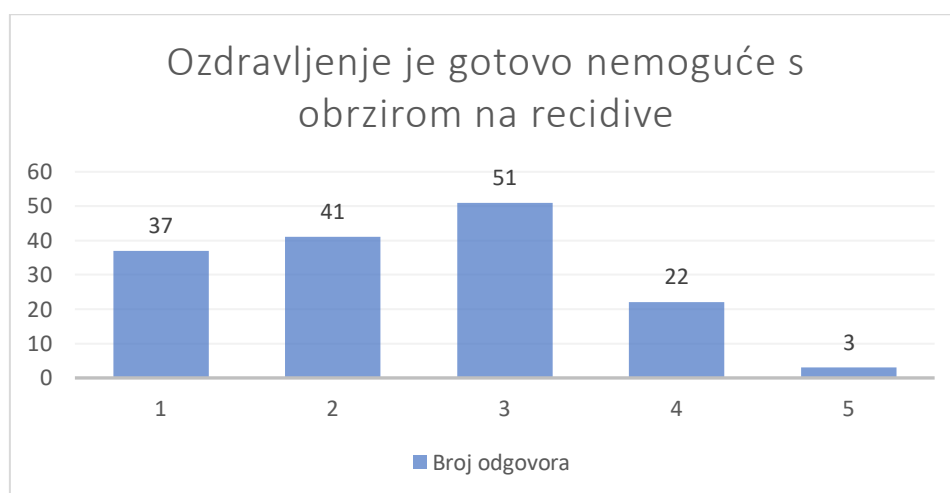


Grafikon 4.2. 13. AN je zapravo dijeta koja se prvenstveno temelji na restrikciji hrane i težine

Izvor: Autor J.T.S.

Na tvrdnju; da je AN zapravo dijeta koja se prvenstveno temelji na restrikciji hrane i težine , najveći broj sudionika odgovorio je ocjenom 1; odnosno da se uopće ne slaže s tvrdnjom, 85(55,2%), dalje 30(19,5%) odgovorilo je ocjenom 3, 20(13%) odgovorilo je ocjenom 2, 14(9,1%) ocjenom 4 i 5(3,2%) ocjenom 5.

Podaci distribuciji odgovora na pitanje da je ozdravljenje gotovo nemoguće kod AN su prikazani grafički (Grafikon 4.2.14.).

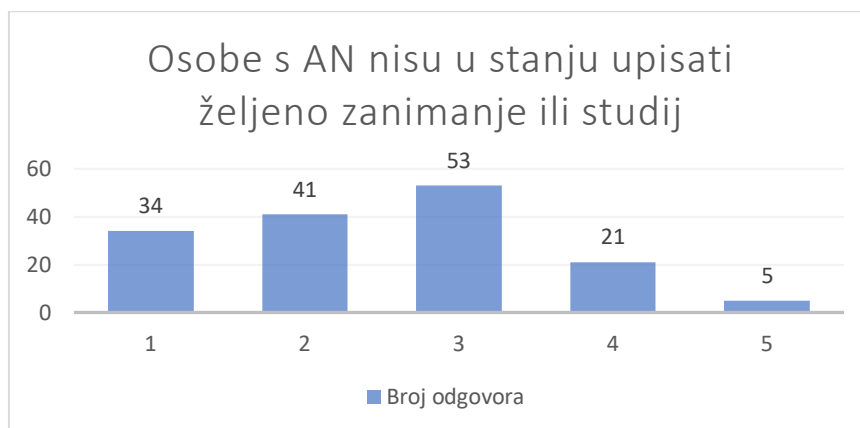


Grafikon 4.2. 14. Ozdravljenje je gotovo nemoguće s obzirom na recidive

Izvor: Autor J.T.S.

Sljedeća tvrdnja bila je da je ozdravljenje gotovo nemoguće s obzirom na česte recidive. Najviše odgovora je bilo s ocjenom 3; njih 51(33,1%). Nadalje odgovora s ocjenom 2; 41(26,6%), odgovora s ocjenom 1; 37(24%), odgovora s ocjenom 4, 22(14,3%) i na posljednjem mjestu su osobe koje su na ovo pitanje odgovorile s ocjenom 5; 3(1,9%) sudionika.

Podaci o pitanju da osobe s AN ne mogu upisati željeni studij ili zanimanje su prikazani grafički (Grafikon 4.2.15.)

