

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review



53(3)

Ljubljana 2019

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

ISSN 1318-2951 (tiskana izdaja), e-ISSN 2350-4595 (spletna izdaja)

UDK 614.253.5(061.1)=863=20, CODEN: OZNEF5

Ustanovitelj in izdajatelj:

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Glavna in odgovorna urednica:

doc. dr. Mateja Lorber

Urednik, izvršni urednik:

doc. dr. Mirko Prosen

Urednica, spletna urednica:

Martina Kocbek Gajšt

Uredniški odbor:

- **viš. pred. mag. Branko Bregar**, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Slovenija
- **prof. dr. Nada Gosić**, Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija in Medicinski fakultet, Hrvaška
- **doc. dr. Sonja Kalauz**, Zdravstveno veleučilište Zagreb, Hrvaška
- **izr. prof. dr. Vladimír Kališ**, Karlova Univerza, Univerzitetna bolnišnica Pilsen, Oddelek za ginekologijo in porodništvo, Češka
- **doc. dr. Igor Karnjuš**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Slovenija
- **asist. Petra Klanjšek**, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija
- **pred. mag. Klavdija Kobal Straus**, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Slovenija
- **Martina Kocbek Gajšt**, Karlova Univerza, Inštitut za zgodovino Karlove Univerze in Arhiv Karlove Univerze, Češka
- **doc. dr. Andreja Kvas**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija
- **doc. dr. Sabina Ličen**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Slovenija
- **doc. dr. Mateja Lorber**, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija
- **doc. dr. Miha Lučovnik**, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, Slovenija
- **izr. prof. dr. Fiona Murphy**, Swansea University, College of Human & Health Sciences, Velika Britanija
- **izr. prof. dr. Alvisa Palese**, Udine University, School of Nursing, Italija
- **viš. pred. Petra Petročnik**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija
- **doc. dr. Mirko Prosen**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Slovenija
- **prof. dr. Árún K. Sigurdardóttir**, University of Akureyri, School of Health Sciences, Islandija
- **red. prof. dr. Brigita Skela-Savič**, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Slovenija
- **viš. pred. mag. Tamara Štemberger Kolnik**, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Slovenija
- **prof. dr. Debbie Tolson**, University West of Scotland, School of Health, Nursing and Midwifery, Velika Britanija
- **doc. dr. Dominika Vrbnjak**, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija

Lektorica za slovenščino:

Simona Jeretina

Lektorici za angleščino:

lekt. mag. Nina Bostič Bishop

lekt. dr. Martina Zajc

Naslov uredništva: Ob železnici 30 A, SI-1000 Ljubljana, Slovenija

E-naslov: obzornik@zbornica-zveza.si

Spletna stran: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si>

Letna naročnina za tiskan izvod (2017): 10 EUR za dijake, študente in upokojence; 25 EUR za posameznike - fizične osebe; 70 EUR za pravne osebe.

Naklada: 590 izvodov

Tisk in prelom: Tiskarna knjigovoznica Radovljica

Tiskano na brez kislinškem papirju.

Matična številka: 513849, ID za DDV: SI64578119, TRR: SI56 0203 1001 6512 314

Ministrstvo za izobraževanje, znanost, kulturo in šport: razvid medijev - zaporedna številka 862.

Izdajo sofinancira Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije.

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review

REVIJA ZBORNICE ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZE STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

REVIEW OF THE NURSES AND MIDWIVES ASSOCIATION OF SLOVENIA



Ljubljana 2019 Letnik 53 Številka 3
Ljubljana 2019 Volume 53 Number 3

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

NAMEN IN CILJI

Obzornik zdravstvene nege (Obzor Zdrav Neg) objavlja izvirne in pregledne znanstvene članke na področjih zdravstvene in babiške nege ter interdisciplinarnih tem v zdravstvenih vedah. Cilj revije je, da članki v svojih znanstvenih, teoretičnih in filozofskih izhodiščih kot eksperimentalne, neeksperimentalne in kvalitativne raziskave ter pregledi literature prispevajo k razvoju znanstvene discipline, ustvarjanju novega znanja ter redefiniciji obstoječega znanja. Revija sprejema članke, ki so znotraj omenjenih strokovnih področij usmerjeni v ključne dimenzije razvoja, kot so teoretični koncepti in modeli, etika, filozofija, klinično delo, krepitev zdravja, razvoj prakse in zahtevnejših oblik dela, izobraževanje, raziskovanje, na dokazih podprto delo, medpoklicno sodelovanje, menedžment, kakovost in varnost v zdravstvu, zdravstvena politika idr.

Revija pomembno prispeva k profesionalizaciji zdravstvene nege in babištva ter drugih zdravstvenih ved v Sloveniji in mednarodnem okviru, zlasti v državah Balkana ter širše centralne in vzhodnoevropske regije, ki jih povezujejo skupne značilnosti razvoja zdravstvene in babiške nege v postsocialističnih državah.

Revija ima vzpostavljene mednarodne standarde na področju publiciranja, mednarodni uredniški odbor, širok nabor recenzentov in je prosto dostopna v e-obliki. Članki v Obzorniku zdravstvene nege so recenzirani s tremi zunanjimi anonimnimi recenzijami. Revija objavlja članke v slovenščini in angleščini in izhaja štirikrat letno.

Zgodovina revije kaže na njeno pomembnost za razvoj zdravstvene in babiške nege na področju Balkana, saj izhaja od leta 1967, ko je izšla prva številka Zdravstvenega obzornika (ISSN 0350-9516), strokovnega glasila medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, ki se je leta 1994 preimenovalo v Obzornik zdravstvene nege. Kot predhodnica Zdravstvenega obzornika je od leta 1954 do 1961 izhajalo strokovno-informacijsko glasilo Medicinska sestra na terenu (ISSN 2232-5654) v izdaji Centralnega higienskega zavoda v Ljubljani.

Obzornik zdravstvene nege indeksirajo: CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), ProQuest (ProQuest Online Information Service), Crossref (Digital Object Identifier (DOI) Registration Agency), COBIB.SI (Vzajemna bibliografsko-kataložna baza podatkov), Biomedicina Slovenica, dLib.si (Digitalna knjižnica Slovenije), ERIH PLUS (European Reference Index for the Humanities and the Social Sciences), DOAJ (Directory of Open Access Journals), J-GATE, Index Copernicus International.

SLOVENIAN NURSING REVIEW

AIMS AND SCOPE

Published in the Slovenian Nursing Review (Slov Nurs Rev) are the original and review scientific and professional articles in the field of nursing, midwifery and other interdisciplinary health sciences. The articles published aim to explore the developmental paradigms of the relevant fields in accordance with their scientific, theoretical and philosophical bases, which are reflected in the experimental and non-experimental research, qualitative studies and reviews. These publications contribute to the development of the scientific discipline, create new knowledge and redefine the current knowledge bases. The review publishes the articles which focus on key developmental dimensions of the above disciplines, such as theoretical concepts, models, ethics and philosophy, clinical practice, health promotion, the development of practice and more demanding modes of health care delivery, education, research, evidence-based practice, interdisciplinary cooperation, management, quality and safety, health policy and others.

The Slovenian Nursing Review significantly contributes towards the professional development of nursing, midwifery and other health sciences in Slovenia and worldwide, especially in the Balkans and the countries of the Central and Eastern Europe, which share common characteristics of nursing and midwifery development of post-socialist countries.

The Slovenian Nursing Review follows the international standards in the field of publishing and is managed by the international editorial board and a critical selection of reviewers. All published articles are available also in the electronic form. Before publication, the articles in this quarterly periodical are triple-blind peer reviewed. Some original scientific articles are published in the English language.

The history of the magazine clearly demonstrates its impact on the development of nursing and midwifery in the Balkan area. In 1967 the first issue of the professional periodical of the nurses and nursing technicians Health Review (Slovenian title: Zdravstveni obzornik, ISSN 0350-9516) was published. From 1994 it bears the title The Slovenian Nursing Review. As a precursor to Zdravstveni obzornik, professional-informational periodical entitled a Community Nurse (Slovenian title: Medicinska sestra na terenu, ISSN 2232-5654) was published by the Central Institute of Hygiene in Ljubljana, in the years 1954 to 1961.

The Slovenian Nursing Review is indexed in CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), ProQuest (ProQuest Online Information Service), Crossref (Digital Object Identifier (DOI) Registration Agency), COBIB.SI (Slovenian union bibliographic/catalogue database), Biomedicina Slovenica, dLib.si (The Digital Library of Slovenia), ERIH PLUS (European Reference Index for the Humanities and the Social Sciences), DOAJ (Directory of Open Access Journals), J-GATE, Index Copernicus International.

KAZALO / CONTENTS**UVODNIK / LEADING ARTICLE**

- Acceptance and perceptions of old age and aging
Sprejemanje starosti in staranja ter odnos do njiju
Mateja Lorber 188

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- The impact of delivery mode on the risk of neonatal intracranial haemorrhage: a prospective population-based cohort study
Vpliv načina poroda na tveganje za intrakranialne krvavitve pri novorojenčku: prospektivna populacijska kohortna raziskava
Nika Buh, Miha Lučovnik 194
- Rojstvo nedonošenega otroka in podpora zdravstvenih delavcev z vidika mater: deskriptivna fenomenološka raziskava
The birth of a premature infant and the support of health care professionals as experienced by the mothers: a descriptive phenomenological study
Nika Černe Kržišnik, Mirko Prosen 200

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK / REVIEW ARTICLE

- Vpliv terapije z lutko na življenje oseb, obolenih za demenco: sistematični pregled
Impact of doll therapy on life of people living with dementia: a systematic literature review
Nataša Mlinar Reljić, Zvonka Fekonja, Jasna Mulej, Sergej Kmetec, Majda Pajnikihar 211
- Pogostnost sindroma bolnih stavb v bolnišnicah v povezavi z okoljskimi dejavniki: sistematični pregled literature
Prevalence of the sick building syndrome in hospitals in relation to environmental factors: a systematic literature review
Sedina Kalender Smajlović, Mateja Dovjak, Andreja Kukec 221
- Duhovnost v zdravstveni negi v Sloveniji: pregled literature
Spiritual care in nursing in Slovenia: literature review
Klelija Štrančar, Andreja Mihelič Zajec 232

Leading article / Uvodnik

Acceptance and perceptions of old age and aging Sprejemanje starosti in staranja ter odnos do njiju

Mateja Lorber

Modern times are marked by major social developments brought about by the changes in the fields of economy, politics and population structure. The longstanding trends of declining fertility, growing life expectancy and migration have resulted in an accelerated process of population aging and the associated challenges and opportunities. Demographic data show that, on average, life expectancy is increasing across the globe. Over the course of the 20th century, it rose by 20 years, and Kontis and colleagues (2017) predict that many countries will see a further increase by 2030. This study ranks Slovenia among the top five European countries with the highest projected life expectancy at birth for women in 2030, namely 87.4 years (Kontis, et al., 2017). The World Health Organization [WHO] (2011) highlights the fact that population aging is a global trend and that in Europe alone, the percentage of those aged over 65 will almost double over the following 50 years. It is estimated that by 2030-2035, over 25 % of Europeans will be over 65 years old. Population aging is therefore a universal and global problem affecting developed societies. Changes in the demographic structure of the population affect all areas of economic and social life. Morgan and Kunkel (2016) note that the social institutions most affected by the aging population are those of education and the economy. Awareness of the impact of demographic changes in most European countries on people's behaviour has sparked intense research interest by the United Nations, the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) and the European Union.

Each individual's experiences related to old age and aging depend on the quality of contact with other people, the specific time and place of residence, and are determined solely by one's life experiences (Domanjko & Pahor, 2009). Consequently, one might say that the importance of age and aging is predominantly socially conditioned. Morgan and Kunkel (2016) maintain

that it is only by taking into account individual social contexts that the exact point in time when aging begins can be determined. It can be argued that the core values of a society are most clearly reflected in its attitudes towards its elderly. At the same time, attitudes towards aging vary – people may either accept aging as a fact of life, or instead place greater emotional reliance on their partner and children. They may even resort to work so as to avoid facing the processes of aging. What seems to be of key importance in overcoming age-related problems are the attitudes towards aging one has developed over the course of one's life, as well as a healthy lifestyle, and acceptance of aging. As stated by Eržen (2008), a person's attitude towards one's age depends on one's age bracket. He adds that it is very difficult to accept the fact that one has grown old, as we all seem to perceive other people as old, but not ourselves. Ramovš (2014) also points out that maintaining and promoting health in old age is highly dependent on how one perceives and experiences one's own aging process. According to Ramovš (2014) each individual should ponder on the question whether they perceive aging as something difficult, or, conversely, accept it as a fact of life one should adapt to while uncovering the importance and meaning of life. What seems to be an obstacle in understanding the process of aging is a general lack of awareness thereof until one reaches a certain age, as, according to Little (2014), each culture and society has a certain set of expectations and assumptions related to aging.

