

**UNIVERZA V LJUBLJANI  
ZDRAVSTVENA FAKULTETA  
ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA**

**Ema Oblak**

**STIGMATIZACIJA PACIENTOV Z MOTNJAMI  
HRANJENJA**  
diplomsko delo

**STIGMATIZATION OF PATIENTS WITH EATING  
DISORDERS**  
diploma work

**Mentor: pred. Aljoša Lapanja**

**Somentorica: viš. pred. dr. Jožica Peterka Novak**

**Recenzentka: doc. dr. Ruža Pandel Mikuš**

**Ljubljana, 2018**



## ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorju pred. Aljoši Lapanji in somentorici viš. pred. dr. Jožici Peterka Novak za nasvete ter strokovno usmerjanje. Iskrena hvala tudi doc. dr. Ruži Pandel Mikuš za pomoč in recenziranje diplomskega dela.

Največja zahvala gre moji družini, ki mi je med študijem in pisanjem diplomskega dela nudila brezpogojno pomoč, čustveno podporo, potrpljenje in razumevanje.

Najlepša hvala tudi vsem drugim, ki so me podpirali in na kakršen koli način prispevali k nastanku mojega diplomskega dela.



## IZVLEČEK

**Uvod:** Živimo v družbi, ki močno poudarja določene telesne ideale, vitkost je namreč postala zapoved, debelost pa stigma. Posledično so motnje hranjenja postale velik družbeni problem, k čemur pomembno prispeva tudi vpliv medijev. Dejstvo, da se motnje hranjenja uvrščajo med duševne motnje, še dodatno povečuje očitajoče, diskriminatorno in stigmatizirajoče vedenje družbe do trpečih posameznikov, kar negativno vpliva na potek zdravljenja. Medicinska sestra ima moč, da s svojim znanjem, komunikacijskimi sposobnostmi in dobrim zgledom vpliva na širšo družbo ter spremeni njen pogled na paciente z motnjami hranjenja. **Namen:** Namen diplomskega dela je predstaviti stigmatizacijo na področju duševnega zdravja in opredeliti vpliv, ki ga ima na paciente z motnjami hranjenja, ter raziskati vlogo medicinske sestre pri destigmatizaciji. **Metode:** V diplomskem delu smo uporabili deskriptivno metodo s sistematičnim pregledom znanstvene in strokovne literature. Uporabljena je bila literatura v slovenskem in angleškem jeziku, izdana med letoma 2007 in 2018. Pri iskanju so bile uporabljene ključne besede *zdravstvena nega/nursing care, psihiatrija/psychiatry, destigmatizacija/destigmatization, diskriminacija/discrimination, tabu/taboo* v podatkovnih bazah COBIBI.SI, CINAHL in Medline. Uporabljeni so bili le članki s prosto dostopnim besedilom, ki so bili ovrednoteni po šeststopenjski lestvici glede na moč dokazov. **Rezultati:** Stigmatizacija obstaja že od začetka človeštva, saj je dominantni del družbe določene lastnosti označil za nesprejemljive. Takšno razširjeno mišljenje v družbi najbolj občutijo pacienti z duševnimi motnjami, predvsem pacienti z motnjami hranjenja, saj je vzrok stigme fizično izražen. Stigmatizacija vodi v socialni odmik in izolacijo, še bolj zaskrbljujoče pa je, da zaradi strahu pred stigmatizacijo prizadeti posamezniki zavračajo strokovno pomoč in se izogibajo zdravljenju, kar še povečuje simptome bolezni in negativno vpliva na sam potek zdravljenja ter rehabilitacije. **Razprava in zaključek:** Zaradi porasta stigmatizacije motenj hranjenja je ključnega pomena aktivno delovanje medicinskih sester v boju proti stigmatizaciji. Z lastnim ravnanjem moramo biti zgled tako drugim zdravstvenim delavcem kot tudi širši družbi. Delovati moramo etično, spoštovati pravice pacientov ter temeljne svoboščine posameznikov in jim s tem zagotoviti enakopravno zdravstveno obravnavo. Poleg tega je ključnega pomena tudi izobraževanje širše družbe, saj bomo na ta način izkoreninili stereotipna in diskriminatorna mišljenja o pacientih, ki trpijo za duševnimi motnjami.

**Ključne besede:** zdravstvena nega, psihiatrija, destigmatizacija, diskriminacija, tabu.



## ABSTRACT

**Introduction:** We live in a society that strongly emphasizes certain body ideals, thinness has become a commandment, and obesity is a stigma. Eating disorders have become a major social problem, which is also associated with the contribution of media. The fact, that eating disorders are classified as mental disorders, further increases the discriminating, discriminatory and stigmatizing behavior of the society towards the suffering individuals. Nurses have the power to influence wider society through our knowledge, communication skills and behavior, and to change the view of society on patients with eating disorders.

**Purpose:** The purpose of the diploma work is to present the stigmatization in the field of mental health, to define the influence it has on the patients with eating disorders and to explore the role of nurses in destigmatization process. **Methods:** In the writing of diploma, we used the descriptive method in which we did a systematic review of scientific and technical literature. The literature was used in Slovene and English language, issued between years of 2007 and 2018. Keywords nursing care, psychiatry, destigmatization, discrimination, taboo were used in the search on the databases COBIBI.SI, CINAHL and Medline. Only articles with freely available texts, which were evaluated on a six-stage scale based on the power of evidence, were used. **Results:** Stigmatization is already present since the existence of humanity, because the dominant part of society has defined certain characteristics as unacceptable. Such a widespread opinion in society is best felt by patients with mental disorders, especially those with eating disorders, because the cause of the stigma is physically expressed. Stigmatization leads to social deviation and isolation, and even more worrying is that due to fear of stigma, affected individuals refuse professional help and avoid treatment, which increases the symptoms of the disease and negatively affects the course of treatment and rehabilitation. **Discussion and conclusion:** Due to the increase in the stigmatization of eating disorders, the active functioning of nurses in the fight against stigma is crucial. By our own conduct, we must be an example to other health care professionals, as well as to a wider society. We must act ethically, respect the rights of patients and the fundamental freedoms of individuals and thus ensure equal treatment for them. In addition, education of a wider society is also crucial, as in this way we will eradicate stereotyped and discriminatory opinions about patients who suffer from mental disorders.

**Keywords:** nursing care, psychiatry, destigmatization, discrimination, taboo.





# KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
2	NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA.....	3
3	METODE DELA.....	4
4	DUŠEVNO ZDRAVJE .....	5
4.1	Zdravstvena nega na področju psihiatrije .....	6
4.2	Pravice pacientov z duševno motnjo in etične dileme .....	7
5	MOTNJE HRANJENJA.....	9
5.1	Breme družbenih idealov .....	9
5.2	Motnje hranjenja, bolezen sodobnega časa.....	10
6	STIGMA.....	12
6.1	Vzrok za pojav in vrste stigme .....	12
6.2	Posledice stigmatizacije .....	13
6.3	Diskriminacija.....	15
6.3.1	Stereotipi in predsodki.....	15
6.4	Stigma in motnje hranjenja .....	16
7	NAČINI UPRAVLJANJA S STIGMO.....	18
7.1	Destigmatizacija.....	19
7.2	Vloga medicinske sestre pri destigmatizaciji.....	20
8	RAZPRAVA.....	23
9	ZAKLJUČEK .....	26
10	LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI.....	28



## **SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV**

<b>DMS-IV</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>MKB</b>	Mednarodna klasifikacija bolezni
<b>RNPdZ</b>	Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja
<b>SZO</b>	Svetovna zdravstvena organizacija
<b>ZPacP</b>	Zakon o pacientovih pravicah
<b>ZDZdr</b>	Zakon o duševnem zdravju



# 1 UVOD

Stigma je prepoznavni znak, ki postavlja mejo med stigmatiziranimi posamezniki in družbo, ki pripisuje negativne stereotipe. Številne bolezni so stigmatizirane predvsem zato, ker predstavljajo neskladje s socialno normo, kar vodi v podcenjevanje, nepopolne diagnoze in nezadostno zdravljenje. Zaradi vse pogostejše prisotnosti stigme, so v porastu gibanja, zdravstvene in nevladne organizacije ter društva, ki se le-te skušajo upreti. Gibanje za destigmatizacijo duševnih motenj si prizadeva spremeniti zgodovinsko pogojeno ožigosanost posameznikov, ki trpijo za temi motnjami, ter preprečiti negativne vplive iz okolja, ki posameznikom povzročajo še dodatne stiske (Kuklec, 2010).

Duffy in Henkel (2016) pojasnjujeta, da je stigma negativna ocena in negativen odnos na podlagi stereotipnih atributov posameznika ali skupine. Posamezniki z duševno motnjo so stigme deležni zaradi določenih »pomanjkljivosti« v karakterju. Te razlike postanejo glavne karakteristike posameznika, ki nadvladajo nad dejanskim karakterjem in identiteto.

Med duševne motnje spadajo tudi motnje hranjenja, s katerimi se danes zelo pogosto srečujemo. Sernec (2012) navaja, da za motnjami hranjenja oboleva 2–12 % žensk med 15. in 35. letom starosti, kar predstavlja pomemben javnozdravstveni problem. Ebneter in sodelavci (2011) dodajo, da je statistika prevalence teh motenj med 0,5 % in 5 % populacije, odvisno od motnje hranjenja.