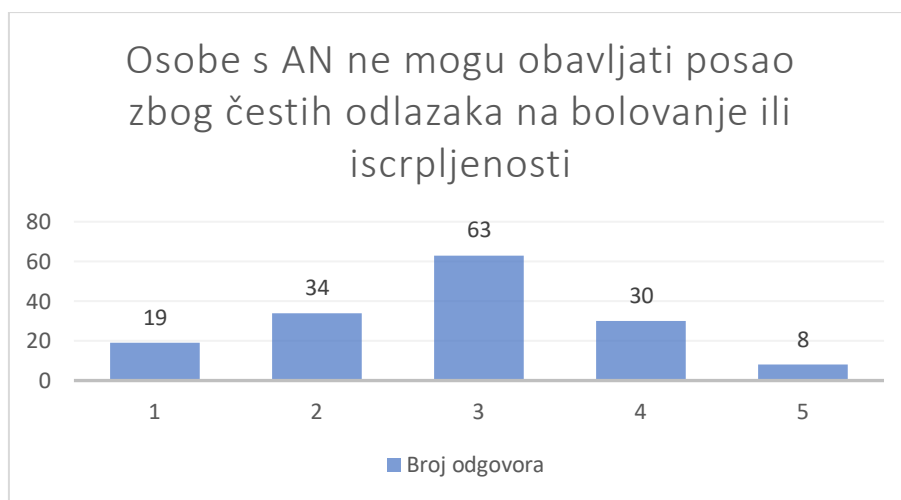


Grafikon 4.2. 15. Osobe s AN nisu u stanju upisati željeno zanimanje ili studij

Izvor: Autor J.T.S.

Sljedeća tvrdnja bila je da osobe s AN nisu u stanju upisati željeno zanimanje ili studij zbog prepreka koje uzrokuje njen poremećaj. Najviše sudionika odgovorilo je na ovo pitanje s ocjenom 3; 53(34,4%). Nadalje s ocjenom 2; 41(26,6%), s ocjenom 1 ; 34(22,1%). Na četvrtom mjestu se nalaze osobe koje su odgovorile s ocjenom 4; 21(13,6%) i na posljednjem mjestu osobe koje su na pitanje odgovorile s ocjenom 5; 5(3,2%).

Podaci o broju odgovora na pitanje da osobe s AN ne mogu obavljati posao zbog bolovanja i iscrpljenosti su prikazani grafički (Grafikon 4.2.16).

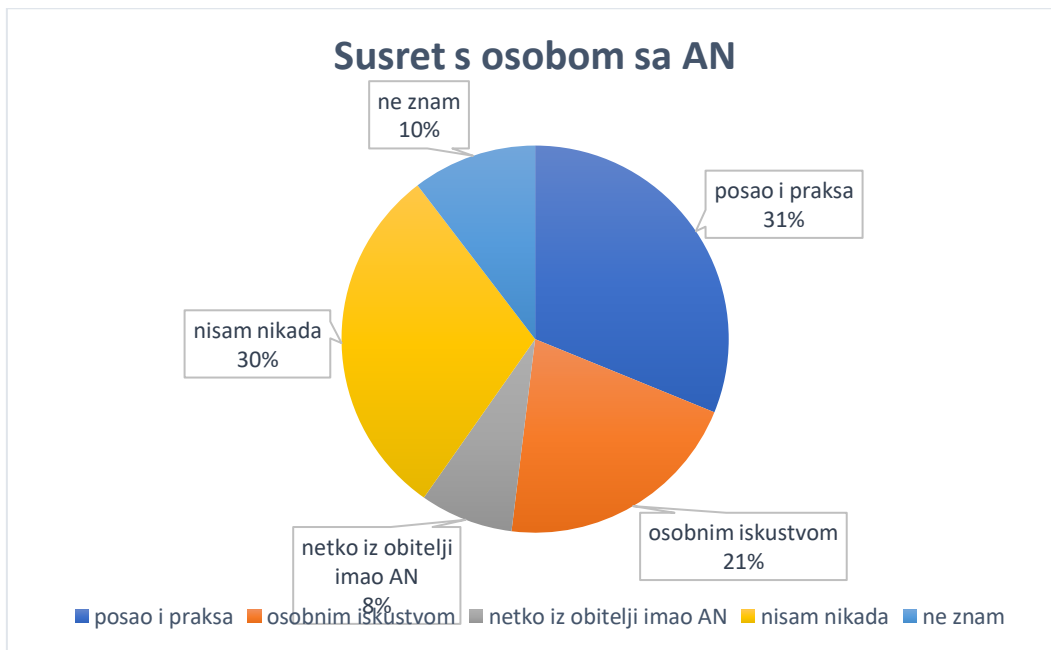


Grafikon 4.2. 16. Osobe s AN ne mogu obavljati posao zbog odlazaka na bolovanje ili iscrpljenosti

Izvor: Autor J.T.S.

Tvrdnja da osoba nije u mogućnosti obavljati posao koji radi zbog učestalih odlazaka na bolovanje ili iscrpljenosti imala je najviše odgovora s ocjenom 3; 63(40,9%), dalje odgovora s ocjenom 2; 34(22,1%), ocjenom 4; 30(19,5%), ocjenom 1; 19(12,3%) i na posljednjem mjestu odgovora s ocjenom 5; 8(5,2%).

Podaci o distribuciji sudionika o susretu s osobama s AN su prikazani grafički (Grafikon.4.2.17.)