Although the WHO (2007) defines aging as a lifelong process which begins even before birth and continues throughout one's lifetime, according to Kuhar (2007), old age and hence also aging are still taboo to people of all generations: the younger and middle generations may not wish to think about old age and aging, while the elderly do not wish to accept it. Spence and Radunovich (2007) find that the growing number of

Assistant Professor Mateja Lorber, PhD, MSc, BSc, RN; University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Žitna ulica 15, 2000 Maribor, Slovenia

Correspondence e-mail / Kontaktni e-naslov: mateja.lorber@um.si

Received / Prejeto: 13. 8. 2019

Accepted / Sprejeto: 17. 8. 2019

<https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.3.2992>

older people and incessant negative representations of aging lead to negative views of the elderly. As stated by Domanjko and Pahor (2009), in Slovenia as well, there is a prevailing belief that old age is accompanied with illness and loss of independence, while an aging population represents a social obligation. There are also common misconceptions equating aging with a decrease in physical, mental and social abilities and functionality. At this stage of life, we are generally faced with potential and actual limitations, which modern culture has failed to prepare us for. We should learn to slow down, to distribute our energy economically, to be kind to ourselves, and to contemplate life (Schmid, 2015). Old age should not be perceived only as the last stop, but should become a form of art informed by the knowledge of the mysteries of aging associated not only with our body and outer appearance, but also imbued with a deeper meaning, which encourages us to turn inward and devote ourselves to discovering our inner wealth (Grün, 2010). Skela-Savič and colleagues (2010) find that quality aging depends not only on having lived a meaningful life. What is also important in addition to health and longevity is the person's degree of vigour or proactiveness, their ability of introspection, social inclusion, health-related perceptions, financial and social capacity, level of educational attainment, as well as the level of development of health-care system. Similarly, Hvalič Touzery (2014) stresses that the concept of active aging must be taken into consideration even at very old age, and that the promotion of the quality of life in old age incorporates an optimal degree of seizing the given opportunities associated with health, social engagement and security.

In the past, the elderly were perceived as an important part of society, often representing an economically significant factor, and were primarily seen as a sign of healthy social relationships within a common space characterised by a high culture of living and intergenerational coexistence (Mlinar, 2010). For a society consisting of younger, middle and older generations to function as a whole, there must be cooperation and coexistence in harmony between all three generations. Spence and Radunovich (2007) highlight the need for people to maintain contact in order to more easily avoid prejudices and stereotypes. Bengston and Oyama (2007) define intergenerational solidarity as "social cohesion between generations", whereby the authors point out that intergenerational cohesion and solidarity can only be created through dialogue, whose main objective for the young and middle generations is to obtain new experiences and for the elderly to be given a sense of respect and appreciation. We should all strive to achieve a higher level of coexistence between generations. Železnik (2014) also points out that living in a shared household with one's children and grandparents creates much better intergenerational harmony. Unfortunately, as stated by Spence and Radunovich (2007), in its current

state, our society is not inclined towards promoting intergenerational harmony, and the inadequate systemic solutions may even lead to intergenerational conflicts. Moreover, the importance of youth is more heavily emphasised than that of old age.

Today, we know many stereotypes about aging and the elderly. Ory and colleagues (2003) define them as assumptions and generalisations about how people of a certain age should behave and what they are likely to experience regardless of individual differences and unique circumstances. Research (Levy, 2003; Packer & Chasteen, 2006) have shown that age-related prejudice can be detected already in young children. In some extreme cases, we can even talk about ageism, which means systematically stereotyping and discriminating against people because of their age (Morgan & Kunkel, 2016). Ramovš (2010) defines ageism as a dislike of old people and their personal or social denigration. The term also refers to personal rejection of aging and old age. Kotter-Grühn and Hess (2012) find that when people are confronted with negative messages regarding old age, their desire for youth increases. This desire is present already in young and middle-aged adults. Eržen (2008) points out that the political and media discourses most often accentuate the costs associated with an aging population. Such messages contribute greatly to negative social perceptions of aging and the elderly and influence people's attitudes towards old age and aging. Rozanova (2010) notes that older people are still underrepresented in the media; Vickers (2007), too, observes that most people in the media are young and energetic. It should be kept in mind that negative attitudes towards aging and old age and the presence of age-related stereotypes represent a problem to the elderly, as the activation of negative stereotypes about aging can greatly affect their lives (Kotter-Grühn & Hess, 2012). Conversely, research shows that a positive attitude to aging is associated with greater prosperity and longevity (Levy et al., 2002; Uotinen, et al., 2005), a higher level of life satisfaction (Brothers, et al., 2015), better health (Beyer, et al., 2015) and well-being (Levy, 2003), and better social networking (Menkin, et al., 2017). We can certainly speak of the longevity revolution (Applewhite, 2017), which can actually be regarded the most important phenomenon of our time, a tremendous opportunity to solve virtually all of our problems, and perhaps the highest achievement in human history, which will fail to be recognised as such unless we see the true meaning of old age. The fact remains that old age is still devalued and tabooed as something inferior, undesirable and marginal (Milavec Kapun, 2011).

We can conclude that old age affects each and every one of us. It is therefore important to recognise aging as a part of life, a process associated with specific changes and challenges we must all face – as individuals, societies, states, government institutions, professions and scientific disciplines. Perceptions of age and aging

also have a major impact on the individual's and hence the society's attitudes towards older people. However, to better understand old age and aging and thus improve the attitudes towards older people, some key changes need to be made in the direction of their acceptance; it is necessary to conduct activities aimed at eliminating prejudices and stereotypes concerning old age and the elderly. Such changes can only be achieved through adequate information and research and cooperation between all stakeholders – decision-makers at private or public levels, schools, universities, trade unions, professional associations, and in particular public media. This is the only way for people of all generations to come to understand old age and aging, and, what is most important, recognise all the positive aspects they bring.

Slovenian translation / Prevod v slovenščino

Današnji čas zaznamujejo velike družbene spremembe, ki so posledica razvoja gospodarskih in političnih dejavnikov ter sestave prebivalstva. Zaradi dolgoletnega trenda zniževanja rodnosti, daljšanja življenjske dobe, preseljevanja, migracij se srečujemo s pospešenim procesom staranja prebivalstva ter z njim povezanimi izzivi in priložnostmi. Demografski podatki kažejo, da se povprečna življenjska doba podaljšuje v vseh državah sveta. Od začetka do konca 20. stoletja se je povišala za 20 let; Kontis in sodelavci (2017) pa ugotavljajo, da se bo do leta 2030 v mnogih državah še zvišala. Glede na ugotovitve se je Slovenija uvrstila med pet držav v Evropi z najvišjo pričakovano življenjsko dobo ob rojstvu za ženske leta 2030, in sicer 87,4 leta (Kontis, et al., 2017). Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organisation [WHO], 2011) izpostavlja, da je staranje globalen trend in da naj bi se samo v Evropi v naslednjih 50 letih število starejših od 65 let skoraj podvojilo. Že v letih 2030–2035 naj bi bilo več kot 25 % Evropejcev starejših od 65 let. Staranje prebivalstva je torej eden izmed univerzalnih in globalnih problemov, s katerim se soočajo razvite družbe. Spremembe v demografski sestavi prebivalstva vplivajo na vsa področja gospodarskega in družbeno-socialnega življenja. Morgan in Kunkel (2016) izpostavljata, da sta prav izobraževanje in gospodarstvo dobra primera družbenih institucij, ki jih močno prizadene rast starejšega prebivalstva. Zaradi zavedanja vpliva demografskih sprememb na vedenje ljudi v večini evropskih držav v prihodnjih letih se s problematiko staranja prebivalstva intenzivno ukvarjajo in jo proučujejo Združeni narodi, Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]) in Evropska unija.

Izkušnje, povezane s starostjo oziroma staranjem posameznika, so odvisne od povezanosti posameznika z drugimi ljudmi, časom in krajem bivanja ter določene izključno z že preživetimi leti (Domanjko & Pahor,

2009). Glede na to bi lahko rekli, da je pomen starosti in staranja pretežno družbeno pogojen, saj kot navajata Morgan in Kunkel, je le ob upoštevanju družbenih kontekstov možno ugotoviti, kdaj se staranje za nekoga začne. Z odnosom do starejših družba izkazuje svoje temeljne vrednote. Odzivi na staranje so različni: ljudje se lahko sprijaznijo s staranjem ali pa se čustveno opirajo na partnerja in otroke. Lahko so predani delu in bežijo pred soočenjem s starostjo. Pri premagovanju težav, povezanih s starostjo, so pomembni lasten odnos do starosti, ki ga v življenju razvije posameznik, zdrav način življenja in sprejemanje staranja. Eržen (2008) navaja, da je posameznikovo gledanje na lastno starost odvisno od njegovega starostnega obdobja. Dodaja, da ljudje zelo težko sprejememo dejstvo, da smo stari; največkrat velja, da so starejši v naših očeh drugi ljudje. Tudi Ramovš (2014) poudari, da sta ohranjanje in krepitev zdravja v starosti zelo odvisna od tega, kako človek svoje staranje sprejema in doživlja. Ob tem naj si vsak posameznik zastavi vprašanje, ali sprejema staranje kot nekaj težavnega ali pa ga doživlja kot življenjsko stvarnost, ki se ji prilagaja ter ob tem odkriva nov pomen in smisel življenja. Ovira za razumevanje staranja je, da ga ljudje redko razumemo, dokler sami ne dosežemo starosti, saj imata, kot navaja Little (2014), vsaka kultura in družba nabor pričakovanih in predpostavk o staranju.

Kljub temu, da je Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2007) opredelila staranje kot vseživljenjski proces, ki se začne, še preden se rodimo, in traja vse življenje, sta po mnenju Kuharja (2007) starost in s tem tudi staranje še vedno tabu vseh generacij: mlada in srednja generacija o starosti in staranju ne želita razmišljati, medtem ko ju starejši ne želijo sprejeti. Spence in Radunovich (2007) ugotavljata, da naraščajoče število starejših in nenehna sporočila o staranju kot nečem slabem vodijo do negativnih misli o starejših. Na žalost tudi v Sloveniji, kot navajata Domanjko in Pahor (2009), še vedno prevladuje misel, da starost prinese bolezen in nezmožnost za samostojnost, staranje prebivalstva pa družbeno obveznost. Zmotno mišljenje ljudi staranje navadno enači tudi z zmanjševanjem telesnih, miselnih in socialnih sposobnosti ter zmogljivosti. Značilno je, da se v tem času ljudje soočijo z možnimi in dejanskimi omejitvami, na kar nas sodobna kultura ne pripravi, vendar se je treba naučiti upočasniti samega sebe, gospodarno razporediti svoje moči, biti prizanesljiv do samega sebe in premišljevali o življenju (Schmid, 2015). Starost naj ne bo le zadnja postaja, temveč naj z znanjem o skrivnostih staranja postane umetnost, ki ne zadeva le naše zunanosti oziroma telesa, ampak nosi v sebi tudi smisel, ki človeka obrača navznoter, da se posveti samemu sebi in odkrije svoje notranje bogastvo (Grün, 2010). Skela-Savič in sodelavci (2010) ugotavljajo, da za kakovostno staranje ni dovolj le smiselno življenje, temveč so poleg zdravja in dolgega življenja pomembni tudi delavnost oziroma aktivnost, sposobnost samoopazovanja, socialna vključenost, odnos do lastnega zdravja,

finančna in socialna zmožnost, izobrazba ter razvitost zdravstvenega sistema. Hvalič Touzery (2014) poudarja, da je tudi v visoki starosti treba upoštevati koncept aktivnega staranja, ki vključuje optimalno uresničitev danih možnosti posameznikovega zdravja, udeležbo v družbi in varnost z namenom spodbujanja kakovosti življenja v starosti.

Dejstvo je, da so bili v preteklosti stari ljudje pomemben del družbe, neredko tudi gospodarsko pomemben dejavnik, predvsem pa znamenje zdravega družbenega odnosa in skupnega prostora, ki je odražal sožitje, visoko kulturo življenja in medgeneracijskega sožitja (Mlinar, 2010). Da bi družba, ki jo sestavljajo mlada, srednja in tretja generacija, delovala kot celota, morajo vse generacije sodelovati in bivati v sožitju. Spence in Radunovich (2007) izpostavita potrebo po ohranjanju stikov, da bi se tako lažje izognili pojavu predsodkov in stereotipov. Bengston in Oyama (2007) opredelita medgeneracijsko solidarnost kot socialno povezanost med generacijami ter izpostavita, da se medgeneracijska povezanost in solidarnost lahko ustvarjata le skozi pogovor, katerega glavni cilj za mlado in srednjo generacijo je pridobitev novih izkušenj, za starejše pa občutek spoštovanja in cenjenosti. Vsi bi si morali prizadevati za doseganje boljšega sožitja med generacijami. Železnik (2014) izpostavlja še, da se ob skupnem življenju z otroki in starimi starši pojavi veliko boljše medgeneracijsko sožitje. Žal pa današnje stanje v družbi, kot navajata Spence in Radunovich (2007), ni naklonjeno spodbujanju medgeneracijskega sožitja, saj lahko neustrezne sistemske rešitve privedejo do medgeneracijskih konfliktov. Poleg tega se bolj poudarja pomen mladosti kot starosti.