Motnje hranjenja so obrambni mehanizem, saj lahko oseba, ki trpi za anoreksijo nervozo, uporablja zavračanje hrane kot metodo zavračanja notranje bolečine, posameznik, ki se spoprijema s prekomernim hranjenjem, pa lahko s hrano nadomešča čustveno praznino (O'Neill, 2018). Ti posamezniki imajo do svojega telesa zelo nasprotujoče občutke. Po eni strani svoje telo dojemajo kot objekt, z njim ravnajo na krut in trd način ter so odkrito nezadovoljni z njim. Po drugi strani pa izražajo vedenje, ki predstavlja že skorajšnjo obsedenost s poudarjanjem estetsko ustrezne podobe lastnega telesa (Kovačič, 2007).

Barle Lakota (2007) ugotavlja, da je lahko telo tudi medij izražanja lastne identitete. Motnje hranjenja so tipične oblike razmerja med telesom in identiteto, saj se dojetje sebe in družbenih norm neposredno izrazi na telesni teži. V želji po moči nad telesom in nadzoru nad svojim življenjem posameznike lastno vedenje privede do popolne izgube nadzora nad prehranjevanjem ter posledično do oblike telesa, ki ne ustreza normam družbe.

Danes sta zdravje in njegova promocija postala zelo prisotna. Namen je ozaveščanje laične javnosti o zdravem načinu življenja ter sprejemanje odgovornosti posameznika za lastno blaginjo. Vendar se je ta promocija razširila na vsa področja ter tako postala vodilo življenja posameznikov, ki zaradi družbenih pritiskov stremijo k zdravemu načinu življenja, kar pa povzroča stisko tistim, ki jim to ne uspeva. Bair in sodelavci (2014) pojasnjujejo, da je v mnogih kulturah želja po vitkem telesu norma, ki določa odnos žensk do lastnega telesa. Normativne telesne ideale, ki pomenijo najbolj zaželeno zunanjo podobo v družbi, sporočajo mediji, skupaj s sporočilom, da bo doseganje teh standardov pomenilo posameznikov uspeh in sprejetje v družbi. Ker pa je za večino populacije ta podoba nedosegljiva, to vodi v hudo notranjo stisko. Avtorji prav tako navajajo, da je raziskava v Severni Ameriki dokazala, da si ženske ne želijo nižje telesne teže zaradi zdravstvenih priporočil in izboljšanja zdravstvenega stanja, temveč zaradi želje po večjem družbenem sprejetju.

Družbeno idealizirana telesna podoba je neposredno povezana z nerealističnimi željami in nezadovoljstvom z lastnim telesom, kar vodi v številne patološke težave, vključno s pojavom depresije, debelosti, ekstremnega poseganja po dietah ter motnjami hranjenja. Zaradi velikega neskladja med medijsko predstavo idealiziranega telesa ter dejanskim telesnim videzom ljudi v družbi ni presenetljivo, da je nezadovoljstvo z lastnim telesom nadvse pogosto. Vendar pa je to vse pogostejše tudi med posamezniki z »normalno«  
telesno težo, predvsem med ženskami, kar jih vodi v poseganje po nezdravih metodah za zniževanje telesne teže (Knoblock-Westerwick, Crane, 2012).

V diplomskem delu se osredotočamo na predstavitev stigmatizacije motenj hranjenja. Želimo predstaviti vpliv stigme na posameznike in pojasniti vlogo medicinske sestre pri destigmatizaciji.

## **2 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA**

Namen diplomskega dela je predstaviti stigmatizacijo pacientov z motnjami hranjenja.

Cilji so:

- analizirati vpliv stigmatizacije na paciente z motnjami hranjenja;
- opredeliti dejavnike in aktivnosti, ki prispevajo k zmanjševanju stigmatizacije, ter raziskati vlogo medicinske sestre pri destigmatizaciji pacientov z motnjami hranjenja.

### **3 METODE DELA**

Pri izdelavi diplomskega dela smo uporabili deskriptivno metodo dela s sistematičnim pregledom znanstvene in strokovne literature. Uporabljene so bile knjige, zborniki in strokovni članki, objavljeni od leta 2007 do 2018, v slovenskem in angleškem jeziku. Literatura je bila iskana v podatkovnih bazah COBIBI.SI, CINAHL in Medline. Pogoji za uporabo literature so bili dostopnost v slovenskem in angleškem jeziku, primarna in strokovno pregledana literatura s področja kvalitativne in kvantitativne metodologije ter prosto dostopni članki v celotnem besedilu, ki so razvrščeni v od prvega do petega nivoja hierarhije dokazov. Iskanje literature je potekalo od novembra 2017 do junija 2018.



## 4 DUŠEVNO ZDRAVJE

Duševno zdravje je temelj za socialno, družinsko in gospodarsko stabilnost, družbeno blaginjo ter kakovost življenja ljudi. Težave v duševnem zdravju so ključni razlog za izgubo produktivnega človeškega kapitala, poleg tega pa imajo osebe s težavami v duševnem zdravju zmanjšane prihodke in se pogosteje prezgodaj upokojijo. Ti posamezniki ter njihovi bližnji pa so poleg bremena bolezni pogosto deležni diskriminacije, izključenosti in kršenja temeljnih človekovih pravic. Stigma negativno vpliva tudi na dostopnost in potek zdravstvene obravnave. Zaradi velike prevlade težav v duševnem zdravju je to področje postalo vse bolj aktualno tudi na področju političnih aktivnosti. Učinkoviti ukrepi in načini glede varovanja in krepitev duševnega zdravja so namreč ključni za napredek družbe, saj lahko le zdrav posameznik razvija svoje sposobnosti in učinkovito dela ter prispeva v svojo skupnost. Obstajajo močni dokazi, da je tveganje za razvoj duševnih motenj bistveno večje, če so ljudje izpostavljeni socialnim tveganjem, predvsem brezposelnosti in revščini ter posledično socialni izključenosti. Skrb za ekonomsko blagostanje in zmanjševanje neenakosti v družbah krepi duševno zdravje in obratno, povečevanje neenakosti ter ekonomska in socialna prikrajšanost poslabšajo duševno zdravje prebivalstva. Zato je za varovanje duševnega zdravja potrebno povezano delovanje nosilcev političnega odločanja, gospodarstva, socialnega varstva, izobraževanja in zdravstva (Ur. l. RS, št. 24/18).

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) duševno zdravje opredeli kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela ter prispeva v svojo skupnost«. Duševno zdravje je bistveno za našo zmožnost razumevanja, percepcije in interpretacije okolja, pa tudi za mišljenje, govor in medsebojno komunikacijo. Posamezniku omogoča, da poišče svojo vlogo v zasebnem, družbenem in poklicnem življenju ter da uresniči svoje umske in čustvene zmožnosti. Ključnega pomena je tudi za družbo, saj je sestavni del javnega zdravja in predstavlja podlago za družbeno povezovanje ter boljše socialno in ekonomsko blaginjo. Iz tega razloga skrb za duševno zdravje sodi med najpomembnejše javnozdravstvene vsebine. Zato je potrebno konvencionalni pristop, ki je zasnovan predvsem na zdravljenju duševnih motenj, razširiti na celovit pristop, ki bo usmerjen k celotnemu duševnemu zdravju in njegovi promociji (Bajt et al., 2009).

Za klasifikacijo duševnih motenj se uporabljata dva kategorična sistema: Mednarodna klasifikacija bolezni – 10 (MKB-10), ki jo je izdala Svetovna zdravstvena organizacija, ter Ameriška klasifikacija Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV (DSM-IV). MBK-10 klasificira duševne motnje v naslednje glavne kategorije:

- organske, vključno simptomatske duševne motnje;
- duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih substanc;
- shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje;
- razpoloženske (afektivne) motnje;
- nevrotske, stresne in somatoformne motnje;
- vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki;
- motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi;
- duševna manjrazvitost (mentalna retardacija);
- motnje duševnega (psihološkega) razvoja;
- vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu ali adolescenci;
- neopredeljena duševna motnja (MKB-10-AM).

#### **4.1 Zdravstvena nega na področju psihiatrije**

Zdravstvena nega na področju psihiatrije obravnava posameznika z duševnimi težavami in motnjami, družino ter širšo skupnost na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvenega varstva. Osnovna značilnost je odnos med pacientom in medicinsko sestro, katerega glavna naloga je podpiranje in pospeševanje vedenja s ciljem razvoja osebnosti in prilagojenega delovanja pacienta. Opredeljena je kot medosebni proces, ki črpa svoje znanje iz znanosti zdravstvene nege, opira pa se predvsem na psihološko in sociološko znanje (Gnezda, 2009).

V preteklosti so paciente z duševnimi motnjami zapirali v velike ustanove, kar je privedlo do stigmatizacije duševnih motenj v družbi. Institucionalni postopki povzročijo omrtvičenje osebne identitete posameznika, ki se nadomesti z identiteto pacienta, to pa vodi v podrejenost, apatijo, pomanjkanje iniciativnosti in zmanjšanje življenjskih ciljev (Gnezda, 2009). Zato je sodobna zdravstvena nega na področju psihiatrije usmerjena v

zagotavljanje pomoči pacientu, da glede na svoje zmožnosti in sposobnosti doseže največjo mero neodvisnosti in samostojnosti. Temelji na terapevtski komunikaciji in značilnem terapevtskem odnosu med pacientom in medicinsko sestro. Stigmatizacijo in pridružene posledice bomo uspešno odpravili s sodobnimi načini obravnave, ko psihiatrična bolnišnica ne bo več pomenila azila (Jerina, 2015).