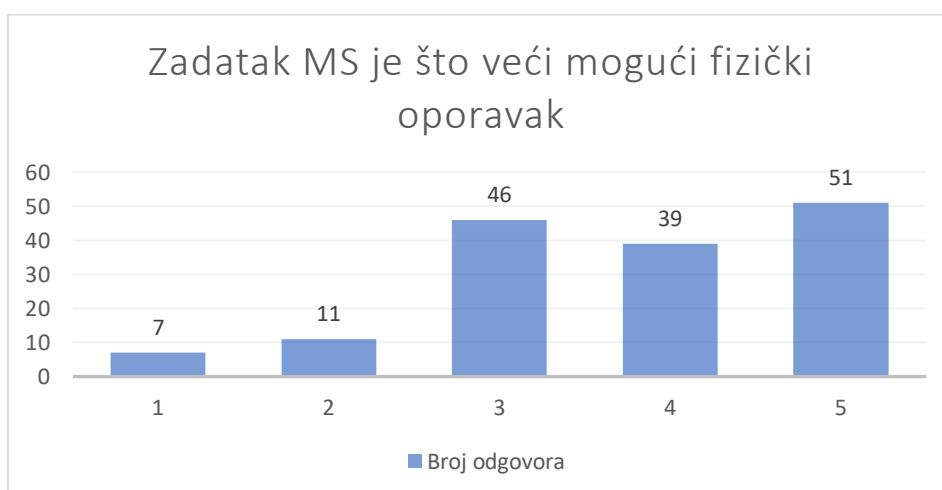


Grafikon 4.2. 17. Susret s osobom s AN

Izvor: Autor J.T.S.

Na pitanje jesu li se sudionici susreli u svojem radu, kliničkoj praksi ili osobnom iskustvu s pacijentima s AN odgovori su bili sljedeći; najviše osoba 48(31,2%) je odgovorilo da su se susreli u okviru posla i prakse. Zatim 46(29,9%) nije nikada susrelo osobu s AN, a 32(20,8%) susrelo je osobu s AN osobnim iskustvom. 16(10,4%) sudionika tvrdi da ne zna je li susrelo osobu s AN, a najmanje sudionika; 12(7,8%), tvrdi da je netko iz obitelji imao AN.

Podaci o odgovorima na tvrdnju da je zadatak medicinskih tehničara što veži fizički oporavak su prikazani grafički(Grafikon 4.2.18.)



Grafikon 4.2. 18. Zadatak MS je što veći mogući fizički oporavak

Izvor: Autor J.T.S.

Posljednje pitanje u anketi bila je tvrdnja; u radu s pacijentima s AN naš zadatak kao medicinskim tehničarima je što veći mogući i fizički oporavak. Na ovo pitanje je najviše sudionika odgovorilo s ocjenom 5; 51(33,1%) odnosno da su u potpunosti slaže s tvrdnjom. Nadalje, 46(29,9%) osoba odgovorilo je ocjenom 3, 39(25,3%) odgovorilo je ocjenom 4, a 11(7,1%) odgovara ocjenom 2 i na posljednjem mjestu se nalaze osobe koje su na ovo pitanje odgovorile ocjenom 1; 7(4,5%) sudionika, odnosno da se uopće ne slažu s tvrdnjom.