Dandanes poznamo številne stereotipe o staranju in starejših, ki jih Ory in sodelavci (2003) opredelijo kot predpostavke in posplošitve o tem, kako naj bi se ljudje v določeni starosti vedli in kaj bodo verjetno doživeli, ne glede na posamezne razlike in edinstvene okoliščine. Nekateri avtorji (Levy, 2003; Packer & Chasteen, 2006) ugotavljajo, da je starostne predsodke mogoče zaznati že pri otrocih. V nekaterih skrajnih primerih govorimo celo o starizmu (staromrzništvu) ali ageizmu, ki pomeni sistematično stereotipizacijo in diskriminacijo ljudi zaradi njihove starosti (Morgan & Kunkel, 2016). Ramovš (2010) staromrzništvo definira kot odpor do starih ljudi in njihovo osebno ali družbeno podcenjevanje. Nanaša pa se tudi na osebni odpor do staranja in starosti. Kotter-Grühn in Hess (2012) ugotavljata, da se takrat, ko so ljudje soočeni z negativnimi informacijami o starosti, poveča njihova želja po mladosti. Ta želja je prisotna že pri odraslih mladih in tistih v srednjih letih. Eržen (2008) izpostavi, da se politiki in mediji pogosto ozirajo na stroške, ki so povezani s staranjem prebivalstva. Tak pogled veliko prispeva k negativni podobi staranja in starajočih v družbi ter vpliva na odnos ljudi do starosti in staranja. Rozanova (2010) ob tem ugotavlja, da starejši ljudje še vedno niso dovolj zastopani v

medijih; že Vickers (2007) je izpostavil, da je večina ljudi v medijih mladih in živahnih. Zavedati se je treba, da negativen odnos do lastnega staranja in starosti ter prisotnost starostnih stereotipov pri starejših predstavlja problem, saj lahko aktivacija negativnih stereotipov o staranju vpliva na njihovo življenje (Kotter-Grühn & Hess, 2012). Raziskave kažejo, da je pozitiven odnos do staranja povezan z večjo blaginjo in dolgoživostjo (Levy, et al., 2002; Uotinen, et al., 2005), višjo stopnjo zadovoljstva z življenjem (Brothers, et al., 2015), boljšim zdravstvenim stanjem (Beyer, et al., 2015), boljšim počutjem (Levy, 2003) in boljšo socialno mrežo (Menkin, et al., 2017). Vsekakor lahko govorimo o revoluciji dolgoživosti (Applewhite, 2017), ki je pravzaprav najpomembnejši pojav našega časa, izjemna priložnost za rešitev skoraj vseh naših težav ter morda najvišji dosežek v zgodovini človeštva, ki pa ne bo prepoznan kot tak, če ne bomo videli smisla starosti. Ta je namreč še vedno razvrednotena in tabuizirana kot nekaj manjvrednega, nezaželenega in obrobnega (Milavec Kapun, 2011).

Zaključimo lahko, da starost doleti vsakogar izmed nas, zato je pomembno zavedanje, da staranje predstavlja del življenja, povezanega s spremembami in izzivi, s katerimi se moramo soočiti vsi: posameznik, družba, država, vladne ustanove, stroka in znanost. Sprejemanje starosti in staranja v največji meri vpliva tudi na odnos posameznika in s tem celotne družbe do starejših ljudi. Da bi lažje razumeli starost in staranje in s tem izboljšali odnos do starejših ljudi, so potrebne spremembe predvsem v razumevanju, sprejemanju in odnosu do njiju; izvajati je treba aktivnosti za odpravo predsodkov in stereotipov, ki se nanašajo na starost in starejše ljudi. Te spremembe lahko dosežemo le z ustreznim informiranjem in raziskovanjem ter skupnim delovanjem vseh deležnikov: tistih, ki odločajo na zasebni ali javni ravni, šol, univerz, sindikatov, poklicnih združenj, še posebej pa javnih občil. To je namreč edini način, da bodo starost in staranje razumele vse generacije, predvsem pa spoznale vse pozitivne vidike, ki jih prinašata.

Literature

- Applewhite, A., 2017. *Lepota let: manifest proti starizmu*. Nova Gorica: Založba Eno.
- Beyer, A.K., Wolff, J.K., Warner, L.M., Schüz, B. & Wurm, S., 2015. The role of physical activity in the relationship between self-perceptions of aging and self-rated health in older adults. *Psychology and Health*, 30(6), pp. 671–685. <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1014370> PMID:25720739
- Bengston, V.L., & Oyama, P.S., 2007. Intergenerational solidarity and conflict. In: M. Cruz-Saco, & S. Zelenev, eds. *Intergenerational solidarity: strengthening economic and social ties*. New York: United Nations Headquarters, pp. 35–52.

- Brothers, A., Miche, M., Wahl, H.W. & Diehl, M., 2015. Examination of associations among three distinct subjective aging constructs and their relevance for predicting developmental correlates. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(4), pp. 547–560. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv085> PMID:26430165; PMCID:PMC5927160
- Domanjko, B., & Pahor, M., 2009. Doživljanje staranja v povezavi z zdravjem in aktivnostjo. In: D. Rugelj, & F. Sevšek, eds. *Zbornik predavanj: raziskovalni dan Zdravstvene fakultete, 4. december 2009*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, pp. 1–12.
- Eržen, I., 2008. Razbijanje predsodkov o staranju in starejših. In: M. Bilban, ed. *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja: zbornik prispevkov: 4. redno srečanje, 26. september 2008*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, pp. 227–233.
- Grün, A., 2010. *Umetnost staranja*. Celje: Mohorjeva družba.
- Hvalič Touzery, S., 2014. Zdravje, počutje in zadovoljstvo v življenjem najstarejših starih v Sloveniji. *Teorija in Praksa*, 51(2), pp. 458–474.
- Kontis, V., Bennett, J.E., Mathers, C.D., Li, G., Foreman, K., & Ezzati, M., 2017. Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble. *The Lancet*, 359(10076), pp. 1323–1335. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32381-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32381-9) PMID: 28236464; PMCID:PMC5387671
- Kotter-Grühn, D. & Hess, T.M., 2012. The impact of age stereotypes on self-perceptions of aging across the adult lifespan. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(5), pp. 563–571. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr153> PMID:22367710; PMCID:PMC3441190
- Kuhar, M. 2007. Sociološki vidik: prevrednotenje starosti in staranja. In: V. Razpotnik, ed. *Odnos Slovencev do starosti pokojninskega, sistema in varčevanja za starost: zbornik ob 10. obletnici Kapitalske družbe*. Available at: http://www.kapitalska-druzba.si/files/506/kad_zbornik2007_metka_kuhar.pdf [7. 5. 2018].
- Levy, B.R., 2003. Mind matters: cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(4), pp. 203–211. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.4.P203> PMID:12878645
- Levy, B.R., Slade, M.D., Kunkel, S.R. & Kasl, S.V., 2002. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 83(2), pp. 261–270. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.83.2.261> PMID:12150226
- Little, W., ed., 2014. *Introduction to Sociology*. 1st Canadian ed. Vancouver: Campus Open Source Textbook. Available at: <https://opentextbc.ca/introductiontosociology/front-matter/preface/> [7. 5. 2018].
- Menkin, J.A., Robles, T.F., Griuenewald, T.L., Tanner, E.K. & Seeman, T.E., 2017. Positive expectations regarding aging linked to more new friends in later life. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(5), pp. 771–781.
- Milavec Kapun, M., 2011. *Starost in staranje*. Ljubljana: Zavod IRC.
- Mlinar, A., 2010. Velike laži o starosti. *Kakovostna starost*, 11(2), pp. 57–58.
- Morgan, L.A., & Kunkel, S.R., 2016. *Aging, society and the life course*. 5th ed. New York, NY: Springer. <https://doi.org/10.1891/9780826121738>
- Ory, M., Kinney Hoffman, M., Hawkins, M., Sanner, B. & Mockenhaupt, R., 2003. Challenging aging stereotypes: strategies for creating a more active society. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3)(Supp. 2), pp. 164–171. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(03\)00181-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(03)00181-8) PMID:14552941
- Packer, D.J. & Chasteen, A.L., 2006. Looking to the future: how possible aged selves influence prejudice toward older adults. *Social Cognition*, 24(3), pp. 218–247. <https://doi.org/10.1521/soco.2006.24.3.218>
- Ramovš, J., 2010. *Slovar: staromrznštvo*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje. Available at: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/gerontologija/slovar/?offset=20> [7. 5. 2018].
- Ramovš, J. 2014. Staranje. *Kakovostna starost*, 17(1), pp. 45–54.
- Rozanova, J., 2010. Discourse of successful aging in the globe & mail: insights from critical gerontology. *Journal of Aging Studies*, 24(4), pp. 213–222. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2010.05.001>
- Schmid, W., 2015. *Umirjenost: kaj s starostjo pridobimo?* Kranj: Založba Narava.
- Skela-Savič, B., Zurc, J., & Hvalič Touzery, S., 2010. Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(2), pp. 96–100. Available at: <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2759> [7. 5. 2018].
- Spence, L., & Radunovich, H.L., 2007. Developing intergenerational relationships. Available at: <https://edis.ifas.ufl.edu/pdffiles/FY/FY100700.pdf> [7. 5. 2018].

Uotinen, V., Rantanen, T. & Suutama, T., 2005. Perceived age as a predictor of old age mortality: a 13-year prospective study. *Age and Aging*, 34(4), pp. 368–372.
<https://doi.org/10.1093/aging/afi091>
PMid:15899910

Vickers, K., 2007. Aging and the media: yesterday, today, and tomorrow. *Californian Journal of Health Promotion*, 5(3), pp. 100–105.
<https://doi.org/10.1093/aging/afi091>
PMid:15899910

World Health Organization (WHO), 2007. *Women, aging and health: a framework for action. focus on gender*. Geneva: WHO. Available at: <http://www.who.int/aging/publications/Women-aging-health-lowres>. [6. 6. 2018].

World Health Organization (WHO), 2011. Global health and aging. Available at: https://www.who.int/aging/publications/global_health.pdf [6. 6. 2018].

Železnik, D., 2014. *Skrb zase kot paradigma življenja starostnikov*. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstveno nego.

Cite as / Citirajte kot:

Lorber, M., 2019. Acceptance and perceptions of old age and aging. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(3), pp. 188–193.
<https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.3.2992>

Original scientific article / Izvirni znanstveni članek

The impact of delivery mode on the risk of neonatal intracranial haemorrhage: a prospective population-based cohort study

Vpliv načina poroda na tveganje za intrakranialne krvavitve pri novorojenčku: prospektivna populacijska kohortna raziskava

Nika Buh, Miha Lučovnik

Key words: labour; caesarean delivery; vacuum extraction; intracranial haemorrhage

Ključne besede: porod; carski rez; vakuumska ekstrakcija; intrakranialna krvavitve

Nika Buh, dipl. babica;
Zdravstvena fakulteta Univerze
v Ljubljani, Oddelek za
babištvo, Zdravstvena pot 5,
1000 Ljubljana, Slovenija

doc. dr. Miha Lučovnik, dr.
med.; Klinični oddelek za
perinatologijo, Ginekološka
klinika UKC Ljubljana,
Šlajmerjeva 4, 1000 Ljubljana,
Slovenija

Correspondence e-mail /
Kontaktiraj e-naslov:
miha.lucovnik@kclj.si

ABSTRACT

Introduction: The objective of the study was to examine the association between the mode of delivery and the incidence of neonatal intracranial haemorrhage.

Methods: Slovenian National Perinatal Information System (NPIS) data for the period 2002 through 2016 were analysed. Nulliparous women delivering singleton neonates in cephalic presentation weighting 2,500 to 4,000g were included. Incidence of neonatal intracranial haemorrhage in vacuum delivery vs. other modes of delivery was compared using the Chi-square test ($p < 0.05$ significant).

Results: 125,393 deliveries were included: 5,438 (4 %) planned caesarean deliveries, 9,7764 (78 %) spontaneous vaginal deliveries, 15,577 (12 %) emergency caesarean deliveries, and 6,614 (5 %) vacuum extractions. 17 (0.14/1000) neonatal intracranial haemorrhages were recorded: 12 occurred in spontaneous vaginal deliveries, two in emergency caesarean deliveries, and three in vacuum extractions. In comparison to infants born by spontaneous vaginal delivery, those delivered by vacuum extraction had higher rates of intracranial haemorrhage (odds ratio (OR) 3.70; 95% confidence interval (CI) 1.04–13.10). Risk estimates did not reach statistical significance when comparing infants born by vacuum extraction and those born by emergency caesarean delivery (OR 3.54; 95% CI 0.59–21.16).

Discussion and conclusion: Infants born by vacuum extraction have significantly higher rates of intracranial haemorrhage than those born by spontaneous vaginal delivery although the absolute risk is small. There are no significant differences in the rates of intracranial haemorrhage in vacuum extraction vs. emergency caesarean delivery.

IZVLEČEK

Uvod: Namen raziskave je bil preučiti povezavo med načinom poroda in tveganjem za intrakranialno krvavitve pri novorojenčku.