Naloga medicinske sestre je, da v vseh fazah procesa ocenjuje, diagnosticira, načrtuje, osvetluje in analizira ter se prilagodi trenutnim okoliščinam in potrebam pacienta. Ves ta čas mora ocenjevati tudi svoje dožemanje pacienta, saj se mora medicinska sestra, da bi uspešno pomagala pacientu, tudi sama zavedati lastnih občutkov in misli (Gorše Muhič, 2009).

Temelj uspešnega reševanja težav je osebnostno in profesionalno zrelo osebje, ki je sposobno empatije in ima visoke moralne norme. Zdravstveni delavci morajo biti sposobni razpravljati o problemih zdravstvene nege in biti pripravljeni iskati rešitve etičnih dilem. Ključnega pomena je tudi institucionalno okolje, ki mora biti organizirano na način, da omogoča izvedbo negovalnega procesa ob spoštovanju etičnih pravil (Komazec, 2015).

## **4.2 Pravice pacientov z duševno motnjo in etične dileme**

Pravice pacientov z duševnimi motnjami opisujeta dva zakona, to sta Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) in Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr). Živič (2009) navaja, da Zakon o duševnem zdravju določa sistem zdravstvene in socialne obravnavne ranljive skupine ljudi, ki zahteva posebno skrb za zaščito svojih pravic. Zakon določa zagotavljanje osebnega dostojanstva ter spoštovanje drugih temeljnih svoboščin in pravic, individualno obravnavo ter enakovredno dostopnost do zdravstvene obravnave.

Medicinske sestre so dnevno razpete med osebnimi vrednotami, poklicnimi etičnimi normami ter med spoštovanjem pravic pacienta (Škerbinek, 2009). Živič (2015) dodaja, da zaradi nejasne zakonodaje ni vzpostavljenega soglasja do etičnih vprašanj in dilem. Le-te vodijo do konfliktov v ocenjevanju stanja pacienta ter do konfliktov družbe, njenih vrednot in norm. Medicinske sestre so pogosto razpete med osebnimi vrednotami ter zahtevami pacienta in stroke, kar povzroča notranji konflikt.

Medicinskim sestram sta v pomoč v letu 2014 izdana posodobljena Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije (Peterka Novak in Horvat, 2009). Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije je namenjen in obvezuje vse, ki delujejo ali se izobražujejo na področju zdravstvene nege in oskrbe. Predstavlja vodilo pri oblikovanju profesionalnih etičnih in moralnih stališč ter vrednot, podlago za etično odločanje, pomoč pri argumentiranju teh odločitev in omogoča etično refleksijo profesionalnega dela (Kodeks, 2014).

Temelj humane zdravstvene obravnave je torej spoštovanje določil kodeksa in spoštovanje človekovih in pacientovih pravic. To zagotavlja partnerski odnos med medicinsko sestro in pacientom, hkrati pa je vodilo medicinski sestri, da deluje profesionalno (Peterka Novak, Horvat, 2009).

## 5 MOTNJE HRANJENJA

Živimo v svetu, v katerem je zunanji videz cenjena vrednota, ki pogosto usmerja naša življenja. Zahtevo po vitkosti spremlja obilje in pretirano ukvarjanje s hrano ob sočasnem ponujanju diet in napotkov za hujšanje. Telo je bilo skozi zgodovino depersonalizirano in postavljeno v položaj objekta za gledanje. Posledica je, da deklice že v otroštvu skrbijo za telesno maso in obliko telesa. Otrokom namreč ponujamo igrače, ki odsevajo zahteve sveta, zato se že zelo zgodaj seznanjajo z dvojnimi, nasprotujočimi si zahtevami družbe. To vpliva na vzgojne metode, in sicer izpopolnjevanje zahteve drugih in biti sočasno avtonomen oblikovalec lastnega življenja (Šolc, 2012).

### 5.1 Breme družbenih idealov

Pojav tako imenovane psihosomatske družbe je povzročil, da so vprašanja glede telesa ter odnosa med telesom in družbo postala zelo aktualna. To je privedlo do tega, da se temeljni družbeni problemi obravnavajo preko telesa ter odnosa do zdravja in bolezni. Tako naj bi posameznik že samo s spremembo odnosa do zdravega načina življenja reševal tudi širše probleme (Barle Lakota, 2007).

Prizadevanje za vitkost je kulturni ideal, ki ga je razvil svet v dvajsetem stoletju, pripeljal pa je do tega, da ženske precenjujejo razsežnosti svojih teles. Pregled raziskav o telesni samopodobi kaže, da je v zahodnih kulturah večina žensk nezadovoljnih s svojo telesno težo in obliko telesa ter si prizadeva imeti vitko telo. To vodi v depresijo in nizko samospoštovanje, ki izvira iz nezmožnosti prilagoditve telesnemu videzu, ki ga zahteva družba. Skrb za težo in diete izvirajo iz prepričanja, da je teža med najbolj pomembnimi dejavniki ženske privlačnosti. Visoka stopnja dietnega vedenja v zahodnih družbah je torej prej povezana z estetskimi kakor z zdravstvenimi razlogi (Kuhar in Leskošek, 2008).

Pandel in Vičič (2016) pojasnjujeta, da je pojav številnih dietnih načinov prehranjevanja, ki so nastali kot posledica globalizacije, prinesel mnogo negativnih posledic. Nejasna in nasprotujoča si priporočila o zdravi prehrani ter medijsko izpostavljena opozorila o neustreznih živilih v družbi povzročajo konflikte, posledično pa se ustvarja družba, ki se nenehno ukvarja z videzom telesa. Izoblikovala se je družba, v kateri je ideal vitkosti visoko vrednoten ter poimenovan kot zdrav, debelost pa je označena izrazito negativno.

Nezadovoljstvo z lastnim telesom, ki je posledica nedoseganja družbenih idealov, ima velik vpliv na način življenja posameznika in njegovo blaginjo. Pomembno vprašanje je, ali medijska promocija zdravja in zdravega načina življenja res promovira zdravje, ali v resnici promovira ekstreme za njegovo doseganje. Da bi preprečili disfunkcionalne oblike prehranjevanja, ki so danes vse pogostejše, je ključnega pomena, da se osredotočimo na promocijo celostnega vidika zdravega načina življenja, vključno z psihološkim vidikom, ki zajema promocijo zadovoljstva z lastnim telesom (Michels, Amenyah, 2017).

## **5.2 Motnje hranjenja, bolezen sodobnega časa**

Motnje hranjenja so duševne motnje, ki se kažejo v spremenjenem odnosu do hrane in prehranjevanja. Predstavljajo izraz globoke duševne in čustvene vznemirjenosti ter nesprejemanja sebe. S tem disfunkcionalnim odnosom se izražajo globoke čustvene in duševne stiske, ki za posameznika predstavljajo veliko trpljenje. Hranjenje ali odklanjanje hrane tako postane način za osvoboditev neprepoznavnih čustev in notranjih bolečin. Obolele osebe se doživljajo kot manjvredne in nesposobne, torej so to v osnovi motnje v sprejemanju samega sebe. Razlog, da jih uvrščamo med duševne motnje, pa je v tem, da je njihov nastanek odvisen od čustvenih in duševnih stisk, te pa se kažejo s telesnimi znaki (Serbec, 2012).

Motnje hranjenja so se s procesom globalizacije razširile v vse kulture in postale družbeni fenomen. Odražajo stisko, ki je posledica dogajanja v času, v katerem živimo in v katerem so vrednote usmerjene v zunanje, vidno in telesno. Redki so ljudje, ki pojedjo le toliko, da nahranijo telo, in se nikoli ne prenajedajo ali ne poskušajo vsaj malo shujšati. Vendar je med običajnimi težavami s hrano in motnjami hranjenja velika razlika. Motnje hranjenja namreč resno ogrožajo zdravje, saj neustrezen odnos do hrane postane način obvladovanja težav in spoprijemanja s stresom. Opredelimo jih lahko šele takrat, ko je nepravilno prehranjevanje povezano z motnjami na osebostnem področju, kot so nizko samospoštovanje, strah pred medosebnimi odnosi in odgovornostjo ter izguba stika s samim seboj (Šolc, 2012).

Motnje hranjenja so čustvene motnje, ki jih etiološko določa skupek zapletenih dejavnikov, ki se kažejo v specifičnih načinih mišljenja in vedenja. Predpostavlja se, da posamezniki z motnjo hranjenja proces hranjenja uporabljajo za zadovoljevanje številnih potreb, ki niso

povezane s hrano. Zaradi preobremenjenosti s hrano in hranjenjem posamezniki namreč niso sposobni prepoznati lakote in je ločiti od drugih oblik telesne napetosti oziroma emocionalnih vzburjenj (Copak, Uzman, 2012).

MKB-10 obravnava motnje hranjenja v poglavju duševnih in vedenjskih motenj, bolj podrobno v podpoglavju Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki. Motnje hranjenja se delijo na:

- F50.0: anorexia nervosa;
- F50.1: atipična anorexia nervosa;
- F50.2: bulimia nervosa;
- F50.3: atipična nervozna bulimija;
- F50.4: preobjedanje, povezano z drugimi psihološkimi motnjami;
- F50.5: bruhanje, povezano z drugimi duševnimi motnjami;
- F50.8: druge motnje hranjenja;
- F50.9: motnja hranjenja, neopredeljena (MKB-10-AM).