5. Analiza rezultata

U istraživanju provedenom na studentima Sveučilišta Sjever, smjera sestrinstvo sudjelovalo je ukupno 154 sudionika. Iz sociodemografskih podataka zaključuje se da je većina sudionika bila ženskog spola, odnosno njih 69,5% (107 sudionica). Nešto manji je bio odaziv muškog spola, samo 30,5% sudionika (47 sudionika). Najučestalija dob sudionika bila je između 18 i 25 godina, sa ukupno 61,7% sudionika odnosno 95 sudionika. Najmanje sudionika bilo je u skupini od 47 do 53 godine, 4,5% (2 sudionika). Najviše sudionika bilo je na preddiplomskom studiju sestrinstva (85,06%), dok je pojedinačno bilo najviše sudionika s treće godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva (53 sudionika, 34,4%), dok je najmanje sudionika bilo s druge godine diplomskog sveučilišnog studija sestrinstva (10 sudionika, 6,5%). Na pitanje rade li trenutno kao zdravstveni djelatnici većina je sudionika odgovorila da ne radi kao zdravstveni djelatnik, njih čak 58,4%. S obzirom na zadovoljstvo vlastitim izgledom možemo zaključiti kako su sudionici relativno zadovoljni svojim izgledom jer je najučestalija ocjena na Likertovoj skali upravo 4 (56 sudionika, 36,4%). Također, 55,2% sudionika ima poželjan BMI indeks, a prehrambene navike ocjenjuju pretežito osrednjim ocjenama (najviše sudionika s ocjenom 3; 30,5%). U istraživanju je korištena Social Distance Scale (SDS) koja se sastojala od 7 pitanja. Na većinu pitanja studenti su imali poželjne odgovore, najviše sudionika je odgovorilo kako im je sasvim u redu iznajmiti sobu osobi s AN (64 sudionika, 41,6%), biti radni kolega s osobom s AN (67, 43,5%), imati susjeda koji ima AN (85, 55,2%), upoznati osobu s AN s nekime s kime su posebno bliski (73, 47,4%) i pomoći prijatelju koji traži zaposlenika te preporučiti osobu s AN (58, 37,7%). Na navedena pitanja sudionici su najviše odgovarali s ocjenom 0, odnosno da su definitivno voljni tako nešto učiniti, sve dok osoba s AN nije direktno dio njihovog života. S druge strane, na dva pitanja koja se odnose bi li dopustili osobi s AN da čuva njihovu djecu na par sati ili da se njihovo dijete uda ili oženi za osobu s AN, odgovori su bili drugačiji. Na pitanje bi li dopustili da osoba s AN čuva njihovu djecu najviše sudionika je odgovorilo s ocjenom 1 (54 sudionika, 35,1%), a na isto pitanje 26 osoba je odgovorilo s ocjenom 3, odnosno da definitivno nisu u redu s time da netko s AN čuva njihovu djecu. Na pitanje bi li mogli podnijeti da se njihovo dijete uda ili oženi za osobu s AN, najviše osoba je odgovorilo s ocjenom 1 (49 osoba, 31,8%), no također, je većina odgovora raspodijeljena na ocjene 1,2,3 odnosno, osobe nisu u potpunosti u redu s time da se njihovo dijete uda ili oženi za osobu s AN. U istraživanju provedenom na Australskom nacionalnom sveučilištu, 2013. godine, sudjelovao je uzorak od 152 studenata, pretežito u dobi od 20 godina. U istraživanju je korištena SDS skala za procjenu stigme. Istraživala se stigma prema osobama s AN u odnosu na stigmatu prema osobama s karcinomom kože i pretilim osobama. Rezultati su izvijestili o značajno većoj želji za

socijalnom distancom i stigmom prema osobama s AN u odnosu na osobe s pretilošću i karcinomom kože. Nalazi podržavaju hipotezu da su psihički poremećaji daleko više stigmatizirani od medicinskih stanja odnosno bolesti, a AN je meta koja privlači znatno veću socijalnu distancu u odnosu na osobe s karcinomom ili pretile osobe. Rezultati su pokazali kako su se ispitanici uz oklijevanje bili spremni družiti s osobama s AN uz određenu dozu distance, no ne i imati ih u uskom obiteljskom krugu, što sugerira da spremnost na sudjelovanje u društvenom kontaktu može biti osjetljivi pokazatelj stigmatizirajućih stavova okoline. [31]

Ostatak pitanja prikupljen iz Internet izvora ili literature, prikazuje razne stigmatizirajuće tvrdnje o AN. Na većinu pitanja sudionici su većinom na Likertovoj skali odgovorili s ocjenom 1, odnosno da se uopće ne slažu s tvrdnjom. Pa tako tvrdnje da je AN lako rješiv problem odrastanja (50%, 77 sudionika), bolest od koje obolijevaju samo bogat i (70,1%, 108 sudionika). Na tvrdnju da od AN obolijevaju samo žene također, je većina od 62,3% sudionika (96 osoba) odgovorilo s ocjenom 1, odnosno da se uopće ne slažu s tvrdnjom. Kod tvrdnje da je kod AN najvažnija samopercepcija tijela na koju utječu mediji i društvene mreže, nalazimo na najviše odgovora na Likertovoj skali; 4 (31,8%, 49 sudionika), dakle sudionici se djelomično slažu s tvrdnjom. U istraživanju provedenom 2009. godine u Australiji, od strane Jonathana Monda i suradnika, cilj je bio rasvijetliti negativne stavove o poremećaju prehrane AN. Istraživanje je uključivalo anketu koja je sadržavala opisa izmišljene djevojke u dobi od 15 godina koja ispunjava dijagnostičke kriterije za AN, te je upravo ta anketa podijeljena 250 studenata, nakon čega je slijedio niz pitanja osmišljenih za procjenu percepcije ozbiljnosti bolesti, usmjerenosti pažnje na sebe, doprinos društvu, socijalnoj distanci i poželjnosti. Također, je procijenjena psihopatologija poremećaja hranjenja sudionika i upoznatost s opisanim problemom. Sudionici su podijeljeni u više grupa. Rezultati pokazuju da su oni koji su dobili sociokulturno objašnjenje su imali jače socio-kulturološke uzročne atribucije, manje bioloških/genetskih uzročnih atribucija i da su bili značajno manje spremni potpisati peticiju zdravstvenog osiguranja za AN. Neočekivano, multifaktorska skupina smatrala je pojedince s AN odgovornijima za njihovo stanje. Rezultati su pokazali da su odgovori studenata bili većinski pozitivni, negativni stavovi bili su očiti u odgovorima na stavke koje se odnose na socijalnu distancu i egocentričnost. Informacije koje su o AN dobivene televiziju i društvene mreže imale su manje negativnih stavova kod sudionika. Zaključak istraživanja je bio da se negativni stavovi prema osobama s AN nalaze u društvu, te je različita percepcija težine tog poremećaja. [32]