Metode: Analizirali smo podatke iz Nacionalnega perinatalnega informacijskega sistema (NPIS) za obdobje od leta 2002 do leta 2016. Vključili smo prvorodnice, ki so rodile od 2500 do 4000 g težke enojčke v glavični vstavi. Za primerjavo deležev intrakranialne krvavitve pri vakuumski ekstrakciji in drugih načinih poroda smo uporabili Hi-kvadrat test ($p < 0,05$ signifikantno).

Rezultati: Vključili smo 125393 porodov: 5438 (4 %) načrtovanih carskih rezov, 97764 (78 %) spontanih vaginalnih porodov, 15577 (12 %) urgentnih carskih rezov in 6614 (5 %) vakuumskih ekstrakcij. Diagnosticiranih je bilo 17 (0.14 / 1000) intrakranialnih krvavitve: 12 po spontanem vaginalnem porodu, dve po urgentnem carskem rezu in tri po vakuumski ekstrakciji. Vakuumska ekstrakcija je bila povezana s statistično pomembno povečanim tveganjem za intrakranialno krvavitve v primerjavi s spontanim vaginalnim porodom (razmerje obetov (RO) 3,70; 95% interval zaupanja (IZ) 1,04–13,10), a ne v primerjavi z urgentnim carskim rezom (RO 3,54; 95% IZ 0,59–21,16).

Diskusija in zaključek: Vakuumska ekstrakcija je povezana s povečanim tveganjem za intrakranialno krvavitve v primerjavi s spontanim vaginalnim porodom, vendar je absolutno tveganje majhno. Tveganje za intrakranialno krvavitve se ne razlikuje pomembno glede na operativno dokončanje poroda z vakuumsko ekstrakcijo ali urgentni carski rez.

The article is based on the undergraduate diploma thesis work by Nika Buh *Impact of operative vaginal delivery on neonatal intracranial haemorrhage risk* (2018).

Received / Prejeto: 18. 8. 2018
Accepted / Sprejeto: 13. 8. 2019

Introduction

Operative vaginal delivery rate in Slovenia has remained stable over the last decades with approximately 3 % of all neonates delivered by vacuum extraction and less than 0.1 % by forceps (Lučovnik, 2016; Rossen, et al., 2017). These rates are significantly lower compared to most industrialized countries (Rossen, et al., 2017). Overall caesarean delivery rate in Slovenia rose from less than 8 % in 1987 to around 20 % in 2016 (Lučovnik, 2016). Similarly to operative vaginal delivery, however, the country's caesarean delivery rate remains lower than that reported in most European countries (Europeristat, 2010; Rossen, et al., 2017). Approximately 6 % of nulliparous women presenting with spontaneous onset of labour at term in Slovenia deliver by vacuum extraction while around 10 % undergo emergency caesarean section (Rossen, et al., 2017). Such a discrepancy in incidences of operative vaginal vs. caesarean delivery could be, at least in part, attributable to a clinician's perception of decreased risks of neonatal injury associated with caesarean delivery compared to vacuum extraction.

Multiple studies have demonstrated that vacuum extraction can result in serious neonatal injury, including intracranial haemorrhage (Plauché, 1979; Cohn, et al., 1989; Johanson, et al., 1989; Hofmeyr, et al., 1990; Williams, et al., 1991; Loghis, et al., 1992; Johanson, et al., 1993; Kuit, et al., 1993; Castillo & Fordham, 1995; Huang & Lui, 1995; Odita & Hebi, 1996; Perrin, et al., 1996; Rijhsinghani & Belsare, 1997; Towner, et al., 1999; Wen, et al., 2001; Lučovnik, 2016). Reported incidences of neonatal intracranial haemorrhage associated with vacuum extractions varied significantly ranging from 1 in 268 to 1 in 860 vacuum deliveries (Plauché, 1979; Towner, et al., 1999; Lučovnik, 2016). The extent of neonatal risks associated with vacuum delivery seem to be, therefore, very population-specific and should not be simply extrapolated from the published data but rather analysed as a part of ongoing perinatal audit in individual clinical settings.

It is not clear whether neonatal injury associated with vacuum extraction can be attributed to operative vaginal delivery procedure *per se*. Studies comparing the risks of neonatal intracranial haemorrhage associated with operative vaginal delivery and those associated with emergency caesarean section have not found a protective effect of caesarean delivery (Towner, et al., 1999). These data suggest that it is abnormal labour, rather than a specific operative obstetric procedure, that carries most risks for the neonate.

The objective of our study was to examine the association between the mode of delivery and the risks of neonatal intracranial haemorrhage using a population-based perinatal database.

Methods

Description of the research procedure and data analysis

We evaluated data from the Slovenian National Perinatal Information System (NPIS). Since 1987, NPIS registers all deliveries in Slovenia at ≥ 22 weeks of pregnancy or when the birth weight is equal to 500 g or above. Registration is mandatory by law in the country's 14 maternity units and more than 140 variables are entered into a computerized database by an attending midwife and doctor. Patient demographics, family, medical, gynaecologic and obstetric history, data on current pregnancy, labour and delivery, postpartum period, and neonatal data are collected. To assure the quality of data collected, controls are built in the computerized system, data is audited periodically, and comparisons are made with international databases, such as the Vermont Oxford network in which Slovenia participates.

For the purpose of the current study, we analysed all singleton cephalic live-born neonates born to nulliparous women between 2002 and 2016 weighing between 2,500 and 4,000g. Neonates were grouped according to mode of delivery: spontaneous vaginal delivery, vacuum extraction, caesarean delivery in labour (emergency caesarean delivery), and planned (elective) caesarean delivery before the onset of labour. The forceps is used exceedingly rarely for operative vaginal delivery in Slovenia as shown by our previous studies (Lučovnik, 2016). Therefore, we chose to exclude forceps deliveries from the current study since numbers would be too small to allow meaningful statistical analysis.

International Classification of Diseases – 10 (ICD-10) codes for "intracranial laceration and haemorrhage due to birth injury" (P10) were assessed. We also analysed specific subgroups of neonatal intracranial haemorrhage included in the ICD-10: P10.0 "Subdural haemorrhage due to birth injury", P10.1 "Cerebral haemorrhage due to birth injury", P10.2 "Intraventricular haemorrhage due to birth injury", P10.3 "Subarachnoid haemorrhage due to birth injury", P10.4 "Tentorial tear due to birth injury", P10.8 "Other intracranial lacerations and haemorrhages due to birth injury", and P10.9 "Unspecified intracranial laceration and haemorrhage due to birth injury".

The chi-square test was used to compare vacuum extraction to other modes of delivery in terms of incidences of various intracranial haemorrhages. A two-tailed p value < 0.05 was considered statistically significant. The software used for statistical analysis was IBM SPSS Statistics for Windows version 21.0 (IBM Corp., Armonk, NY). This retrospective study of anonymous entries was exempt of approval by the Ethics committee.



Figure 1: Incidence of neonatal intracranial haemorrhage according to mode of delivery
Slika 1: Pojavnost intrakranialne krvavitve pri novorojenčkih glede na način poroda

Results

We included 125,393 deliveries in the analysis. 97,764 (78 %) were spontaneous vaginal deliveries, 6,614 (5 %) vacuum extractions, 15,577 (12 %) caesarean deliveries in labour (emergency caesarean deliveries), and 5,438 (4 %) planned (elective) caesarean deliveries before the onset of labour. Overall, 17 neonatal intracranial haemorrhages were recorded among nulliparous women with singleton pregnancies and cephalic foetal presentation during the study period (incidence 0.14/1000 all included deliveries). Of these, 12 occurred in spontaneous vaginal deliveries, two in emergency caesarean deliveries, three in vacuum extractions and none in planned caesarean deliveries (Figure 1).

Of 17 neonatal intracranial haemorrhages, five were subdural haemorrhages, all occurring in spontaneous vaginal delivery. Five were cerebral haemorrhages: three in spontaneous vaginal delivery, one in emergency caesarean delivery, and one in vacuum extraction. Three were intraventricular haemorrhages: one in spontaneous vaginal delivery, one in emergency caesarean delivery, and one in vacuum extraction. There was also one subarachnoid haemorrhage in spontaneous vaginal delivery and three not specified intracranial haemorrhages (two in spontaneous vaginal deliveries and one in vacuum extraction).

As compared with infants born by spontaneous vaginal delivery, those delivered by vacuum extraction had significantly higher rates of intracranial

haemorrhage (odds ratio (OR) 3.70; 95% confidence interval (CI) 1.04–13.10). Risk estimates for neonatal intracranial haemorrhage did not reach statistical significance when comparing spontaneous vaginal delivery to planned caesarean delivery and to emergency caesarean delivery (OR 1.39; 95% CI 0.08–23.50 and OR 1.05; 95% CI 0.23–4.67, respectively). Similarly, the odds of intracranial haemorrhage did not differ significantly when comparing infants born by vacuum extraction and by planned caesarean delivery (OR 5.76; 95% CI 0.30–111.56) and those born by vacuum extraction and emergency caesarean delivery (OR 3.54; 95% CI 0.59–21.16).

Discussion

Vacuum extraction was associated with neonatal intracranial haemorrhage although absolute risk was small (incidence of approximately 0.5/1000 vacuum deliveries). The association between intracranial haemorrhage and vacuum delivery has already been described in previous publications (Plauché, 1979; Cohn, et al., 1989; Johanson, et al., 1989; Hofmeyr, et al., 1990; Loghis, et al., 1992; Williams, et al., 1991; Johanson, et al., 1993; Kuit, et al., 1993; Towner, et al., 1999). The reported incidences, however, varied significantly between studies. In 1979, Plauché found one intracranial haemorrhage in every 286 infants delivered by Malmström metal vacuum extractor (Plauché, 1979). Since then, plastic cups were introduced and more recent studies described

significantly lower rates (less than 1 %) of intracranial haemorrhage associated with vacuum deliveries (Cohn, et al., 1989; Johanson, et al., 1989; Hofmeyr, et al., 1990; Williams, et al., 1991; Loghis, et al., 1992; Johanson, et al., 1993; Kuit, et al., 1993; Towner, et al., 1999). Nevertheless, all studies reported higher incidences of neonatal intracranial haemorrhage than the 1 in 2,205 vacuum deliveries found in our analysis. This relatively low incidence is not necessarily the result of plastic vacuum cups or some other technique or training improvements, but may also be due to other factors, such as increasing rates of caesarean deliveries or a shorter period of neonatal observation (since maternal hospitalizations times decreased in the last decades).

We found no significant difference in the rates of intracranial haemorrhage in infants born by vacuum extraction compared to those born by emergency caesarean delivery. A large cohort study published by Towner and colleagues (1999) using the same inclusion criteria as the present study also found no differences in rates of intracranial haemorrhage in vacuum extraction as compared to caesarean delivery in labour, i.e. emergency caesarean delivery. These data, together with our results, suggest that it is not the operative intervention *per se*, but an abnormality in the progress of labour to increase the risks of neonatal intracranial injury. Given the potentially catastrophic consequences of neonatal intracranial haemorrhage and the current inability to predict dystocia it is perhaps tempting to speculate that planned caesarean delivery before the onset of labour could be the safest delivery option for nulliparous women. There are, however, several well-known short- and long-term maternal as well as neonatal risks associated with planned caesarean delivery that need to be taken into account before reaching such conclusions. Short-term maternal complications are postpartum cardiac arrest, wound hematoma, hysterectomy, major puerperal infection, anaesthetic complications, venous thromboembolism, and haemorrhage that requires hysterectomy (Liu, et al., 2007). Potential long-term maternal risks include adverse consequences in future pregnancies, such as higher incidence of placenta praevia and accreta, uterine rupture, bladder and bowel injuries, and postpartum hysterectomy along with major blood loss and other surgical complications (NIH, 2006; Ecker, 2013). The main short-term neonatal adverse effect of a planned caesarean delivery is respiratory morbidity, which includes transient tachypnea of the neonate, neonatal respiratory distress syndrome, and persistent pulmonary hypertension (NIH, 2006; ACOG, 2013; Ecker, 2013). These complications are even more common when caesarean deliveries are performed before completed 39 weeks of gestation, as demonstrated also by Vidic and colleagues (2016) in a recent analysis of NPIS data. Neonatal long-term risks associated with planned caesarean delivery

are increased incidence of asthma, diabetes type 1, and other autoimmune as well as endocrine diseases (Cardwell, et al., 2008; Thavagnanam, et al, 2008).

Our study has strengths and limitations. The strength of the study is that we analysed a population-based perinatal dataset that includes data from all the country's 14 maternity units and many practitioners with diverse experiences and skills. We were able to include a 15-year period, which is long enough to provide a meaningful analysis of rarer outcomes due to Slovenia's small number of deliveries. The main weakness is that NPIS does not document neonatal readmissions and some neonatal intracranial haemorrhages may have been missed leading to an underestimation of true incidence of these injuries. Another important limitation of the study is its retrospective observational nature, which does not allow accounting for all potential confounders. It has to be noted, however, that conclusions on the risks of operative vaginal delivery vs. caesarean delivery will always be based on observational data since randomized studies in this field cannot be expected due to logistic and ethical issues. It is, therefore, important to collect and audit data on the mode of delivery and neonatal morbidity in such local cohort studies in order to further improve perinatal care.