## 6 STIGMA

Stigma pomeni znak sramote in določanje negativnega slovesa posamezniku z določeno lastnostjo, ki jo družba zavrača, kar vodi v socialno zavrnitev in neodobravanje ter odmaknjenost (Ozer et al., 2017). Stigmatizacija je proces označevanja, stereotipiziranja in ločevanja, ki jo povzročajo družbeno močnejši posamezniki (Gronholm et al., 2017).

Je označenje ljudi za drugačne in manjvredne spoštovanja kot drugi. Stigma predstavlja tudi obliko družbenega nadzora in izključevanja manjšin iz različnih področij konkurence in deluje kot neviden nadzor nad stigmatizirano skupino. Njen vpliv je odvisen od socialnih, ekonomskih in političnih sil, ki omogočajo ustvarjanje stereotipov, rušenje ugleda, odklanjanje in druge oblike diskriminacije (Švab, 2009).

Stigma je prvotno pomenila zaznamovanje, označenost, oznako, ki so jo nosili posamezniki, ki so bili označeni kot pokvarjeni in moralno oporečni. Kasneje se je izraz pričel uporabljati za fizične ali psihične značilnosti ljudi, ki jih je družba opredelila kot sramotne in diskreditirajoče. Je izraz, ki označuje poseben odziv okolja na drugačnost. Posledica je predsodek o sebi in drugih, ki odstopajo od norm družbe (Kuklec, 2010).

Stigmatizacija pomeni reduciranje posameznika na posebnost, ki ga dela različnega od pripisane kategorije. Vsakemu posamezniku glede na socialno interakcijo pripišemo določene lastnosti in ga definiramo s pripisano socialno identiteto. Če se posameznik kakor koli razlikuje od drugih ljudi v lastni kategoriji, ta različnost pa presega območje tolerance norm, pomeni, da se njegova pripisana socialna identiteta loči od možnih kategorizacij. Stigma je torej posebna identiteta, v kateri »nenormalna« drugačnost prekrije vse ostale lastnosti ali jih celo zaznamuje do te mere, da posameznika postavi v podrejen položaj (Goffman, 2008).

### 6.1 Vzrok za pojav in vrste stigme

Nastanek stigmatizacije temelji na čustveni zadovoljitvi, saj se človek, ki stigmatizira, potrjuje s tem, da razvrednoti druge. Z razvrednotenjem se pridruži večini, kar omogoči boljšo sprejetost v družbi. Oblikovanje predsodkov pomeni socialno kategorizacijo, torej delitev ljudi na »naše« in »druge«. Odpor do drugačnih ljudi in nasilje do stigmatiziranih skupin uveljavi šele povezava posameznikovih predsodkov z ideološko ali politično



dovoljeno diskriminacijo. Na nastanek predsodkov pomembno vpliva razvoj lastne samopodobe, ki se v tem primeru ne razvije »normalno«, saj se osebna identiteta gradi na drugačnosti od »onih drugih«. Stigmatizirajočemu posamezniku stigma predstavlja odgovor na grožnjo ali nevarnost, brez zavedanja posledic (Švab, 2009).

Goffman (2008) razlikuje tri tipe stigme: »Stigmo značajskih lastnosti, ki jih družba smatra za neprimerne zaradi znanih dejstev, na primer o razvadah odvisnosti, duševni bolezni, homoseksualni spolni usmeritvi in podobno. Stigmo telesne odbojnosti zaradi fizične iznakaženosti ter stigmo rase, narodnosti in veroizpovedi.«

## **6.2 Posledice stigmatizacije**

Stigma in diskriminacija oseb z duševnimi motnjami se kažeta na vseh področjih življenja, in sicer v iskanju pomoči, slabšem prepoznavanju potreb posameznika in spregledanju njegovih zahtev (Ur. l. RS, št. 24/18). Za osebe z duševnimi motnjami stigmatizacija predstavlja oviro pri iskanju pomoči, prav tako pa ti občutki pri pacientu povečajo simptome bolezni in so neposredno povezani z dalj časa trajajočo motnjo ter slabšo kakovostjo in uspešnostjo zdravljenja. Občutki nezaželenosti preprečijo, da bi pacienti svoje težave zaupali družini in prijateljem, zato pogosto posegajo po neprofesionalnih alternativnih oblikah pomoči. Posledično se pacienti pričnejo zapirati sami vase, kar lahko pripelje do socialne izolacije (Doley et al., 2017).

Strukturna stigmatizacija se kaže v zanikanju težave, pomanjkljivi oskrbi in celo zanemarjanju in podcenjevanju ljudi z duševnimi težavami pri odločanju in soodločanju. Vse to vodi v pozno iskanje pomoči in prevladujoč občutek manjvrednosti, ki pomembno prispeva k slabim izidom zdravljenja in rehabilitacije ter izgubi upanja. Stigma je po mnenju SZO poglavitna ovira pri vzpostavljanju ustreznih, kakovostnih in dostopnih služb na področju duševnega zdravja. Stigma in s tem socialna izključenost sta veliko breme za osebe z duševno motnjo in njihove svojce. Stigmatizacija predstavlja najhujšo oviro pri iskanju pomoči, kar ima systemske vplive (načrtovanje, politika in financiranje) ter nepopravljivo poškoduje samospoštovanje in življenjske možnosti posameznikov, ki so izpostavljeni (Ur. l. RS, št. 24/18).

Zaradi občutkov stigmatizacije s strani družbe pride do ponotranjenja predsodkov o duševnih motnjah, kar pri posameznikih povzroči upad samospoštovanja in ponotranjenja

stigme. Ljudje posledično diskriminirajo sami sebe, strah pred družbeno izključitvijo pa vodi v poskuse prikrivanja bolezni, kar predstavlja veliko oviro pri iskanju pomoči in sodelovanju v psihiatričnem zdravljenju. *Samostigmatizacija* omejuje tudi pobude za izboljšanje položaja stigmatiziranih skupin v družbi, saj je razlog za zanikanje bolezni in s tem ohranjanje pripadnost stigmatizirani skupini (Strbad et al., 2008).

Neprestano doživljanje stigme pripelje do ponotranjenja stigme ter do prepričanja, da so razlogi za izključevanje in stigmatizacijo resnični, utemeljeni in upravičeni. Na ta način pride do samostigmatizacije, ki izvira iz družbeno pripisane stigme in je posledica sovraštva do samega sebe (Kuhar, 2009). Samostigmatizacija pomeni sprejetje negativnih predsodkov, kar privede do socialnega odmika, povečanja negativnih čustev ter do propada socialnih, osebnostnih in funkcionalnih dejavnosti (Ozer et al., 2017).

Stigmatiziran posameznik lahko ostane nedotaknjen od očitkov stigme, izoliran s svojo drugačnostjo in zavarovan z lastnimi prepričanji. O sebi misli kot o popolnoma normalnem človeku, prepričan je, da zasluži enako priložnost za življenje in uspeh v družbi. Pri drugih pa vedno odkrije prepričanje, da ni tak kot drugi. Posameznik vedno znova ugotavlja, da ne more izvršiti pričakovanj, ki spadajo k njegovi socialni kategoriji, da je v nekem smislu podrejen, kar se tiče izpolnjevanja pripisanih obveznosti. To lahko privede do razcepljene lastne podobe, ki se lahko spremeni v samosovraštvo in samoponiževanje, propadanje osebnosti ter depresijo (Goffman, 2008).

Psihološki napor za spoprijemanje s stigmo imajo posledice tako na področju mentalnega kot fizičnega zdravja, saj stigma na eni strani zatre, na drugi pa poveča težave, kot so dosegljivost zdravstvenih virov, socialna izolacija in stres. Prav zaradi stigme mnogo posameznikov ne poišče strokovne pomoči, kar pa je ključni razlog za neuspešno okrevanje (Yeh et al., 2017). Tako kot je duševna motnja razlog za diskriminacijo, pa je lahko tudi diskriminacija razlog za nastanek motnje v duševnem zdravju (Kuhar, 2009).

Dva najpreprostejša načina, s katerima družba stigmatiziranim posameznikom sporoča, da so podrejeni, sta socialno zavračanje ali socialna izolacija in zmanjšana pričakovanja. *Socialno zavračanje* ne vpliva le na stigmatiziranega posameznika, vendar vpliva na vse vpletene, na primer družino, prijatelje in sorodnike. To posameznike vodi, da omejijo svoje odnose z drugimi stigmatiziranimi ter z najbližjimi, pri katerih socialne vezi prevladajo nad stigmo. Na ta način socialno zavračanje deluje kot oblika socialne kontrole, ki se kaže v

zmanjšanih pričakovanjih družbe. Mnogi stigmatizirani namreč ne dobivajo spodbude, da se razvijajo, rastejo, nimajo enakovredne možnosti za uspeh. Socialno izključevanje vodi do upadanja dosežkov ter zmanjšanja samospoštovanja, ki ima lahko za posledico negativno identiteto. Le-ta posamezniku onemogoča razvoj drugih delov osebnosti. Najbolj usodna posledica stigme pa je, da posamezniki nase in na svoja življenja pričnejo gledati skozi stigmo in za svoje težave krivijo stigmatizirano lastnost (Coleman, 1999).