Na pitanje da osobe s AN samo privlače pažnju (75, 48,7%) i da je AN samo fizička bolest (111, 72,1%), najviše sudionika odgovorilo je ocjenom 1, odnosno da se uopće ne slažu s tvrdnjom. Također, i na pitanja da se osobe s AN smatraju izliječenim kada konzumiraju hranu

(75, 48,7%), da svi pacijenti koji imaju poremećaj u prehrani imaju AN (102, 66,2%) i da se osobe s AN odmah prepoznaju jer su jako mršave (62, 40,3%), odgovori su bilo također, većinom ocijenjeni s ocjenom 1, odnosno sudionici se većinskim dijelom uopće nisu slagali s tvrdnjom. Na pitanje da osobe koje nisu pothranjene nisu u riziku od AN, najviše je sudionika odgovorilo s ocjenom na Likert skali; 1; odnosno njih 48,1% (74 sudionika). Veoma važno pitanje bilo je da li sudionici smatraju jesu li osobe s AN same odabrale imati ovaj poremećaj, te su dogovorilo većinskim dijelom bili na Likertovoj skali; 1 (85, 55,2%), također, i na pitanje da se osobe s AN mogu lako vratiti u normalu (64, 41,6%) ocjene su pokazivale najviše neslaganje sudionika s tvrdnjom. Kod pitanja da se AN temelji isključivo na restrikciji hrane i težine, najviše osoba je odgovorilo kako se uopće ne slaže s tvrdnjom, odnosno ocjenom 1 na Likert skali (85 sudionika, 55,2%). Na tvrdnje da je ozdravljenje gotovo nemoguće s obzirom na recidive najviše sudionika je odgovorilo s ocjenom 3 na Likert skali, što ukazuje da se djelomično slažu s tvrdnjom (51, 33,1%). Također, na pitanje da osobe s AN nisu u stanju upisati željeno zanimanje ili studij zbog prepreka koje uzrokuje njihov poremećaj odgovori na Likert skali bili su većinom distribuirani oko ocjene 3, odnosno najviše osoba je odgovorilo ocjenom 3 (53, 34,4%), dakle djelomično se slaže s tvrdnjom, isti slučaj i kod pitanja da je osobama s AN nemoguće obavljati posao zbog čestih odlazaka na bolovanje ili iscrpljenosti. Najviše odgovora na ovo pitanje ukazivalo je na djelomično slaganje s tvrdnjom; najučestalija ocjena bila je 3 na Likert skali (63, 40,9%). Na pitanje jesu li se sudionici ikad susreli s osobom s AN, najviše sudionika je odgovorilo kako se susrelo s osobama s AN u okviru posla ili prakse, 31,2% sudionika (48 sudionika). Gotovo jednak broj; njih 46 (29,9%) nikada se nije susreo s osobama s AN, a najmanje osoba je odgovorilo kako je netko iz obitelji imao AN, 12 sudionika (7,8%). Posljednja tvrdnja u anketi glasila je da u radu s pacijentima s AN naš je zadatak što veći mogući fizički oporavak. Na ovo pitanje najviše sudionika (51) odgovorilo je ocjenom 5, da se u potpunosti slaže s tvrdnjom; njih 33,1%. Samo 7 sudionika se uopće ne slaže s ovom tvrdnjom (4,5%), odnosno dalo je ocjenu 1 na Likert skali.