Conclusion

Infants born by vacuum extraction have significantly higher rates of intracranial haemorrhage than those born by spontaneous vaginal delivery although the absolute risk is low. There are no significant differences in rates of intracranial haemorrhage in infants born by vacuum extraction and those born by emergency caesarean delivery. Our results suggest that it is dystocia, and not vacuum extraction *per se*, to be the main risk factor for neonatal intracranial haemorrhage.

Conflict of interest / Nasprotje interesov

The authors declare that no conflicts of interest exist. / Avtorja izjavljata, da ni nasprotja interesov./

Funding / Financiranje

The study received no funding. / Raziskava ni bila finančno podprta.

Ethical approval / Etika raziskovanja

This retrospective study of anonymous entries was exempt of approval by the ethical committee. / Raziskava predstavlja retrospektivno analizo anonimiziranih podatkov in zato ni potrebovala posebnega dovoljenja komisije za etiko.

Author contributions / Prispevek avtorjev

Both authors contributed equally to study design, literature search and writing the manuscript. / Oba avtorja sta enako prispevala k zasnovi raziskave, pregledu literature in pisanju besedila.

Literature

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2013. Cesarean delivery on maternal request. Committee Opinion No. 559. *Obstetrics & Gynecology*, 121, pp. 904–907. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000428647.67925.d3> PMID:23635708
- Cardwell, C.R., Stene, L.C., Joner, G., Cinek, O., Svensson, J., Goldacre, M.J., et al., 2008. Caesarean section is associated with an increased risk of childhood - onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. *Diabetologia*, 51, pp. 726–735. <https://doi.org/10.1007/s00125-008-0941-z> PMID:18292986
- Castillo, M. & Fordham, L.A., 1995. MR of neurologically symptomatic newborns after vacuum extraction delivery. *American Journal of Neuroradiology*, 16, pp. 816–818. PMID: 7611047
- Cohn, M., Barclay, C., Fraser, R., Zaklama, M., Johanson, R., Anderson, D., et al., 1989. A multicentre randomized trial comparing delivery with a silicone rubber cup and rigid metal vacuum extractor cups. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 96, pp. 545–551. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1989.tb03253.x> PMID:2667629
- Ecker, J., 2013. Elective cesarean delivery on maternal request. *Journal of American Medical Association*, 309, pp. 1930–1936. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.3982> PMID:23652524
- EURO-PERISTAT Project., 2010. *The European Perinatal Health Report*. Available at: www.europeristat.com [16. 8. 2018].
- Hofmeyr, G.J., Gobetz, L., Sonnendecker, E.W. & Turner, M.J., 1990. New design rigid and soft vacuum extractor cups: a preliminary comparison of traction forces. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 97, pp. 681–685. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1990.tb16238.x> PMID:2205287
- Huang, L.T. & Lui, C.C., 1995. Tentorial hemorrhage associated with vacuum extraction in a newborn. *Pediatric Radiology*, 25, pp. S230–S231. PMID:8577537
- Johanson, R., Pusey, J., Livera, N. & Jones, P., 1989. North Staffordshire/Wigan assisted delivery trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 96, pp. 537–544. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1989.tb03252.x> PMID:2667628
- Johanson, R.B., Rice, C., Doyle, M., Arthur, J., Anyanwu, L., Ibrahim, J., et al., 1993. A randomised prospective study comparing the new vacuum extractor policy with forceps delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 100, pp. 524–530. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1993.tb15301.x> PMID:8334086
- Kuit, J.A., Eppinga, H.G., Wallenberg, H.C. & Huikeshoven, F.J., 1993. A randomized comparison of vacuum extraction delivery with a rigid and pliable cup. *Obstetrics and Gynecology*, 82, pp. 280–284. PMID:8336878
- Liu, S., Liston, R.M., Joseph, K.S., Heaman, M., Sauve, R. & Kramer, M.S., 2007. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Canadian Medical Association Journal*, 176, pp. 455–460. <https://doi.org/10.1503/cmaj.060870> PMID:17296957; PMCID:PMC1800583
- Loghis, C., Pyrgiotis, E., Panayotopoulos, N., Batalias, L., Salamalekis, E. & Zourlas, P.A., 1992. Comparison between metal cup and silicone rubber cup vacuum extractor. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 45, pp. 173–176. [https://doi.org/10.1016/0028-2243\(92\)90079-E](https://doi.org/10.1016/0028-2243(92)90079-E)
- Lučovnik, M., 2016. Operativno dokončanje poroda. In: I. Takač & K. Geršak, eds. *Ginekologija in perinatologija*. Maribor: Medicinska fakulteta, pp. 614–626.
- National Institute of Health (NIH), 2006. NIH State-of-the-Science Conference Statement on cesarean delivery on maternal request. *NIH consensus and state-of-the-science statements*, 23, pp. 1–29.
- Oditia, J.C. & Hebi, S., 1996. CT and MRI characteristics of intracranial haemorrhage complicating breech and vacuum delivery. *Pediatric Radiology*, 26, pp. 782–785. <https://doi.org/10.1007/BF01396201> PMID:8929377
- Perrin, R.G., Rutka, J.T., Drake, J.M., Meltzer, H., Hellman, J., Jay, V., et al., 1997. Management and outcomes of posterior fossa subdural hematomas in neonates. *Neurosurgery*, 40, pp. 1190–1199. <https://doi.org/10.1097/00006123-199706000-00016> PMID:9179892

- Plauché, W.C., 1979. Fetal cranial injuries related to delivery with the Malmström vacuum extractor. *Obstetrics and Gynecology*, 53, pp. 750–757.
PMid:377161
- Rossen, J., Lucovnik, M., Eggebø, T.M., Tul, N., Murphy, M., Vistad, I., et al., 2017. A method to assess obstetric outcomes using the 10-Group Classification System: a quantitative descriptive study. *British Medical Journal Open*, 7, art. ID e016192.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016192>
PMid:28706102; PMCID:PMC5726112
- Rijhsinghani, A. & Belsare, T.J., 1997. Neonatal intracerebellar hemorrhage after forceps delivery: report of a case without neurologic damage. *Journal of reproductive medicine*, 42, pp. 127–130.
PMid:9058351
- Thavagnanam, S., Fleming, J., Bromley, A., Shields, M.D. & Cardwell, C.R., 2008. A meta-analysis of the association between Caesarean section and childhood asthma. *Clinical & Experimental Allergy*, 38, pp. 629–633.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2222.2007.02780.x>
PMid:18352976
- Towner, D., Castro, M.A., Wilkens, E.E. & Gilbert, M.W., 1999. Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury. *New England Journal of Medicine*, 341, pp. 1709–1714.
<https://doi.org/10.1056/NEJM199912023412301>
PMid:10580069
- Vidic, Z., Blickstein, I., Štucin Gantar, I., Verdenik, I. & Tul, N., 2016. Timing of elective cesarean section and neonatal morbidity: a population-based study. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 29, pp. 2461–2463.
<https://doi.org/10.3109/14767058.2015.1087500>
PMid:26444222
- Williams, M.C., Knuppel, R.A., O'Brien, W.F., Weiss, A. & Kanarek, K.S., 1991. A randomized comparison of assisted vaginal delivery by obstetrical forceps and polyethylene vacuum cup. *Obstetrics and Gynecology*, 78, pp. 789–794.
<https://doi.org/10.1097/MD.0000000000006355>
PMid:28296771; PMCID:PMC5369926
- Wen, S.W., Liu, S., Kramer, M.S., Marcoux, S., Ohlsson, A., Sauvé, R., et al., 2001. Comparison of maternal and infant outcomes between vacuum extraction and forceps deliveries. *American Journal of Epidemiology*, 153, pp. 103–107.
<https://doi.org/10.1093/aje/153.2.103>
PMid:11159152

Cite as / Citirajte kot:

Buh, N. & Lučovnik, M., 2019. The impact of delivery mode on the risk of neonatal intracranial haemorrhage: a prospective population-based cohort study. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(3), 194–199. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.3.751>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

Rojstvo nedonošenega otroka in podpora zdravstvenih delavcev z vidika mater: deskriptivna fenomenološka raziskava

The birth of a premature infant and the support of health care professionals as experienced by the mothers: a descriptive phenomenological study

Nika Černe Kržišnik, Mirko Prosen

Ključne besede: prezgodnji porod; novorojenec; medosebni odnosi; hospitalizacija; materinstvo

Key words: preterm birth; newborn; interpersonal relations; hospitalization; motherhood

Nika Černe Kržišnik, dipl. m. s.; Splošna bolnišnica "Dr. Franca Derganca" Nova Gorica, Ulica padlih borcev 13a, 5290 Šempeter pri Gorici, Slovenija

Kontaktne e-naslov / Correspondence e-mail:
nikacernekrzisnik@gmail.com

doc. dr. Mirko Prosen, dipl. zn., univ. dipl. org.; Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za zdravstveno nego, Polje 42, 6310 Izola, Slovenija

IZVLEČEK

Uvod: Zdravstveno osebje ima velik vpliv na doživljanje staršev ob rojstvu nedonošenega otroka. Namen raziskave je bil preučiti in predstaviti doživljanje mater ob rojstvu nedonošenega otroka.

Metode: Uporabljena je bila deskriptivna fenomenološka analiza. Na namenskem vzorcu enajstih mater, ki so imele izkušnjo rojstva nedonošenega otroka, rojenega med 24. in 35. tednom gestacije, so bili izvedeni delno strukturirani intervjuji. Najmlajša intervjuvanka je bila ob porodu stara 24 let in najstarejša 36. Za osem izmed njih je bil porod nedonošenega otroka prvi porod. Raziskava je potekala med majem in junijem 2017. Podatki so bili analizirani s pomočjo Giorgijevega pristopa, značilnega za fenomenološko raziskavo.

Rezultati: Strukturo opisa sestavljajo štiri tematske skupine, ki opredeljujejo doživljanje mater ob rojstvu nedonošenega otroka: (1) potek poroda: želje in pričakovanja; (2) reprezentacijo materinstva: čustvovanje, navezanost, empatijo, spomine; (3) čustvovanje in skrb za nedonošenega otroka v poporodnem obdobju ter (4) (ne)profesionalnost zdravstvenih delavcev.

Diskusija in zaključek: Izsledki raziskave kažejo, da je večina mater iskala vzroke prezgodnjega poroda. Veliko jim je pomenila podpora svojcev, zdravstvenih delavcev ter »sotrpink« z oddelka. Večina mater se je med porodom in hospitalizacijo soočala z negativnimi občutki; empatičen odnos zaposlenih jih je spodbujal in navdajal z upanjem ter zaupanjem.

ABSTRACT

Introduction: Health care professionals have a considerable impact on how parents experience the birth of a premature infant. The purpose of the study was to research and present findings on the mothers' experience of the birth of a premature infant.

Methods: A descriptive phenomenological analysis was carried out. The purposive sample contained eleven mothers who have experienced the premature birth of a child, delivered at between 24 and 35 weeks of gestation. The youngest mother at birth was 24 age old and the oldest mother at birth was 36. For eight mothers premature birth was their first birth experience. The research was conducted between May and June 2017. Data was analysed using the Giorgi approach, which is typically used in phenomenological research.

Results: The description has been divided into four main topics that discuss the experience of mothers with preterm childbirth: (1) course of childbirth: wishes and expectations, (2) representation of motherhood: feelings, attachment, empathy, memories, (3) feelings and care for a premature infant in the postpartum period, and (4) (un)professional behaviour of health care staff.

Discussion and conclusion: The research has found that most mothers tried to understand the causes for premature birth. Mothers highly valued the support of relatives, health care professionals and other mothers of premature infants. Most mothers experienced negative emotions during childbirth and hospitalisation and an empathic attitude of the staff attitude gave them encouragement, hope and trust.

Članek je nastal na osnovi diplomskega dela Nika Černe Kržišnik *Vpliv podpore zdravstvenega osebja ob rojstvu nedonošenega otroka na doživljanje in sprejemanje le-tega* (2017).

Prejeto / Received: 28. 8. 2018
Sprejeto / Accepted: 24. 7. 2019

Uvod

Po definiciji je prezgodnji porod tisti, ki se zgodi pred 37. tednom nosečnosti. Prezgodnji porodi pred 32. tednom nosečnosti so opredeljeni kot zelo prezgodnji, tisti pred 28. tednom kot ekstremno prezgodnji. Meja preživetja se je do danes pomaknila že na 23. teden gestacijske starosti, vendar je preživetje tako zgodnjih nedonošenčkov veliko bolj vprašljivo (Novak Antolič, 2005). Naveršnik in sodelavci (2011) poročajo, da je v Združenih držav Amerike (ZDA) pojavnost prezgodnjih porodov med letoma 1990 in 2006 narasla za 20 %. V Sloveniji incidenca prezgodnjega poroda pred 32. tednom nosečnosti zelo počasi, a vztrajno narašča. Med letoma 2002 in 2006 je delež prezgodnjih porodov pred 32. tednom znašal 1,2 %, med letoma 2007 in 2012 1,21 %. Trend naraščanja števila prezgodnjih porodov je prisoten tudi pri porodih med 32. in 36. tednom nosečnosti. Med letoma 2002 in 2006 je ta delež znašal 5,3 %, med letoma 2007 in 2011 pa že 5,5 % (Verdenik, et al., 2013). Vzroki za prezgodnji porod so raznoliki: razvojne nepravilnosti maternice, kratek maternični vrat, subklinična okužba, večplodna nosečnost in psihosocialni stres (Novak Antolič, et al., 2001) oziroma več je nosečih žensk s povišanim tveganjem za prezgodnji porod (Verdenik, et al., 2013).