## **6.3 Diskriminacija**

Beseda diskriminacija izvira iz latinske besede »*discriminare*«, kar pomeni »medsebojno ločevanje«. Pomeni ločevanje med različnimi možnostmi, oziroma imeti preference do določene izbire. V sodobnem pomenu je beseda diskriminacija razumljena kot »nedopustno razlikovanje« saj poteka na osnovi pripadnosti določeni skupini. Neposredno nastaja zaradi različnih osebnostnih lastnosti, ki posameznike povezujejo v določeno družbeno skupino. Posredno pa diskriminacija nastaja zaradi žaljivih in ponižujočih odzivov na stigmo (Kuhar, 2009).

### **6.3.1 Stereotipi in predsodki**

*Stereotipi* so tipizirane sodbe, ki so nam posredovane preko družbene interpretacije in pomenijo neupoštevanje individualnih razlik med posamezniki. So posledica posploševanja, pomanjkljivih dejstev in dezinformacij (Kuhar, 2009).

Stereotip je predstava, miselni vzorec v naši zavesti, ki nastane na podlagi generaliziranih, splošnih informacij, ki krožijo med ljudmi. Z uporabo stereotipa si prihranimo miselno aktivnost, saj nastane brez naše zavestne udeležbe, skozi nas namreč govorijo predstave drugih. Stigmatizacija pa je proces, kjer se stigma realizira v obliki negativne identitete in se hrani s stereotipnimi predstavami. Stigma se od stereotipa razlikuje po tem, da od nas zahteva zavestno udeležbo in naš osebni interes. Stigma je odnos, ki drugega posameznika postavlja v izrazito podrejen položaj, ga diskriminira in mu odreka človeškost. V latentni obliki stigma pomeni določene negativne stereotipe, aktivira pa se samo s posameznikovo zavestno odločitvijo (Goffman, 2008).

*Predsodki* niso le miselne sodbe, ampak vključujejo tudi čustva in čustveno obarvane sodbe. S predsodki legitimiramo zaostrovanje razlik med »nami« in »njimi«, torej med tistimi, za katere lažno menimo, da so izvor vseh naših težav. Predsodki lahko hitro postanejo vezivo družbenih množic, tedaj se spremenijo v orodje agresije in predstavljajo opravičilo vsakovrstnemu preganjanju, izganjanju in diskriminaciji (Kuhar, 2009).

## **6.4 Stigma in motnje hranjenja**

Motnje hranjenja so posledica prenehanja in/ali restrikcije hrane z resnimi zdravstvenimi posledicami in visoko stopnjo smrtnosti v primerjavi z drugimi duševnimi motnjami. Ta klasifikacija duševne motnje potrjuje stigmatizacijo duševne bolezni, hkrati pa so te motnje stigmatizirane zaradi interpretacije motenj hranjenja kot prostovoljnih vedenjskih odločitev. Pri prvem tipu stigme je posameznik označen kot drugačen, kar spremeni njegovo identiteto, saj se povezuje z negativnimi stereotipi, kar posledično pripelje do diskriminacije posameznika in izgube statusa. Nasprotno, druga vrsta stigme predstavi motnjo hranjenja kot vedenjsko odločitev, ne pa kot resno duševno motnjo. Posamezniki so zato pogosto prikazani kot moralno slabši ter osebno odgovorni za nastanek te motnje (Easter, 2012).

Stigmatizacija je za paciente z duševnimi motnjami bolj obremenjujoča kot simptomi bolezni in posledična nezmožnost. Paciente ovira pri iskanju pomoči ter pri sodelovanju v zdravljenju, zmanjšuje pa tudi njihovo pobudo za izboljšanje položaja v skupnosti. Je pomemben razlog za zanikanje bolezni in s tem ohranjanje pripadnosti stigmatizirani skupini (Strbad et al., 2008). Almenara in sodelavci (2017) dodajajo, da se osebe z motnjami hranjenja pogosto zavedajo negativnih oznak, ki jim jih zaradi njihovega telesnega videza namenja družba. Zato mnogi raziskovalci verjamejo, da so do določene mere posamezniki ponotranjili stigmatizacijo in posledično stigmatizirajo tudi sami sebe.

Zaradi določenih lastnosti motenj hranjenja bi lahko sklepali, da ima pri njihovem nastanku pomembno vlogo genetika. To dodatno povečuje stigmatizacijo teh motenj, saj spodbuja spolno diskriminacijo, pogosteje naj bi namreč zbolele ženske. Poudarek pa se postavlja tudi na karakterne lastnosti posameznika, ki naj bi določale, da je ta vase zagledan in domišljav. Motnje hranjenja so v družbi predstavljene kot biološko pogojene duševne motnje z genetskimi dejavniki tveganja, kljub temu da do danes še ni bilo

izvedene raziskave, ki bi dokazovala vpliv genetike na njihov pojav. Ta podatek je zelo pomemben z vidika stigmatizacije pacientov z motnjami hranjenja, saj genetski vzroki predstavijo duševno motnjo kot nekaj dolgotrajnega, posledično močno definirajo posameznika in še povečujejo stigmo (Easter, 2012).

Za razliko od ostalih pacientov z duševnimi motnjami družba posameznike z motnjami hranjenja ne šteje za nevarne, ampak jih pogosto obravnava kot krive in osebno odgovorne za lastno telesno težo in telesni videz. Prav zato so ukrepi za destigmatizacijo pacientov z motnjami hranjenja pogosto neuspešni, stigmatizacija pa močno prisotna (Doley et al., 2017).

Lepkowska (2014) navaja, da naj bi družba posameznike z motnjami hranjenja obravnavala kot plehke, nezanesljive, nadležne, šibke in nedisciplinirane. Prav tako obstajajo prepričanja, da so te motnje povzročene s strani posameznika ter da bi jih le-ta lahko kontroliral. Vsa ta zmotna prepričanja krepijo stigmatizacijo, kar pa vodi v hude posledice za trpeče posameznike. Tudi študija, ki so jo izvedli Ebnetter in sodelavci (2011), ugotavlja, da stigma izvira iz mišljenja ljudi, da so ti posamezniki »dobili, kar so si zaslužili«.

Raziskave kažejo, da velika večina populacije anoreksije nervose in bulimije nervose ne dojema kot duševne motnje, temveč meni, da sta motnji posledici odločitve posameznika. To potrjuje raziskava, ki so jo leta 2000 izvedli Crisp in sodelavci, ki je dokazala, da 33 % anketirancev meni, da sta motnji posledica vedenja posameznikov ter, da so le-ti odgovorni za lastno stanje. 35 % jih meni, da bi se pacienti lahko pozdravili, če bi si le želeli, 31 % pa jih je mnenja, da je razlog za nastanek motenj hranjenja v šibki volji in nizki samopodobi posameznikov (Sebastian in Richards, 2017).

Puhl in Suh (2015) navajata, da je stigmatizacija povišane telesne teže pogosto pogojena z družbeno ustvarjenimi stereotipi, da so ti posamezniki leni, neinteligentni, nedisciplinirani ter da jim primanjkuje motivacije za izboljšanje lastnega zdravja. Ti stereotipi obstajajo v mnogih okoljih, vključno s službenim prostorom ter zdravstvenimi in izobraževalnimi ustanovami, kar pomembno vpliva na kakovost življenja posameznikov.

## 7 NAČINI UPRAVLJANJA S STIGMO

Stigmi se posameznik upira, jo zavrača in je ne čuti kot verodostojno informacijo o svoji osebnosti. Je identiteta, ki je posameznik noče, vendar se je ne more znebiti, vse dokler tega ne stori okolje, ki to identiteto proizvaja. Stigma se vzpostavi z odnosom okolja in samo tako lahko spet izgine (Goffman, 2008).

Goffman (2008) predstavlja vrsto različnih načinov upravljanja s stigmatizirano identiteto, ki jo razdelimo glede na odzive stigmatiziranih oseb na svojo stigmo:

- *Popravilo*: Posameznik poskuša spremeniti objektivni razlog svoje stigme, na primer odstranitev telesne posebnosti s plastično operacijo.
- *Kompenzacija ali posredno popravilo*: Je oblika posrednega upravljanja s stigmo, ko se posameznik nauči opravljati dejavnosti, ki jih zaradi razloga stigme praviloma ne bi mogel opravljati, na primer slepi se nauči smučanja.
- *Prekinitev z realnostjo*: Pomeni reinterpretacijo stigme, ko se posameznik oprime interpretacije stigme v nasprotju s stigmatizirajočo, na primer homoseksualne parade ponosa.
- *Osamitev*: Za posameznika pomeni pobeg iz realnosti, kjer se posamezniku ni potrebno spoprijemati s svojo stigmo.

Kuhar (2009) pojasnjuje načine upravljanja s stigmo:

- *Destigmatizacija*: Je ena od pogostih strategij upravljanja s stigmo, kjer se vzpostavi samozavestna pozicija v identiteti, ki jo okolica sicer stigmatizira. Ta pozicija deluje kot obrambni ščit pred stigmo, saj posameznik z vzpostavitvijo takšnega odnosa okolici ne dovoli razvrednotenja lastne identitete. Destigmatizacija deluje tudi v obratni smeri, v smislu pritiska na širšo okolico, da posameznika in njegovo identiteto sprejme.
- *Racionalizacija stigme*: Pomeni ugotovitev, da je stigma neizogibna in na nek način razumljiva. Pri racionalizaciji pride do pojasnitve stigme, kar posledično pripelje do njenega sprejetja.
- *Relativizacija stigme*: Pri tem načinu posameznik svojo stigmo razume kot eno od možnih okoliščin, zaradi katerih je izključen, vendar pa to razume kot splošen trend izključevanja, ki je v družbi običajen.