6. Zaključak

Poremećaji u prehrani veliki su javnozdravstveni problem današnjice, sa sve većom incidencijom slučajeva tijekom godina. Anorexia nervosa je složena psihijatrijska bolest povezana s restrikcijom hrane i visokim mortalitetom. Poremećaj je karakteriziran trajnim ograničenjem unosa energije, što dovodi do tjelesne težine značajno niže od očekivane za dob i visinu osobe i BMI indeks nižeg od 18kg/m^2 . Anorexia nervosa ima snažnu genetsku komponentu. Pothranjenost tijekom AN dovodi do brojnih poremećaja u funkcioniranju organizma i potiče razvoj refeeding sindroma. Liječenje poremećaja kao što je AN zahtjeva multidisciplinarni tim stručnjaka. Stigma je snažan društveni proces koji karakterizira etiketiranje, stereotipiziranje i odvajanje određene skupine ljudi, što na koncu dovodi do diskriminacije. U zdravstvenim ustanovama, nalazimo na mnoge manifestacije stigme. Raspon kreće od izravnog uskraćivanja skrbi, pružanje njege ispod standarda, fizičkog i verbalnog zlostavljanja do suptilnijih formi kao što je prisiljavanje određenih ljudi da duže čekaju za uslugu ili prebacivanje zadataka na ostale kolege. Kao rezultat toga, stigma je prepreka skrbi za ljude koji traže usluge za prevenciju bolesti, liječenje akutnih ili kroničnih stanja te potpore za održavanje kvalitete života. Unutar zdravstvenog sustava stigma prema osobi koja živi s nekom dijagnozom diktira sam pristup dijagnozi, liječenju i uspjehu zdravstvenog ishoda. Edukacija medicinskog osoba iznimno je bitna u suzbijanju stigme kod osoba s AN. Medicinski tehničari, edukacijom pacijenata i njegove okoline mogu pridonijeti smanjenju stigme. Istraživanje na temu „Stigmatizacija osoba s anorexiom nervosom“, provedeno je od 7. ožujka 2022. godine do 31. ožujka 2022. Sudionici u istraživanju bili su studenti sestrinstva na Sveučilištu Sjever. Istraživanje je provedeno na sve tri godine preddiplomskog i dvije godine diplomskog studija sestrinstva na Sveučilištu Sjever. U istraživanju je sudjelovalo 154 sudionika, odnosno studenata sestrinstva na Sveučilištu Sjever. Istraživanje je bilo provedeno online putem Google Forms upitnika, a sastojao se od 32 pitanja. Rezultati istraživanja ukazuju na stigmatizirajuće stavove studenata sestrinstva prema osobama s AN, kada se radi o bliskom odnosu sa osobama koje boluju od AN. Također, potrebno je provođenje dodatnih istraživanja kako bi se razotkrila stigma prema osobama s AN. Uz rečeno, potrebno je naglasiti potrebu da studenti sestrinstva dođu u kontakt s osobama s AN, te budu educirani kako bi otklonili svoje predrasude, da u svom budućem poslu mogu što kvalitetnije pristupati pacijentima s AN.

7.Literatura

[1]T.Harada i sur., Anorexia nervosa restricting type has increased in severity over three decades: Japanese clinical samples from 1988 to 2018, *Int J Eat Disord.*, 2021.,54:54–58, DOI: 10.1002/eat.23418, PUBMED

[2]American Psychiatric Association, What are eating disorders?, <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>, posljednji pristup 23.02.2022.

[3] W. Gull, Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica), *Obesity Research*, 1873., 498–502. <https://doi.org/10.1002/j.1550-8528.1997.tb00677.x>

[4]G.K.W. Frank i sur., Recent advances in understanding anorexia nervosa, *F1000Research*, Faculty Rev, 2019., <https://doi.org/10.12688/f1000research.17789.1> ,PUBMED

[5]L.Brelet i sur., Stigmatization toward People with Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorder: A Scoping Review, *Nutrients* ,2021., 13, 2834. <https://doi.org/10.3390/nu13082834>, PUBMED

[6] G. Granados-Gómez i sur., Attitudes and Beliefs of Nursing Students Toward Mental Disorder: The Significance of Direct Experience With Patients, *Perspectives in Psychiatric care*, 2017., volume 53, issue 2, <https://doi.org/10.1111/ppc.12147>

[7]R. Lupo i sur., “Eating disorders and related stigma”: analysis among a population of Italian nursing students, *Acta Biomed for Health Professions* 2020.; Vol. 91, S. 12, DOI: 10.23750/abm.v91i12-S.10797 , PUBMED

[8]A.F.Muratore i sur., Current Therapeutic Approaches to Anorexia Nervosa: State of the Art, *Clin Ther.* , 2021.; 43(1): 85–94. doi:10.1016/j.clinthera.2020.11.006., PUBMED

[9]J. Cost i sur., Medical complications of anorexia nervosa, *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 2020., volume 87, number 6, doi:10.3949/ccjm.87a.19084, PUBMED

[10]H. Petkova i sur., Incidence of anorexia nervosa in young people in the UK and Ireland: a national surveillance study. *BMJ Open.*, 2019;9(10):e027339. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027339>,

[11]J. Neale i sur., Anorexia nervosa in adolescents, *British Journal of Hospital Medicine*, 2020., <https://doi.org/10.12968/hmed.2020.0099> , PUBMED