Pri rojstvu nedonošenega otroka je nujno potrebna hospitalizacija na oddelku intenzivne nege. Starši niso nikoli pripravljeni na rojstvo nedonošenega otroka – ob njem lahko doživijo veliko krizo, kar močno spremeni naloge in obveznosti starševstva. Sprejetje nedonošenčka na intenzivno enoto za družino predstavlja oviro; zaradi vpliva okolja intenzivne nege se starši težje znajdejo pri izpolnjevanju svojih starševskih obveznosti (Gibbs, et al., 2015). Neonatalna intenzivna nega izpostavi nedonošenčka številnim bolečim medicinsko-tehničnim posegom in različnim virom bolečine. Nedonošenčki so najbolj ranljiva skupina, poleg tega pa so zaradi svojega nezrelega živčnega sistema tudi najbolj občutljivi. Zaradi nezmožnosti izražanja čustev je težko zaznati in potrditi njihovo trpljenje (Korhonen, et al., 2013). Nedonošenčki so pogosto bolj razdražljivi ter kažejo zmanjšano odzivnost in sposobnost pozornosti kot donošeni novorojenčki. Verjetno je, da bo negotovost glede otrokovega razvoja vplivala na nenehno zaskrbljenost staršev, zato jim je priporočljivo nuditi kontinuirano strokovno pomoč in podporo (Hakstad, et al., 2015).

Božnar (2012) navaja, da se starši utaplajo v občutkih krivde in strahu ter potrebujejo predvsem toplo besedo, upanje in zagotovilo, da bo z njihovimi nerojenimi otroki vse v redu, čeprav se istočasno zavedajo, da ni mogoče dobiti trdnega zagotovila. Izguba pričakovane nosečnosti in preporodnih ritualov, nastop nenadnega prezgodnjega poroda ter žalost, povezana s predčasnim koncem nosečnosti, znatno vplivajo na zgodnje izkustvo starševstva. Mati

hrepeni po zavzetju vloge, ki si jo je predstavljala skozi nosečnost, pri porodu pa je soočena z dejstvom, da je njeno materinstvo omejeno. Pojavijo se občutki nepovezanosti in ločenosti, občutek nesposobnosti vzpostavitve tesnega in ljubečega odnosa z novorojenčkom. Mati lahko otroka obišče vsak dan, ne more pa ga odpeljati domov. Namesto nje zanj skrbi, ga hrani in neguje zdravstveno osebje, zato se lahko počuti, kot da starševstvo opravlja nekdo drug in ne ona (Gibbs, et al., 2015). Nekatere ženske izražajo strah, da bi njihov novorojenček postal bolj navezan na zdravstveno osebje kot nanje. Poleg tega navajajo tudi strah, da jih njihovi novorojenčki ne poznajo in prepoznajo (Reid, 2000; Gibbs, et al., 2015).

Zdravstveni delavci morajo starše poučiti o poteku dela v intenzivni enoti, kaj se sme in kaj ne, saj v nasprotnem primeru starši lahko doživijo negativno izkušnjo v interakciji z zdravstvenim osebjem in s tem mnoge čustvene odzive: frustracijo, jezo, stisko in grenkobo (Gibbs, et al., 2015). V veliko primerih si matere ne upajo izraziti svojega mnenja ali kritizirati medicinske sestre, saj je oskrba otrok odvisna od njih. Posledično lahko zaščitniški nagon nadomesti materinskega. Matere skrbno medicinsko sestro opisujejo kot tisto, ki vključuje mater oziroma starše v načrtovanje zdravstvene nege, spodbuja napredek v zastavljenem načrtu, podpira prenos zdravstvene nege na starše in jih prosi za predloge ter njihovo prisotnost jemlje za samoumevno (Nyqvist & Kylberg, 2008).

Na komunikacijo z medicinsko sestro in njeno sodelovanje ob otroku vpliva tudi materino doživljanje, ki je izpostavljeno številnim fizičnim in psihičnim dejavnikom po porodu, kar vpliva na njeno sprejemanje informacij. Pomembno je, da osebje stvari ponavlja, preveri razumevanje in mater spodbuja. Materino razumevanje in sprejemanje informacij je zaradi velike količine novosti, utesnjenosti in ovir, ki jih nosi v sebi, omejeno zlasti na začetku. Treba je vzpostaviti zaupanje in sočutje, da se mati čuti varno in sprejeto, si upa spregovoriti, zastavljati vprašanja ter razkriti svoje strahove in občutke krivde (Urbančič, 1998; Miele, et al., 2018). Nekateri starši namreč navajajo, da vpliv institucionalnega okolja onemogoča njihovo sposobnost vključevanja v zdravstveno oskrbo; počutijo se kot gledalci zdravstvene nege svojega novorojenčka. Rojstvo otroka lahko predstavlja začetek krize pri tistih ženskah, ki so bile na rojstvo nedonošenega otroka nepripravljene (Reid, 2000), kar se kaže kot pogosta težava predporodne priprave, saj se o prezgodnjem porodu redkokdaj spregovori (Miele, et al., 2018). Z vključevanjem staršev v zdravstveno oskrbo nedonošenčka se želi doseči dva cilja: izmenjavo informacij med starši in zdravstvenim timom glede prepoznavanja specifičnih vedenj in znakov, ki pokažejo otrokove potrebe, in dejavno sodelovanje staršev pri oblikovanju zdravstveno-negovalnega načrta. Pomembno je tudi sodelovanje staršev pri izvajanju ter vrednotenju načrta, s čimer se med starši

in izvajalci negovalnih ukrepov vzpostavi partnerski odnos, kar pripomore k bolj samozavestnemu ravnanju staršev (Gubanc, 2007). Ugotovitve namreč potrjujejo pomemben vpliv skrbi, podpore ter vzpostavljenih medsebojnih odnosov in vezi med medicinskimi sestrami, nedonošenim otrokom in starši otroka na izide zdravljenja (Fleury, et al., 2014).

Starši so pogosto razpeti med svojimi odgovornostmi do nedonošenčka in do ostalih družinskih članov. Matere opisujejo čustveno razpetost med novorojenčkom na intenzivni enoti in ostalimi otroki doma. Pomen razširjene družine in skupnosti pri podpori staršem nedonošenčka je ključnega pomena za vzdrževanje navideznega ravnovesja pri različnih vlogah (Gibbs, et al., 2015). Isti avtorji še navajajo, kako nekateri starši poročajo, da vpliv institucionalnega okolja onemogoča njihovo sposobnost vključevanja v oskrbo. Počutijo se kot gledalci nege svojega novorojenčka, zato sta slog in pogostost komunikacije med starši in izvajalci zdravstvenih storitev zelo pomembna.

Namen in cilji

V slovenskem prostoru je malo raziskav, ki proučujejo doživljanja staršev ob rojstvu nedonošenega otroka, še posebej tistih, povezanih z vlogo zdravstvenih delavcev. Namen in s tem povezan cilj raziskave je bil zato preučiti izkušnjo mater od trenutka, ko se zavedo, da bo otrok rojen predčasno, ob rojstvu ter po njem ter njihovo celovito doživljanje sveta okrog sebe, zlasti z vidika nudene podpore in oskrbe s strani zdravstvenih delavcev.

V skladu s postavljenimi cilji sta bili razviti naslednji raziskovalni vprašanji:

- Kakšna so bila pričakovanja mater nedonošenih otrok do zdravstvenih delavcev med porodom nedonošenega otroka in po njem?
- Kako so matere nedonošenih otrok doživljale in občutile rojstvo nedonošenega otroka in obdobje hospitalizacije, ki je sledilo?

Metode

Uporabljena je bila kvalitativna metodologija raziskovanja, v okviru katere je bila na namenskem vzorcu žensk opravljena deskriptivna fenomenološka raziskava. Glavna metoda deskriptivne fenomenologije je raziskovanje, analiziranje in opisovanje fenomena na takšen način, da obdrži čim bolj realno sliko. Raziskovalec mora iskati vsebino in jo zavesti v čisti obliki, torej brez predsodkov, z ignoriranjem vsega znanja, ki ga o raziskovanem vprašanju že ima, da dobi čim širši, objektivni pogled na samo bistvo (Gåre Kymre & Bondas, 2013; Matua, 2015; Currie, et al., 2018).

Opis instrumenta

Podatke smo pridobili z izvedbo delno strukturiranih

intervjujev. Oblikovali smo si 52 izhodiščnih vprašanj, ki smo jih razporedili v 5 časovno urejenih obdobjih: (1) začetek poroda, (2) porod, (3) poporodno obdobje, (4) hospitalizacija otroka, (5) obdobje po hospitalizaciji. Čim bolj smo se poskušali približati deskriptivnosti, saj Giorgi (2008) meni, da morajo vprašanja ustrezati kriteriju deskriptivnosti. Neposredno pred pričetkom so bile intervjuvanke, ki so privolile v intervju, naprošene, da podajo nekatere socialno-demografske podatke in podatke o porodu. Vprašanja vsebinskega dela so bila uvodoma splošna, da so intervjuvanke razvile občutek pripovedi, med intervjujem pa so se vprašanja, povezana z doživljanjem rojstva nedonošenega otroka, poglobljala. Primeri nekaterih vprašanj: Ali lahko, prosim, opišete, kakšen je bil začetek vašega poroda? Kako bi opisali potek poroda? Kako ste med porodom doživljali zdravstvene delavce? Kako bi opisali nudeno oporo in spodbudo? Kako opisujete podporo vašega partnerja? Katera so bila najmočnejša čustva, s katerimi ste se soočili ob samem porodu?

Opis vzorca

V raziskavi je bil uporabljen namenski vzorec enajstih žensk z izkušnjo rojstva nedonošenega otroka. Najmlajša udeleženka je bila ob porodu nedonošenega otroka stara 24 let, najstarejša pa 36 let. Povprečna starost udeleženk ob porodu nedonošenega otroka je bila 29,8. Sedem udeleženk je v času raziskave živelo v urbanem okolju, štiri pa v ruralnem. Za osem udeleženk je rojstvo nedonošenega otroka predstavljalo prvi porod, za tri udeleženke je bil to drugi zaporedni porod. Več kot polovica udeleženk je rodila leta 2012, tj. pet let pred pričetkom raziskave. Šest udeleženk je rodilo s pomočjo carskega reza, štiri udeleženke so rodile vaginalno spontano, ena pa vaginalno s pomočjo epiziotomije. Povprečna gestacijska starost otroka ob porodu je bila 29,6 tedna. Najnižja gestacijska starost je bila 24 tednov (pojavi se je pri dveh nedonošenčkih), najvišja pa 35 tednov (pri enem otroku). Matere so bile povprečno premeščene v skupno bivanje z otrokom šele 28. dan po porodu, prej so otroka samo obiskovale, same pa so bivale doma ali na drugem oddelku. Najkrajša ločitev v sobivanju z otrokom je trajala 2 dni, najdaljša pa 98 dni, odvisno od zdravstvenega stanja nedonošenega otroka. Podrobnejše podatke o vzorcu prikazuje Tabela 1.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Potencialno sodelujoče smo k sodelovanju v raziskavi povabili osebno s pomočjo organizirane skupine mater, ki so se združile zaradi izkušnje rojstva nedonošenega otroka. Razložili smo jim namen, cilj in način raziskovanja ter se glede na njihovo dosegljivost dogovorili za predviden čas in kraj intervjuja. Intervjuji so potekali med 29. majem 2017 in 6. junijem 2017 na

Tabela 1: Demografski in drugi podatki intervjuvank, povezani z značilnostmi poroda
Table 1: Demographic and other data of interviewees related with childbirth

Šifra / Code	Starost matere ob porodu / Age of mother at birth	Izobrazba / Education	Kraj bivanja / Residence location	Zaporedni porod / Number of births	Leto poroda / Year of birth	Način poroda / Type of delivery	Gestacijska starost ploda ob porodu / Gestational age at birth	Apgar ocena / Apgar score	Kraj poroda / Place of birth	Sobivanje z otrokom (dan po porodu) / Rooming-in (day after birth)
T28/35	28	Višje- ali visokošolska	Urbano	2	2012	Carski rez	35	9/9 7/8	Regionalna porodnišnica	4. dan
T33/32	33	Višje- ali visokošolska	Urbano	1	2013	Vaginalni – epiziotomija	32	9/10	KC (IUT)	2. dan
B30/34	30	Univerzitetna	Urbano	2	2014	Vaginalni – spontan	34	8/8	KC	14. dan
D29/32	29	Univerzitetna	Ruralno	1	2012	Carski rez	32	7/8	KC	14. dan
M27/31	27	Višje- ali visokošolska	Urbano	1	2013	Carski rez	31	8/9	KC	30. dan
D33/24	33	Srednješolska	Ruralno	1	2012	Vaginalni – spontan	24	6/6	KC	98. dan
L36/26	36	Srednješolska	Urbano	1	2012	Carski rez	26	2/4	KC (IUT)	60. dan
N30/28	30	Višje- ali visokošolska	Urbano	1	2012	Carski rez	28	5/6	KC	50. dan
N26/30	26	Višje- ali visokošolska	Urbano	2	2012	Carski rez	30	8/9	Regionalna porodnišnica	7. dan
T24/24	24	Srednješolska	Ruralno	1	2014	Vaginalni – spontan	24	9/8	KC (IUT)	60. dan
M32/30	32	Univerzitetna	Ruralno	1	2013	Vaginalni – spontan	30	8/8	KC (IUT)	17. dan

Legenda / Legend: KC – klinični center; IUT – intrauterini transport / intrauterine transport

domovih sodelujočih. Pred pričetkom intervjuja so vse sodelujoče ženske podpisale t. i. informirano soglasje ter se na ta način ponovno seznanile z namenom, cilji, potekom raziskave, tveganji, koristmi, varovanjem zaupnosti podatkov in anonimnostjo, predvidenim trajanjem intervjuja, možnostmi prekinitve intervjuja oziroma zavrnitve odgovarjanja na določena vprašanja ter možnostmi povratnih informacij o rezultatih.