- *Skrivanje stigme*: Je najpogostejša strategija upravljanja s stigmo. Posameznik se izogne situacijam, v katerih bi bil potencialno diskriminiran, na način, da svojo stigmo skriva.
- *Zrcaljenje stigme*: Vzpostavi se tako, da se vzrok problema prenese na tiste, ki stigmatizirajo. V posameznikovi interpretaciji je torej problem pripisan okolici in ne več njegovim lastnostim.
- *Stigma kot prednost*: Nastane preko uvida, da iz izkušnje stigme izhajajo pozitivne pridobitve za posameznika, saj posameznik pridobi izkušnje, ki so pravzaprav njegova prednost.
- *Resignacija*: Pomeni vdanost v usodo in je pozicija, ki jo sprejmejo posamezniki, ki so neprestano izpostavljeni stigmatizaciji in diskriminaciji.

Mnogo posameznikov z motnjami hranjenja svojo bolezen poizkuša prekriti, saj bi njeno razkritje privedlo do številnih negativnih posledic v kakovosti življenja. Posameznik tako stigmatizacijo prepreči s tem, da se z zanikanjem motnje izključi iz stigmatizirane skupine in se poizkuša vključiti v bolj privilegirane socialne skupine. Ključnega pomena je torej počutje medsebojnega sprejetja med posamezniki v stigmatizirani skupini. Če se posameznik identificira s skupino, se v njej počuti sprejetega, mu to pomaga pri ustvarjanju načrta za reševanje lastnih težav, ki se jih priuči preko izobraževanja. Počutiti se sprejetega pomaga pri povečanju zaznavanja samega sebe, omogoča boljši nadzor nad lastno boleznijo, izboljša vidik duševnih motenj v družbi in posledično zmanjša prisotnost stigme (Strbad et al., 2008).

## 7.1 Destigmatizacija

Destigmatizacija je opredeljena kot zmožnost nevtraliziranja oziroma sposobnost ostati neprizadet zaradi doživljanja stigmatizacije. Ta značilnost igra ključno vlogo pri boju proti stigmatizaciji (Griffiths et al., 2014).

Diskriminacijo lahko zmanjšujemo s tem, da krepimo ljudi, ki stigmo doživljajo, in s povečevanjem pismenosti na področju duševnega zdravja. Ljudi, ki doživljajo stigmo, je potrebno vključiti v vse faze načrtovanja in odločanja o službah in storitvah, ki jih potrebujejo, ter v presojo njihovega delovanja. Povečevanje pismenosti družbe na področju duševnega zdravja se nanaša na znanje, prepričanja in stališča o duševnih motnjah, saj to

znanje pomaga pri njihovem prepoznavanju, obravnavi in preventivi. Povečevanje razumevanja in znanja o duševnih motnjah in njihovih posledicah ter večine ukrepanja sta dve izmed orodij destigmatizacije, ki ju je mogoče uporabiti v sklopu destigmatizacijskih kampanj ali v rednih izobraževanjih dijakov, študentov in zaposlenih. Poleg pismenosti je zlasti za osebe z duševnimi motnjami ključno opolnomočenje, ki jim omogoča, da povečajo nadzor nad lastnim življenjem in zmožnostjo, da ukrepajo v zadevah, ki so zanje pomembne. Stigmatizacija na področju duševnega zdravja je manjša, če so službe organizirane na osnovni ravni zdravstvenega, socialnega varstva in družine, kar izboljša integracijo oskrbe in poveča možnost za pravočasno obravnavo pridruženih (fizičnih) bolezni (Ur. l. RS, št. 24/18).

## **7.2 Vloga medicinske sestre pri destigmatizaciji**

Zdravstveni delavci se dnevno srečujemo s posamezniki, ki trpijo za različnimi motnjami v duševnem zdravju. Z uporabo strokovnega znanja, ki nam omogoča korekten način in obravnavo, imamo moč, da tako v profesionalnem kot zasebnem življenju izobrazimo okolico in tako pripomoremo k zagotovitvi bolj kakovostnega življenja posameznikov, ki za temi motnjami trpijo. Poleg zagotavljanja enakopravne obravnave, spoštovanja človekovih in pacientovih pravic je naloga medicinskih sester tudi promocija mentalnega zdravja, k čemur spada spodbujanje pacientove samozavesti in pozitivne samopodobe. S spremembo posameznikovega doživljanja bolezni se poveča želja po socializaciji ter izboljša motivacija za sodelovanje v procesu zdravljenja, kar pozitivno vpliva na sam potek in izid zdravljenja.

Doley in sodelavci (2017) menijo, da naj bi družbeno stigmatizacijo pacientov z motnjami hranjenja zmanjšala sprememba pogleda družbe na vzroke za pojav teh motenj. To spremembo, poimenovano kot etiološka pojasnila, naj bi po mnenju avtorjev dosegli na tri načine: s pojasnjevanjem, z izobraževanjem in z medosebno interakcijo.

- *S pojasnjevanjem* razložimo, da na nastanek motenj hranjenja vplivajo biološki in socio-kulturni faktorji. S tem pojasnimo, da je motnja posledica faktorjev, na katere posameznik nima vpliva, s tem pa zmanjšamo osebno odgovornost pacienta za pojav te motnje.
- *Z izobraževanjem in informiranjem* ljudi ter rušenjem stereotipnih prepričanj o stigmatizirani skupini, vplivamo na spremembo mišljenja ljudi, z namenom izboljšati



izobraženost družbe na področju motenj hranjenja. Ta način vključuje učenje o vzrokih, simptomih in zdravljenju motenj hranjenja, to pa ne samo, da zmanjšuje stigmo, pridobljene informacije tudi pozitivno vplivajo na bolj kakovostno življenje posameznikov, ki za motnjami trpijo.

- *Z medosebno interakcijo* s posamezniki iz stigmatizirane skupine omogočimo porušenje stereotipov, zmanjšamo strah, spodbujamo empatijo in omogočimo vpogled v osebno stališče in doživljanje motnje.

Ozer in sodelavci (2017) pojasnjujejo, da lahko zdravstveni delavci veliko spremembo pri zmanjševanju stigme naredimo tudi z uporabo ustreznih izrazov za poimenovanje duševnih motenj in pacientov, ki za njimi trpijo. Pogosto se uporabljajo izrazi, ki so sarkastični, nesramni in se opirajo na negativne lastnosti posameznikov, kar pri pacientih povzroča občutke osramočenosti in nezaželenosti. Z uporabo medicinskih izrazov, ki ne ponižujejo posameznika, bi zmanjšali diskriminacijo in zagotovili strokovno zdravstveno obravnavo. Avtorji so izvedli raziskavo, ki je dokazala, da uporaba manj stigmatizirajočih izrazov za poimenovanje duševnih motenj pripomore k zmanjševanju stigme, prav tako pa izboljša strokovnost zdravstvene obravnave ter pacientom zagotavlja občutek enakopravnosti. Zaničevalno poimenovanje ima negativen vpliv na ostalo strokovno osebje, študente, paciente, njihove družine in posledično na celotno družbo. Vse to vodi do negativne percepcije duševnih motenj v družbi ter do vse večje stigmatizacije. Prav zato bi se morali zdravstveni delavci zavedati, da se sprememba začne pri nas samih. S spremembo komunikacije in izrazov, ki jih uporabljamo, lahko storimo velik korak k boljši sprejetosti duševnih motenj v družbi.

V skladu s priporočili SZO mora Slovenija spodbujati skrb ljudi za svoje duševno zdravje in podpirati socialnovarstvene programe in neformalne oblike pomoči v skupnosti, integrirati službe za duševno zdravje v osnovno raven pomoči ter omejiti sprejeme v psihiatrične bolnišnice in zavode. Dolgotrajna institucionalizacija ima škodljive posledice za duševno zdravje, zato je potrebno preusmeriti sredstva iz institucionalne v skupnostne oblike obravnave (Ur. l. RS, št. 24/18).

27. marca 2018 je bila sprejeta Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (RNPZ), katere glavni poudarek je preoblikovanje in prilagajanje delovanja na področju duševnega zdravja. Dodajajo se nove strukture v organizacijo preventive, promocije, zdravljenja in rehabilitacije. RNPZ predvideva oblikovanje regionalnih

centrov za duševno zdravje odraslih ter centrov za duševno zdravje za otroke in mladostnike. Na področju bolnišnične psihiatrije odraslih se predvideva vzpostavljanje specializiranih enot za gerontopsihiatrijo in posamezne duševne motnje ter stanja. Na področju preventive in promocije zdravja se predvideva krepitev referenčnih ambulant in timov družinske medicine ter vzpostavljanje centrov za krepitev zdravja, ki vključujejo otroke, mladostnike in odrasle. Temeljna platforma za uresničevanje te resolucije je vključevanje, povezovanje in sodelovanje vseh služb in deležnikov v skrbi za duševno zdravje posameznika in skupin prebivalcev v lokalni skupnosti ter na vseh ravneh obravnave (Ur. l. RS, št. 24/18).