- [12] Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*, 2002., ;159(8):1284–1293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284>
- [13]C.A.Timko i sur., Sex Differences in Adolescent Anorexia and Bulimia Nervosa: Beyond the Signs and Symptoms, *Curr Psychiatry Rep.* ; 2021,(1): 1. doi:10.1007/s11920-019-0988-1., PUBMED
- [14] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th edn. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013.
- [15]S.Paolacci i sur., Genetic contributions to the etiology of anorexia nervosa: New perspectives in molecular diagnosis and treatment, *Mol Genet Genomic Med.* 2020. ;8:e1244. <https://doi.org/10.1002/mgg3.1244>, PUBMED
- [16]J. Baker i sur., Genetics of Anorexia Nervosa, *Curr Psychiatry Rep.*, 2019., 84. doi:10.1007/s11920-017-0842-2., PUBMED
- [17]K.Skowron i sur., Backstage of Eating Disorder—About the Biological Mechanisms behind the Symptoms of Anorexia Nervosa, *Nutrients* 2020, 12, 2604; doi:10.3390/nu12092604, PUBMED
- [18]M. Schorr i sur., The endocrine manifestations of anorexia nervosa: mechanisms and management, *Nat Rev Endocrinol.* 2017 March ; 13(3): 174–186. doi:10.1038/nrendo.2016.175., PUBMED
- [19]R.K. Stoving, Anorexia nervosa and endocrinology: a clinical update, *European Journal of Endocrinology*, 2019., 180, R9–R27, <https://doi.org/10.1530/EJE-18-0596>, PUBMED
- [20]A. Skowronska i sur., Refeeding syndrome as treatment complication of anorexia nervosa, *Psychiatr. Pol.* 2019.; 53(5): 1113–1123, DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/90275> , PUBMED
- [21] B. Herpertz-Dahlmann, Intensive Treatments in Adolescent Anorexia Nervosa, *Nutrients*, 2021., 13, 1265. <https://doi.org/10.3390/nu13041265>, PUBMED
- [22]P. Hay, Current approach to eating disorders: a clinical update, *Internal Medicine Journal* 50,m 2020., 24–29, doi:10.1111/imj.14691, PUBMED
- [23]L. Nyblade i sur., Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it, Nyblade et al. *BMC Medicine*, 2019., 17:25, <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>, PUBMED

- [24]M. Murat i sur., The Relationship between University Students' Beliefs toward Mental Illness and Stigmatization, *Florence Nightingale Journal of Nursing*,2020., 28(2), 194-204, DOI: 10.5152/FNJN.2020.19069, PUBMED
- [25]K.K. Ahuja i sur., Breaking barriers: An education and contact intervention to reduce mental illness stigma among Indian college students. *Psychosocial Intervention*, 2014., 26, 103-109. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.11.003>
- [26]Y. Lien i sur., Changes in Attitudes toward Mental Illness in Healthcare Professionals and Students, *Int. J. Environ. Res. Public Health* ,2019, 16, 4655; doi:10.3390/ijerph16234655, PUBMED
- [27]I.Fletcher i sur., An exploration of medical student attitudes towards disclosure of mental illness, *Medical Education Online*, 2020., vol.25., 1727713, <https://doi.org/10.1080/10872981.2020.1727713>, PUBMED
- [28] R. Baffsky, Eating disorders in Australia: a commentary on the need to address stigma, *Baffsky Journal of Eating Disorders*, 2020., 8:11 <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00287-3>, PUBMED
- [29] P.E. Kambanis, Exploring the Stigmatization of Anorexia: A Focus on The Structural, Interpersonal, and Individual Levels of Stigma, *Clark University, Student Works*. 11.,2016., <https://commons.clarku.edu/studentworks/11> ,PUBMED
- [30]M.C.Stewart i sur., Stigmatization of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2006., (39):320-325
- [31] K. Zwickert i sur., Stigmatizing attitudes towards individuals with anorexia nervosa: an investigation of attribution theory, *Zwickert and Rieger Journal of Eating Disorders*, 2013., 1:5 <http://www.jeatdisord.com/content/1/1/5>
- [32]J.Mond i sur., Stigma and eating disorders: Is there evidence of negative attitudes towards anorexia nervosa among women in the community?, *Journal of Mental Health*, 2009., Vol.15, issue 5, DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/09638230600902559>

8. Popis tablica i grafikona

Tablica 2.1.2. 1. Dijagnostički kriteriji za AN	5
Tablica 2.6. 1. Čimbenici rizika kod AN	9
Tablica 2.7.4. 1. Ključne strategije za smanjenje stigme u zdravstvenim ustanovama	12
Tablica 4. 1. Prikaz sociodemografskih podataka- spol i dob	17
Tablica 4. 2. Prikaz godina studija koju sudionici pohađaju	18
Tablica 4. 3. Prikaz distribucija o vlastitoj tjelesnoj težini i zadovoljstvu izgledom i prehranom	20
Tablica 4.1. 1. Presjek rezultata SDS scale	26