Intervjuji so bili zvočno snemani. Posamezen intervju je trajal v povprečju 22 minut. Imena intervjuvank so bila nadomeščena s posebno šifro. V intervjuju omenjena imena in kraji so bili anonimizirani. Zvočni zapisi so bili večkrat poslušani, nato pa je bila opravljena dobesedna transkripcija intervjujev, ki je obsegala 108 strani. Transkripti so bili popravljeni le toliko, da so se približali splošnopogovornemu jeziku, saj so udeleženke govorile v narečju.

Analiza vsebine je potekala po naslednjih korakih (Giorgi, 2008): prebiranje transkriptov za ustvarjanje celovite slike doživljanja, določitev primarnih pomenskih skupin, preoblikovanje pomenskih skupin v opis, sinteza in oblikovanje strukture opisa fenomena. Z vidika veljavnosti in kredibilnosti rezultatov smo se poslužili nekaterih ukrepov: pridobivanje raznolikih »bogatih« podatkov, konstantna primerjava podatkov, vključevanje »ekstremov« (npr. matere, ki so rodile v 26. tednu gestacije, in matere, ki so rodile v 35. tednu), primerjalna analiza izbranih primerov, ki jo je opravil soavtor, in primerjava z analizo prvega avtorja (Yin, 2011; Leung, 2015; Polit & Tatano Beck, 2018).

Rezultati

Strukturo opisa sestavljajo štiri tematske skupine, ki opredeljujejo doživljanje mater ob rojstvu nedonošenega otroka: (1) potek poroda: želje in pričakovanja; (2) reprezentacija materinstva: čustvovanje, navezanost, empatija, spomini; (3) čustvovanje in skrb za nedonošenega otroka v poporodnem obdobju ter (4) (ne)profesionalnost zdravstvenih delavcev.

Potek poroda: želje in pričakovanja

Za večino intervjuvank je bil prezgodnji porod nepričakovan, medtem ko je bil za štiri izmed njih takšen porod pričakovan. Večina je bila seznanjena z vzrokom prezgodnjega poroda. Zaradi narave prezgodnjega poroda intervjuvanke med njim niso razvijale posebne želje, povezane z načinom rojevanja – to je bilo takrat povsem nepomembno. V ospredju je ostal njihov otrok in s tem povezane skrbi.

Ja, moja želja je bila, da bi bilo vse OK z otrokom. Zame mi je bilo bolj kot ne v bistvu ves čas vseeno. Razmišljala sem bolj kot ne samo o njej, ali bo moja punca borka, ali bo ona to lahko, ali bo zadihala, ali bo preživela, ali bo zdrava, kako se bo odvijalo, kam me bo njena pot zdravja odpeljala (N30-28).

Nekaterim je predstavljalo težavo tudi občuteno

pomanjkanje avtonomije, kar je močno vpeto v njihovo doživljanje in pripoved.

Med samim porodom in v obdobju po njem bi spremenila to, da bi se malo več zavzela, definitivno bi več sodelovala, zahtevala bi boljšo komunikacijo, in da imam tudi jaz možnost odločitve in izbire. Takšne izkušnje ne privoščim nikomur (B30-34).

Vse intervjuvanke razen ene so se po porodu ukvarjale z iskanjem vzroka za prezgodnji porod. To je predstavljalo precejšnje psihično breme in pomembno zaznamovalo prve poporodne dni, predvsem v smislu pojavljanja občutkov krivde in razmišljanja o tem, kako bi bilo, če bi ravnala drugače.

Doživela sem občutke krivde in iskala vzroke prezgodnjega poroda. Vzroke prezgodnjega poroda sem iskala, ker se človek vedno sprašuje, kaj bi lahko naredil še bolje (B30-34).

Gotovo iščeš vzroke, se sprašuješ, zakaj, zakaj sem ravno jaz rodila prezgodaj. Bereš članke in dobiš različne vzroke, ki pripeljejo do zastoja v rasti: od alkoholizma, kajenja do vsega, česar jaz nisem nikoli počela, in si rečeš, kako [smeh] (D29-32).

Reprezentacije materinstva: čustvovanje, navezanost, empatija, spomini

Opis fenomena doživljanja rojstva nedonošenega otroka je pri vseh povezan z močnimi čustvi, navezanostjo in povezanostjo z otrokom, empatijo, ki bi jo lahko opredelili tudi kot bolečino matere, in spomini, za katere se je med intervjuvanjem zdelo, da pri materah ne bodo nikoli zbledeli. Dve intervjuvanki navajata, da sta povezanost z otrokom začutili takoj po porodu, ena od njiju jo je še bolj okrepila ob prvem pestovanju oziroma kengurujčkanju. Tri intervjuvanke navajajo, da so vez z otrokom vzpostavile, ko so ga prvič pestovale; ena meni, da je pristno navezanost vzpostavila šele, ko je začela sama skrbeti za otroka; dve intervjuvanki sta navezanost vzpostavili šele ob odhodu iz porodnišnice. Pozno navezanost z otrokom navajata dve intervjuvanki: prva je navezanost začutila, ko je bil otrok star šest mesecev, druga pa šele, ko je otrok dopolnil eno leto.

Takrat, ko sem začela s handlingom [op. a. rokovanjem]. Do takrat sem bila bolj kot ne tam [op. a. v enoti intenzivne nege] odveč, saj sem kengurujčkala vsakič, ampak takrat neke povezanosti nisem čutila. Bolj sem uživala v njenih drobcih vdihljajih in teleščku in božala in ljubčkala. [...] Navezanost je bila potem, ko sem videla, da je lačna, pa sem ji dala jesti, ko sem videla, da ji je treba zamenjati pleničko, pa sem bila jaz tista, ki je menjala pleničko – njena mamica ji je menjala pleničko. Takrat sem začela: no, aha, vseč ji je, da tako naredim, ni ji vseč, če tako naredim. Takrat sem jo začela spoznavati. [...] Ko je dobila sesalni refleks, je pri meni že vse šlo, tako da sem [...] ugotavljala, kaj njej bolj ugaja, kaj ne. Tista navezanost je potem nastala med nama, takrat je tisto začelo »špilati« (N30-28).

Materam so bili pri soočanju z rojstvom nedonošenega otroka v veliko podporo svojci in partnerji. Nekaterne intervjuvanke navajajo, da jih je pogovor s svojci obremenjeval, saj niso mogli biti navzoči v bolnišnici, želeli pa so izvedeti vse podatke, dogajanje glede nedonošenega otroka, kar je bilo za matere utrujajoče. Včasih so imele matere celo občutek, da morajo nuditi podporo svojcem in jih tolažiti, namesto da bi svojci oporo nudili njim.

Nisem imela časa za klepetanje po telefonu z vsemi živimi, in če sem kdaj rekla, da je šlo kaj narobe, so bili moji svojci, ki niso bili zraven in niso mogli pomagati ne meni ne njemu, zelo zaskrbljeni. Na koncu je bilo tako, da so me klicali in sem jih jaz morala tolažiti, ker so bili čisto panični. Tako da sem rekla, da jim ne bom govorila podrobnosti, ker sem potem imela več dela. Jaz nisem bila v stanju še njih miriti. Tako da v bistvu niso vedeli čisto vsega, kar se je dogajalo. Seveda so nudili oporo, kolikor so lahko. Oni so naredili, kar se da, samo ne ... tako ... [smeh] (L36-26).

Večina intervjuvank navaja, da so bile zadovoljne s podporo in empatijo zdravstvenih delavcev, medtem ko jih je nekaj občutilo občasno pomanjkanje empatije in razumevanja. Matere izražajo, da bi morali biti zdravstveni delavci še bolj poučeni o soočanju s starši v stiski, saj bi tako znali izbrati primernejše besede in včasih bolj empatično pristopiti do staršev. Prav tako se materam zdi pomembno, da bi jim zdravstveno osebje bolj natančno razložilo, kaj se dogaja z otrokom in kako ravnati. Večina intervjuvank meni, da bi morali biti zdravstveni delavci še bolj sočutni.

Osebje se je ukvarjalo s svojimi pacienti na oddelku, jaz sem bila pač tam, prepuščena sama sebi (B30-34).

Ko sem prvič videla otroka, sem začela jokati, tista [op. a. poimensko omeni medicinsko sestro] pa meni, zakaj pa vi jokate, kaj je z vami narobe. Jaz pa še rečem: »Grem k njemu,« in ona meni: »Ne, ne boste, ker ga boste znervirala, ker on tukaj vse otroke moti, ker je zelo glasen in vse nedonošenčke vznemirja.« Jaz pa, tako težko mi je bilo, tudi on je otrok, kaj je narobe s sestro. Potem sem šla stran, ker ga nisem smela preveč gledati, ker je sestra rekla: »Pazite, kako se ga dotaknete, ker ga boste znervirala« (B30-34).

Intervjuvanke so v pripoved vključevale tako pozitivne kot negativne spomine. Med pozitivne so uvrstile opise premetitve novorojenčka na oddelek in odpust iz porodnišnice, prvo pestovanje oziroma kengurujčkanje ter podporo in povezanost med materami nedonošenih otrok. Metoda kenguru sodi med zelo pomembne izkušnje intervjuvank, saj jim je omogočala navezovanje ljubečega odnosa in pridobivanje občutka »biti mama«. V času hospitalizacije sta bila pomembna tudi druženje z ostalimi materami, ki so bile v podobni situaciji in so se med seboj v tem pogledu »razumele«, ter njihova podpora. Intervjuvanke navajajo, da so se med seboj spodbujale in tolažile, kar je pomembno prispevalo k preživljanju te izkušnje. Med negativnimi izkušnjami pa največkrat izpostavljajo ločitev od

otroka, neprijaznost zaposlenih, slabo zdravstveno stanje otroka, izgubo dostojanstva zaradi golote med porodom in po njem, pomanjkanje zdravstvenih informacij o otroku ter smrt otroka druge matere.

Verjetno eden najlepših spominov ni bilo prvo kengurujčkanje, ampak verjetno drugo ali pa tretje, ko sva bila oba s partnerjem in je on prinesel knjigo pravljič in smo brali pravljiče, to je bilo (D29-32).

Veliko slabih stvari, dobrih stvari ... lahko rečem, da je bilo osebje dovolj prijazno, da je bilo razumevajoče. Slab spomin pa je bil to, da so imeli vsi otroke zraven, jaz pa ne. In to je tisto, kar te še bolj prizadene (M27-31).

Matere večinoma menijo, da prezgodnji porod in dogajanje po njem sprožita val negativnih čustev in skrbi, zaradi česar so se čutile psihično šibke.

Rojstvo nedonošenega otroka je povezano s pojavom poporodne depresije, mislim, saj se že pri normalno donošenih pojavi. Mislim, da tukaj je še toliko večja možnost, ko pride tisti šok za teboj, pa potem ... ne vem, mi smo ga pač zbujali na tri ure za hranjenje, pa črpala sem si mleko, kar pomeni, da sem spala doma, recimo, tri ure na noč, in zaradi same izčrpanosti pride občutek nemoči in depresije (D29-32).

Neposredno po porodu je psihološko pomoč poiskala le ena intervjuvanka, tri opisujejo, da bi jo potrebovale, vendar je niso poiskale. Ena izmed njih se je odločila poiskati pomoč pet let po porodu. Matere kot pomanjkljivost navajajo, da jim pomoč psihologa ni bila ponujena, tiste matere, katerim je bila tovrstna pomoč ponujena, pa vidijo težavo v tem, da psiholog ni bil navzoč vsak dan ali pa v času največje stiske. Matere so največjo stisko doživljale, ko se je otrokovo zdravstveno stanje poslabšalo, zaradi česar so potrebovale več psihične podpore kot takrat, ko je bilo otrokovo zdravstveno stanje stabilno.