## 8 RAZPRAVA

Današnja družba vedno bolj posega na področje zdravja oziroma bolezni in posledično vedno bolj vpliva na posameznika in njegovo doživetje sebe. Posledica je pretirano poudarjanje zdravja in načinov za njegovo doseganje. Posamezniki med goro informacij, ki so jim na voljo, težko ločijo med tistimi, ki so utemeljene in slonijo na dokazih, ter med informacijami, ki so zavajajoče. V poskusih za doseganje postave, ki je v družbi idealizirana, posamezniki posegajo po številnih metodah, ki pa v veliko primerih niso zdrave in lahko vodijo v hude zdravstvene težave. Ljudje še vedno niso dovolj dobro poučeni o primerni prehrani ter telesni aktivnosti, zato se opirajo in idealizirajo postave, ki jih prikazujejo mediji. Posledica tega je naraščanje števila oseb z motnjami hranjenja, ki so zaradi visoke pojavnosti in hudih zdravstvenih posledic eden izmed resnih problemov družbenega zdravja. Kot navajajo Puhl in sodelavci (2014), so vzroki za pojav motenj hranjenja v psiholoških in bioloških dejavnikih, ki jih spodbujajo sociokulturni faktorji, kot so družbeni pritisk, povečevanje suhosti, modna in živilska industrija ter normaliziranje diet in zbadanje debelejših. Družba in njeni posamezniki se ne zavedajo resnosti problematike ter posledic, ki jih njihov odnos pušča na trpečih posameznikih.

V diplomskem delu smo si zastavili cilj pojasniti vpliv stigmatizacije na paciente z motnjami hranjenja ter predstaviti vlogo medicinske sestre pri destigmatizaciji. Med pisanjem diplomskega dela smo ugotovili, da stigmatizacija pacientov z motnjami hranjenja v današnji družbi obstaja na vseh področjih, tudi med zdravstvenimi delavci. Kot najuspešnejši metodi za zmanjševanje stigme sta se pokazali informiranje in izobraževanje družbe o motnjah hranjenja ter interakcija in osebni kontakt s posamezniki, ki so motnjo preboleli oziroma jo trenutno prebolevajo. Družba se namreč ne zaveda, da so motnje hranjenja resne duševne motnje in ne le posledica posameznikove šibke volje ter nezmožnosti samokontrole.

Stigmatizacija in diskriminacija telesne teže velikokrat izvirata iz družbeno ustvarjenih stereotipov. Puhl in Suh (2015) navajata, da družba pogosto označuje posameznike z motnjami hranjenja kot lene, šibke volje, površne, nedisciplinirane, neinteligentne ter da jim primanjkuje motivacije za izboljšanje lastnega zdravja. Andreyeva in sodelavci (2008) so v raziskavi ugotovili, da se je stigma zaradi telesne teže v Združenih državah Amerike povečala in da se lahko primerja s stigmatizacijo rase, povečuje pa se predvsem med

ženskim spolom. Almenara in sodelavci (2017) navajajo podatke, da je v Združenih državah Amerike 92,5 % odraslih podpiralo vsaj eno stigmatizirajoče vedenje proti osebi s prekomerno telesno težo. Navedejo tudi, da je od vseh sodelujočih v raziskavi 43 % Američanov, 59 % Kanadčanov in 33 % Islandcev poročalo o tem, da so bili vsaj enkrat žrtev zbadanja ali žrtev neenakovredne obravnave zaradi svoje telesne teže.

Stigmatizacija obstaja tudi med zdravstvenim osebjem, kar potrjuje tudi Griffiths in sodelavci (2014), ki v članku navedejo študijo, ki je dokazala, da 51,5 % zdravniškega osebja in 59,3 % negovalnega osebja meni, da so posamezniki z anoreksijo nervoso in bulimijo nervoso osebno odgovorni za svoje stanje. Študija je prav tako odkrila, da 31 % sodelujočih meni, da ti dve motnji predstavljata nenormalno vedenje v kontekstu šibke, manipulativne in neustrezne osebnosti.

Predstavljanje duševne motnje kot moralno pomanjkljivost je ne le škodljivo za posameznika, ki za motnjo trpi, ampak to negativno vpliva tudi na intervencije javnega zdravja pri preprečevanju in zdravljenju motenj (Ebner et al., 2011).

Posamezniki, zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije, morajo biti osebno zreli, tolerantni, moralno-etično trdni, imeti morajo sposobnost čustvovanja in empatije. Zdravstveni delavci morajo pacienta sprejeti takšnega, kakršen je, saj zdravstvena nega ne pomeni delo za pacienta, ampak delo s pacientom, njegovo bližnjo okolico in ljudmi, ki so pacientu pomembni. Primarna naloga medicinske sestre je vzpostavitev terapevtskega odnosa, v katerem bo pacientu zagotovljena podpora in pomoč, da doseže samostojnost in neodvisnost. Pogoj za vzpostavitev dobrega odnosa med pacientom in medicinsko sestro je terapevtska komunikacija, ki mora temeljiti na iskrenosti, spoštovanju in brezpogojnem sprejemanju pacienta.

Cilj izobraževanja družbe o stigmatiziranih skupinah, kot so posamezniki z motnjami hranjenja, je spremeniti odnos družbe, ki bo pospeševal in izboljšal možnost posameznikom pri prepoznavanju svojega stanja in jih spodbudil pri iskanju pomoči. Sebastian in Richards (2017) navajata, da so osebni kontakt in interakcija s stigmatiziranimi posamezniki, kot tudi izobraževanje in zagotavljanje dejstev in informacij, ki podirajo stereotipe, učinkoviti pri zmanjševanju stigme in izboljšanju ozaveščenosti družbe glede duševnega zdravja.

Puhl in sodelavci (2014) so izvedli raziskavo, ki je preučevala podporo družbe pri potencialnih strategijah in politiki proti debelosti in motnjam hranjenja ter njihovi destigmatizaciji. Rezultati raziskave so pokazali veliko podporo družbe, šol, zdravstva, medijev in zakonodaje. Med posamezniki iz poklica, ki se ukvarja z motnjami hranjenja, je bila podpora 71–99 %, kar kaže na veliko podporo pri uveljavljanju strategij, ki bi zagotavljale konkretne spremembe. Med širšo družbo je bila podpora 50–83 %, kar prikaže zaskrbljenost družbe glede motenj hranjenja in stigme telesne teže, prav tako pa to podaja platformo za uveljavljanje novih strategij. Na podlagi te raziskave bi lahko dosegli sporazum s sociokulturnimi vplivi v našem okolju, ki vplivajo na nastanek motenj hranjenja ter stigmatizacije telesne teže, rezultati pa prikažejo tudi potrebo po vzpostavitvi politike in strategij, ki bi vplivale na ta problem.

Za doseganje optimalnega nivoja delovanja posameznika z duševno motnjo je ključnega pomena tudi zdravstvena vzgoja, kjer ima veliko vlogo medicinska sestra. Z dobro zdravstveno vzgojo se dosega primerno znanje, ki je pomembno z vidika zdravljenja in rehabilitacije ter kasnejše izveninstitucionalne obravnave in vključitve v družbo. Pomen zdravstvene vzgoje na področju psihiatrije je nepogrešljiv, saj integracija posameznika z duševno motnjo v družbo bistveno pripomore k zastavljenim ciljem v procesu obravnave in zagotavlja boljšo kakovost posameznikovega življenja. Namen zdravstvene vzgoje je dejavna družba, ki ima znanje in pozna dejavnike tveganja in si prizadeva za lastno zdravje.

## 9 ZAKLJUČEK

Motnje hranjenja niso le težava posameznika, temveč imajo vpliv tako na njegovo bližnjo socialno okolje kot na družbo kot celoto. Ljudje pogosto menijo, da so motnje hranjenja posledica osebne šibkosti ter nezmožnosti samokontrole, vendar moramo kot družba povečati zavedanje o tem, da temu ni tako. Motnje hranjenja so resne duševne motnje, pri katerih pride zaradi neurejenih vzorcev prehranjevanja do hudih sprememb v duševnem in telesnem zdravju posameznika. Posamezniki se ne počutijo dobro v lastni koži, nezadovoljni so s podobo lastnega telesa, kar izražajo preko vzorcev prehranjevanja.

Stigmatizacija pacientov z motnjami hranjenja je v današnji družbi zelo pogosta. Zavedamo se, da stigme nikoli ne bomo dokončno odpravili, vendar pa je potrebno, da storimo vse, kar je v naši moči, da to stigmo zmanjšamo. Po pregledu v diplomskem delu uporabljenih strokovnih in znanstvenih virov ugotavljamo, da je odnos družbe do ljudi z motnjami hranjenja še vedno odklonilen. Tukaj vidimo pomembno vlogo medicinske sestre, ki lahko s svojim delovanjem, tako v osebni kot poklicni okolju, pripomore k zmanjševanju stigme. K temu bi pripomoglo kontinuirano izobraževanje strokovnih delavcev o nastanku motenj hranjenja. S poznavanjem znakov, vzrokov ter različnih možnosti zdravljenja motenj hranjenja bi strokovni delavci obolelim posameznikom omogočili hitrejši vstop v zdravstveno obravnavo, kar bi imelo vpliv na boljši potek in izid zdravljenja. S pridobljenim strokovnim znanjem, bi zdravstveni delavci pridobili pogled v pomembnost ozaveščanja in izobraževanja širše družbe o tej tematiki, saj se veliko strokovnega osebja ne zaveda hudih posledic, ki jih povzročajo motnje hranjenja. Poleg izobraževanja strokovnih delavcev pa je velika tudi potreba po izobraževanju širše družbe, saj bomo le tako naredili korak k spremembi njenega mišljenja ter s tem omogočili trpečim posameznikom bolj kakovostno življenje. Zavedati se moramo, da imamo vsi posamezniki vpliv na nastanek motenj hranjenja, saj s sledenjem smernicam, ki nam jih sporočajo mediji, ustvarjamo svet, ki temelji na idealih.