Popis grafikona

Grafikon 4. 1. Distribucija sudionika prema zaposlenosti u sestinstvu	19
Grafikon 4.1. 1. Najam sobe u vlastitoj kući oboljelima od AN	21
Grafikon 4.1. 2. Radni kolege s osobom s AN	22
Grafikon 4.1. 3. Susjed koji boluje od AN	23
Grafikon 4.1. 4. Čuvanje djece na par sati	23
Grafikon 4.1. 5. Vjenčanje s osobom s AN	24
Grafikon 4.1. 6. Upoznavanje s bliskom osobom ili prijateljom	25
Grafikon 4.1. 7. Preporuka za posao	25
Grafikon 4.2. 1. AN je faza u odrastanju ili lako riješivi problem	27
Grafikon 4.2. 2. Od AN oboljevaju samo bogati	28
Grafikon 4.2. 3. Od AN oboljevaju samo žene	28
Grafikon 4.2. 4. Samopecepcija tijela i utjecaj društvenih mreža i medija	29
Grafikon 4.2. 5. Osobe s AN samo privlače pažnju svojim ponašanjem	30
Grafikon 4.2. 6. AN je samo fizička bolest	30

Grafikon 4.2. 7. Konzumacijom hrane osobe s AN se smatraju izliječene	31
Grafikon 4.2. 8. Svi pacijenti s poremećajima u prehrani imaju AN	32
Grafikon 4.2. 9. Osobe s AN se odmah prepoznaju iz razloga što su jako mršave	32
Grafikon 4.2. 10. Osobe koje nisu pothranjene ili vizualno mršavije nisu sklone ovom poremećaju	33
Grafikon 4.2. 11. Osobe s AN same su odabrale imati ovaj poremećaj.....	33
Grafikon 4.2. 12. Osobe s AN mogu se lako vratiti u normalu	34
Grafikon 4.2. 13. AN je zapravo dijeta koja se prvenstveno temelji na restrikciji hrane i težine	34
Grafikon 4.2. 14. Ozdravljenje je gotovo nemoguće s obzirom na recidive	35
Grafikon 4.2. 15. Osobe s AN nisu u stanju upisati željeno zanimanje ili studij.....	35
Grafikon 4.2. 16. Osobe s AN ne mogu obavljati posao zbog odlazaka na bolovanje ili iscrpljenosti	36
Grafikon 4.2. 17. Susret s osobom s AN	37
Grafikon 4.2. 18. Zadatak MS je što veći mogući fizički oporavak	37

9.Prilozi

SOCIAL DISTANCE SCALE

Male

Please read the following statement (**vignette**)

Rahman is a 23-year-old man. He has been treated for leprosy during the past year. The doctor has declared him cured, even though some of the fingers on his right hand are still bent and his skin is still dark, because of the treatment. Rahman has a job in the local small business that belongs to his uncle. He earns Rp 1.2 million per month and is doing well in his job. He is a little bit slower than before, because of the effects of leprosy on his hand, but the employer never complained about that. At his job, Rahman gets along well with his colleagues. Rahman would like to get married. He is considering joining a local youth organization, so he can meet people of the same age. He also hopes to get a better job to be able to earn more than in his present job.

Please, select the answer that best fits your opinion

		Definitely willing	Probably willing	Probably not willing	Definitely not willing	
		0	1	2	3	Score
1	How would you feel about renting a room in your home to someone like Rahman?					
2	How about being a worker on the same job with someone like Rahman?					
3	How would you feel having someone like Rahman as a neighbour?					
4	How about having someone like Rahman as caretaker of your children for a couple of hours?					
5	How about having one of your children marry someone like Rahman?					
6	How would you feel about introducing Rahman to a young woman you are friendly with?					
7	How would you feel about recommending someone like Rahman for a job working for a friend of yours?					

SOCIAL DISTANCE SCALE**Female**Please read following statement (**vignette**)

Rahmi is a 27-year-old woman. She has been in treated for leprosy during the past year. The doctor has declared her cured even though some of the fingers on her right hand are still bent and her skin is still dark because of treatment. Rahmi has a job in the local small business that belongs to her uncle. She earns Rp 1.2 million per month and is doing well in her job. She is a little bit slower than before, because of the effects of leprosy on her hand, but the employer never complained about that. At her job, Rahmi gets along well with her colleagues. Rahmi would like to get married. She is considering joining a local youth organization, so she can meet people of the same age. She also hopes to get a better job to be able to earn more than her present job.

Please, select your most fit to your opinion

		Definitely willing	Probably willing	Probably not willing	Definitely willing	
		0	1	2	3	Score
1	How would you feel about renting a room in your home to someone like Rahmi?					
2	How about being a worker on the same job with someone like Rahmi?					
3	How would you feel having someone like Rahmi as a neighbour?					
4	How about having someone like Rahmi as caretaker of your children for a couple of hours?					
5	How about having one of your children marry someone like Rahmi?					
6	How would you feel about introducing Rahmi to a young man you are friendly with?					
7	How would you feel about recommending someone like Rahmi for a job working for a friend of yours?					



**IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU**

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Josipa Tekić Sauerborn (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Stigmatizacija osoba s Anorexiom nervosom (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Josipa Tekić Sauerborn
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Josipa Tekić Sauerborn (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Stigmatizacija osoba s Anorexiom nervosom (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Josipa Tekić Sauerborn
(vlastoručni potpis)