Družba se zaveda problema stigmatizacije oseb z duševnimi motnjami, saj so ukrepi za destigmatizacijo vedno pogostejši. S sprejetjem Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 se kažejo resne potrebe po spremembah na tem področju. Medicinske sestre se moramo zavedati, da nam ta program ponuja dodatno možnost za promocijo in izobraževanje javnosti o duševnem zdravju ter o možnostih za izvajanje ukrepov za zmanjševanje stigme. Vendar pa se bo kljub temu največji korak v reševanju

tega problema zgodil, ko bomo spremenili mišljenje in odnos v nas samih ter spremenili razmišljanje o sprejemanju ljudi z duševno motnjo. Pri tem pa imamo lahko odločilno vlogo medicinske sestre s tem, da z lastnim zgledom tako strokovni kot laični javnosti podajamo primerne vzorce vedenja in obravnave posameznikov z duševnimi motnjami ter informiramo družbo o tej pomembni tematiki.

## 10 LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI

Almenara C, Aime A, Maiano C et al. (2017). Weight stigmatization and disordered eating in obese women: the mediating effects of self-esteem and fear of negative appearance evaluation. *Eur Rev Appl Psychol* 67: 155–62.

doi: 10.1016/j.erap.2017.02.004.

Andreyeva T, Puhl R, Brownell K (2008). Changes in perceived weight discrimination among Americans. *Obesity* 16: 1129–34. doi: 10.1038/oby.2008.35.

Bair A, Steele J, Mills J (2014). Do these norms make me look fat? The effect of exposure to others' body preferences on personal body ideals. *Body Image* 11(3): 275–81.

doi: 10.1016/j.bodyim.2014.04.004

Bajt M, Gabrijelčič Blenkuš M, Jeriček Klanšček H, et al. (2009). Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Dostopno na:

[http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/dusevno\\_zdravje\\_publicacija.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/dusevno_zdravje_publicacija.pdf)

<9.6.2018>.

Barle Lakota A (2007). Družbeni vidiki obravnave in razumevanja zdravja in telesa–nacionalizacija (podržavljanje) intimnosti? In: Strgulc Krajšek S, Popit T, Vičar M, eds. Genialna prihodnost- genetika, determinizem in svoboda. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo, 55–72.

Coleman L (1999). Stigma – razkrita enigma. In: Nastan Ule M, eds. Predsodki in diskriminacije. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, 198–216.

Copak M, Učman S (2012). Psihološki vidiki motenj hranjenja. In: Serbec K, eds. Motnje hranjenja. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 37–57.

Doley J, Hart L, Stukas A, Petrovic K, Bouguettaya A, Paxton S (2017). Interventions to reduce the stigma of eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord* 50: 210–30. doi: 10.1002/eat.22691.



Duffy M, Henkel K (2016). Words on walls: passive eating disorder education. *Eat Disord* 24(2): 148–60. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2015.1034054>.

Easter M (2012). »Not all my fault«: genetics, stigma, and personal responsibility for women with eating disorders. *Soc Sci Med* 75: 1408–16.

Ebnetter D, Latner J, OBrien K (2011). Just world beliefs, causal beliefs, and acquaintance: associations with stigma toward eating disorders and obesity. *Pers Individ Dif* 51: 618–22. doi: 10.1016/j.paid.2011.05.029.

Gnezda S (2009). Zgodovina psihiatrične zdravstvene nege. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 14–8.

Goffman E (2008; 1963). *Stigma : zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Maribor: Aristej.

Gorše Muhič M (2009). Terapevtska komunikacija. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 31–9.

Griffiths S, Mond J, Murray S, Touyz S (2014). The prevalence and adverse associations of stigmatization in people with eating disorders. *Int J Eat Disord* 48: 767–74. doi: 10.1002/eat.22353.

Gronholm P, Thornicroft G, Laurens K, Evans-Lacko S (2017). Mental health-related stigma and pathways to care for people at risk of psychotic disorders or experiencing first-episode psychosis: a systematic review. *Psychol Med* 1–13. doi: 10.1017/S0033291717000344.

Jerina T (2015). Vloga medicinske sestre v skupnostni psihiatrični obravnavi. In: Peterka Novak J, Bregar B, eds. *Izobraževalne vsebine v zdravstveni negi na področju psihiatrije*. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, 6–11.

Knobloch-Westerwick S, Crane J (2012). A losing battle: effects of prolonged exposure to thin-ideal images on dieting and body satisfaction. *Communication Research* 39(1): 70–102.

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Ur L RS 71/14.

Komazec S (2015). Etični problemi in dileme zdravstvene nege pri obravnavi pacientov v urgentnih stanjih. In: Peterka Novak J, Bregar B, eds. *Izobraževalne vsebine v zdravstveni negi na področju psihiatrije*. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, 151–6.

Kovačič M (2007). *Nelagodje v telesu*. Maribor: Locutio, zavod za kulturno iniciativo.

Kuhar M, Leskošek V (2008). (Ne)zadovoljstvo deklet s telesnim videzom in dietno vedenje. *Socialna pedagogika* 12(3): 229–46.

Kuhar R (2009). Na križiščih diskriminacije: večplastna in intersekcijaska diskriminacija. Ljubljana: Mirovni inštitut. Dostopno na: <http://www3.mirovni-institut.si/wp-content/uploads/2014/08/Na-kriziscih-diskriminacije.pdf>. <9.6.2018>.

Kuklec V (2010). Stigmatizacija pacientov z različnimi diagnozami s strani zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 44(3): 195–201.

Lepkowska D (2014). Reducing misunderstanding and stigma of eating disorders. *Br J Sch Nurs* 9(3): 112–5.

Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MBK-10-AM). Pregledni seznam bolezni. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Michels N, Amenyah S (2017). Body size ideals and dissatisfaction in Ghanaian adolescents: role of media, lifestyle and well-being. *Pub Health* 146: 65–74.  
doi: 10.1016/j.puhe.2017.01.006.

O'Neill K (2018). Eating disorders: is inaction tantamount to negligence? *HCPJ* 18(1): 9–12.

Ozer U, Varlik C, Ceri V, Ince B, Delice M (2017). Change starts with us: stigmatizing attitudes towards mental illnesses and the use of stigmatizing language among mental health professionals. *J Psychiatry Neurol Sci* 30: 224–32.  
doi: 10.5350/DAJPN2017300306.

Pandel Mikuš R, Vičič V (2016). Prehrana in moderne prehranske prakse. In: Godič Torkar K, Jevšnik M, Ovca A, Pandel Mikuš R, Zore A, eds. *Higiena živil in moderne prehranske prakse: zbornik predavanj*, Ljubljana, Slovenija 25. maj 2016. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, 51–64.

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028. Uradni list RS, št. 24/18.

Peterka Novak J, Horvat L (2009). Vloga zdravstvene nege pri spoštovanju človekovih pravic. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 19–26.

Puhl R, Neumark-Sztainer D, Austin S, Luedicke J, King K (2014). Setting policy priorities to address eating disorders and weight stigma: views from the field of eating disorders and the US general public. *BMC Pub Health* 14: 524–44.  
doi: 10.1186/1471-2458-14-524.

Puhl R, Suh Y (2015). Stigma and eating and weight disorders. *Curr Psychiatry Rep* 17: 10–20. doi: 10.1007/s11920-015-0552-6.

Sebastian J, Richards D (2017). Changing stigmatizing attitudes to mental health via education and contact with embodied conversational agents. *Comput Human Behav* 73: 479–88. doi: 10.1016/j.chb.2017.03.071.

Sernec K (2012). Motnje hranjenja – bolezen sodobnega časa. In: Sernec K, eds. *Motnje hranjenja*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 15–35.

Strbad M, Švab I, Zalar B, Švab V (2008). Stigma of mental illness: comparison of patients and students attitudes in Slovenia: primerjava stališč bolnikov in študentov v Sloveniji: Stigma duševne bolezni. *Zdrav Vestn* 77: 481–5.

Škerbinek A (2009). Etika v psihiatrični zdravstveni negi. In: Možgan B, eds. *Zakon o duševnem zdravju, zakon o pacientovih pravicah in mesto zdravstvene nege*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 16–9.

Šolc S (2012). Izobraževanje oseb z motnjami hranjenja – odnos do hrane in telesa. In: Sernek K, eds. *Motnje hranjenja*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 99–119.

Švab V (2009). *Duševna bolezen in stigma*. Ljubljana: ŠENT Slovensko združenje za duševno zdravje.

Živič Z (2009). Ko gradimo most med zakoni in prakso. In: Možgan B, eds. *Zakon o duševnem zdravju, zakon o pacientovih pravicah in mesto zdravstvene nege*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 24–34.

Živič Z (2015). Etične dileme v gerontopsihiatriji. In: Peterka Novak J, Bregar B, eds. *Izobraževalne vsebine v zdravstveni negi na področju psihiatrije*. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, 71–7.

Yeh M, Jewell R, Thomas V (2017). The stigma of mental illness: using segmentation for social change. *J of Pub Policy & Marketing* 36(1): 97–116.