Šla sem k psihologinji (op. a. poimensko omeni strokovnega delavca - psiholog/inja). Po tistem edinem pogovoru sva se razšli, nisva se več videli, ampak vseeno je še ona rekla, da nisem jaz kriva, da se je to zgodilo, in tudi videla sem, da imam sedaj njeno oporo, da me je spoznala in ve, da sem ena dušica več v porodnišnici, ki krivi sebe za nekaj, za kar ni kriva (N30-28).

Čustvovanje in skrb za nedonošenega otroka v poporodnem obdobju

Večina intervjuvanih mater se je po porodu soočala z negativnimi čustvi. Le redke so opisovale tudi občutke veselja, sreče in upanja ter odsotnost krivde. Večina intervjuvank je navajala negativna občutenja, povezana z osebnim (psihičnim in fizičnim) počutjem in doživljanjem, ki je zaznamovalo porod. To so opisale z naslednjimi besedami: depresija, osamljenost, šok, anksioznost, zmedenost, potrnost, pomanjkanje samozavesti, nemoč, strah, krivda, napor, žalost, obžalovanje, jeza, nezaupanje vase, slaba vest, razočaranje, strah pred smrtjo, stres, slabost, bolečina, zaskrbljenost, neučakanost, negotovost, preutrujenost in travmatičnost izkušnje.

Največ, kar lahko narediš, vsaj jaz, kar sem občutila, da največkrat lahko naredim, je, da sem tam. Da sem mirna, da nisem panična, prestrašena, ko se ga dotikam. Enkrat sem doživela, da sem prišla zelo slaba, sem imela grde sanje, zelo grde sanje, sem prišla do njega in dala roke v inkubator in sem ga prijela in je ubogi kar odskočil. Tako sem si takrat prisegla, da če sem slaba in če sem prestrašena in ..., ne bom šla niti do njega, zato ker jaz mu moram nuditi oporo, občutek varnosti, ljubezen, ker sem njegova mama, in sem se nekako uspela programirati tako. Vsakič, ko sem prišla v enoto intenzivne nege, sem najprej pogledala, če je inkubator še vedno na istem mestu, ker se je nekaterim tudi zgodilo, da so prišli, pa inkubatorja ni bilo več ... Zelo zelo negotova, sama sebi sem dajala korajžo in upanje, da sem lahko tako energijo dajala tudi svojemu malčku. Zelo naporno, zelo čustveno. Težko (L36-26).

Sedaj bom precej iskrena, ampak kar malo jezna sem bila na otročička zaradi tega, ker nisem mogla biti s prvim otročkom doma, in sem si ves čas mislila, joj, a moram, a morava, a nisva mogli ... tako, taki ... Zelo mešani občutki, ko jo imaš v trenutku rad, sem bila pa v istem trenutku tudi nekoliko jezna. Sploh ne znam opisati tega, to ve samo mož, ampak OK (N26-30).

Za vse intervjuvanke je bila ločitev od novorojenčka po porodu zelo stresna. Prav tako je bila za večino intervjuvank stresna tudi ločitev od partnerja in otrok (pri tistih, ki so jih že imele). Za nekatere intervjuvanke je bila lažja ločitev od partnerja kot od otrok. Hospitalizacija je bila težja za matere, ki so imele doma še druge otroke.

Ja, z otrokom sva bila ločena. Bilo je težko, počutila sem se zelo nemočno, sicer sem imela, nekako sem zaupala osebju, da pač delajo najboljše, kar lahko, tako da ta stran me je tolažila, ampak po drugi strani si zelo nemočen (D29-32).

Ja, z otrokom sva bila ločena. Ločitev od otroka sem doživljala katastrofalno, grozno, psihično zelo naporno. Počutila sem se, kot da sploh nisem rodila (T28-35).

Obdobje hospitalizacije je bilo za intervjuvanke zelo stresno, opredeljujejo ga kot »težko obdobje«. Večina izmed njih je bila hospitaliziranih ves čas, nekatere, še posebej tiste, ki so imele doma otroke, so občasno odhajale domov. Tudi tu se je izkazala uvidevnost zdravstvenih delavcev kot zelo pomembna, zlasti pri razporeditvi bivanja na oddelku. Čeprav se slednje na prvi pogled zdi nebitveno, pomembno kroji doživljanja in občutenja v času po porodu.

Na oddelku je bilo naporno, predvsem z mamicami z zdravimi otroki. Ti pa svojega nimaš ob sebi. Kasneje, ko se me razporedili k ostalim materam nedonošenčkov, pa je bilo veliko lažje (L36-26).

(Ne)profesionalnost zdravstvenih delavcev

Večina intervjuvank opredeljuje odnos zdravstvenih delavcev, s katerimi so prihajale v stik, kot profesionalen, pri čemer večina izpostavlja upoštevanje avtonomije

ter izraženo razumevanje in nudenje podpore. Intervjuvanke v pripovedih glede skrbi za svoje nedonošene otroke izražajo neizmerno hvaležnost in zaupanje zdravstvenemu osebju.

Sam porod, če gledam glede moje babice, je bil zelo lep, sploh nisem pričakovala vsega, kar se je zgodilo kasneje, ker je bila babica zelo prijazna do mene, zelo lepo me je vodila, bodrila, glede nje ne morem reči nič slabega. Ta babica je bila res neverjetna in sem ji zelo hvaležna. Imela sem dovolj možnosti odločanja o sebi, babica me je upoštevala. Z zdravstvenim osebjem imam zelo, zelo, zelo dobre izkušnje. Naredili so več, kot sem jaz pričakovala (B30-34).

Določene sestre so bile odlične. Obvladajo svoje delo, bi jaz rekla. So videle, da je meni bilo hudo. Druge so dobile otročiče, jaz ne – ker ležiš na intenzivni enoti, kjer so druge mamice, ki so imele carski rez, po kosilu imajo možnost dojenja, jaz pa otroka nisem dobila. Pogled tistih mamic je bil viden na meni, med seboj so še rekly: »Ta je otroka izgubila.« »Ne,« sem želela kar zavpiti nazaj, »ne, samo na intenzivni je!« Zato je ena sestra potem dala zavesico in me zakrila, da nisem bila čisto najbolj na udaru (N30-28).

Občutki pomanjkanja avtonomije in zasebnosti so bili pri intervjuvankah prisotni zlasti v času poroda, pa tudi v času hospitalizacije nedonošenega otroka. Veliko intervjuvank je opisovalo »neprimerno komunikacijo« zdravstvenih delavcev. Informiranje je bilo s strani nekaterih intervjuvank zaznano kot nezadostno, zaradi česar se je povečeval strah pred prihodnostjo.

Bi bilo lahko boljše glede upoštevanja avtonomije matere. Predvsem to, da jim ni vse rutina. Da se potrudijo in da si kljub obilici dela nekako vzamejo čas predvsem za osnovne informacije in da ni nekega negotovanja, ko želiš videti otroka ali pa kar koli izvedeti. Doživela sem zavračanje, ko sem želela videti otroka (T28-35).

Med samim porodom bi si želela, da ne bi bilo toliko študentov zraven, kot jih je bilo. Edino to me je zelo, zelo zmotilo, ker me niso niti vprašali, če dovolim, bilo pa jih je vsaj osem komadov, ker sem bila en tak pravi primer, da se učijo na meni ali kako bi rekli (N26-30).

Neprofesionalnost intervjuvanke izpostavljajo zlasti v povezavi z medsebojno komunikacijo in ravnanjem zdravstvenih delavcev, ki ne ostane »neopaženo«.

Kar sem bila z babico, je bilo vse ok. Medtem pa, ti, ki so se med porodom menjavali, so bili vsi kaotični. Trije so rekli »ne«, pa je prišla glavna in rekla »ja« in so se tega držali. S tega vidika menim: zmenite se med seboj, pa vzemite si pet minut in razmislite, ne pa da se kregate pred mano. Jaz sem ves čas govorila, da nočem, da res nočem roditi, ker res nisem hotela roditi (B30-34).

Dokler sem bila jaz hospitalizirana, je prihajal okoli porodničar, pediatri pa ne. Jaz dva dni nisem vedela, kaj se je dogajalo z otrokom, ker kadar je bila vizita, sem porodničarja spraševala in on je vztrajno odvrčal, da on sploh ne ve, kako moj otrok izgleda, ker on ne hodi na intenzivno enoto. [...] Jaz sem bila zaradi visokega

pritiska primorana ležati. Ko je prišel partner, je rekel: »Ja, saj sem bil pri njej, pa je v redu.« Vseeno, če bi bila zjutraj vizita in bi še pediater prišel in bi mi rekel: »Jaz sem pediater vašega otroka,« bi bila majčkeno bolj pomirjena, malo bolje bi potem lahko tam ležala, tako pa sem v bistvu njega (partnerja) čakala, da je po tretji uri prišel iz službe in mi povedal, da je ura pol štirih in je ona še vedno v redu in stabilna (N30-28).

Diskusija

Rojstvo nedonošenega otroka je dogodek, na katerega noben starš ni pripravljen. Po rojstvu nedonošenega otroka je nujno potrebna hospitalizacija na oddelku intenzivne terapije in nege, kar predstavlja za starše velik izziv. Dejstvo je, da imajo pri zdravljenju nedonošenčkov v intenzivni terapiji in negi starši manjšo vlogo kot zdravstveni delavci, ki so neposredno vključeni v zdravstveno oskrbo. Poleg tega je zdravstveno stanje nedonošenega otroka marsikdaj takšno, da se ne ve, kaj bo prinesel naslednji dan. Zaradi tega je lahko izkušnja staršev travmatična (stresna, občutijo zmedo, občutke krivde, nemoči in strah) z dolgoročnim učinkom na doživljanje starševstva oziroma pomembnim vplivom na razvoj navezanosti z otrokom (Malakouti, et al., 2013; Steyn, Poggenpoel & Myburgh, 2017; Dadkhahtehrani, et al., 2018). Delovna terapija in spodbujanje pozitivnega odnosa med otrokom in staršem ter zagotavljanje dejavnosti, ki spodbujajo vlogo staršev, ugodno delujejo na preprečevanje stresa pri starših (Gibbs, et al., 2015). Nanje najbolj pomirjujoče deluje prijazna in spodbudna beseda zdravstvenih delavcev, ki morajo biti odprti za vsa vprašanja staršev, za pogovor in poslušanje (Božnar, 2012; Malakouti, et al., 2013). Verodostojna komunikacija in posledično dobra informiranost sta bili v tej in podobnih raziskavah (Fleury, et al., 2014; Steyn, et al., 2017; Currie, et al., 2018) prepoznani kot pomembna dejavnika pozitivnega doživljanja. Razumevajoči, četudi je to včasih težko razumeti, pa morajo biti tudi starši: pomembna je njihova aktivnost in pobuda za razlago, če nečesa ne razumejo ali si napačno razlagajo (Miele, et al., 2018). Malakouti in sodelavci (2013) navajajo, da dandanes za medicinske sestre ni izziv le zagotavljanje najboljših možnih zdravstvenih nege nedonošenim otrokom, temveč tudi pomoč materam, da sprejmejo nedonošenega otroka in razvijejo materinski čut.

Za večino intervjuvank je bil prezgodnji porod nepričakovano, neprijetno presenečenje, kar se je odražalo v njihovem doživljanju rojstva. Že uvodoma poudarjene ugotovitve drugih raziskav (Malakouti, et al., 2013; Steyn, Poggenpoel & Myburgh, 2017; Dadkhahtehrani, et al., 2018) se odražajo tudi v naši raziskavi. Občutki krivde in iskanje vzrokov prezgodnjega poroda so samo še poslabševali situacijo in odtujevali starševsko vez. Abuidhail in sodelavci (2016) na primer navajajo nekatere

ugotovitve, povezane s težavami pri razvijanju te vezi, z nezmožnostjo obvarovati otroka pred bolečino oziroma zagotavljanjem primerne zdravljenja bolečine, anksioznostjo, občutkom nemoči, izgubo nadzora nad situacijo, negotovostjo in zaskrbljenostjo glede izidov nedonošenega otroka. Podobno so ugotovili tudi Steyn in sodelavci (2017), ki opisujejo, da so starši navedli občutke krivde, strahu, frustriranosti, jeze, žalosti in celo zavisti do tistih staršev, ki so svoje otroke odpeljali iz bolnišnice domov. Hakstad in sodelavci (2015) izpostavljajo, da morajo biti medicinske sestre previdne pri prevzemanju nalog, ki vključujejo invazivne postopke, saj lahko starši, ki so priča stiski svojega novorojenčka, razvijejo močne občutke jeze do zdravstvenih delavcev.

Glede na ugotovitve je strokovna podpora staršem na začetku, po porodu oziroma sprejemu v enoto intenzivne terapije in nege nujna, četudi se na prvi pogled morda zdi, da te pomoči ne potrebujejo. V našem okolju je podpora možna, a ne vedno dosegljiva. Nekatere matere v naši raziskavi so povezovala prezgodnji porod in počutje s pojavom poporodne depresije ali znaki, ki so jih same prepoznale kot znake depresije, čeprav večina ni poiskala strokovne pomoči. Patil (2014) ugotavlja, da so matere ob sprejemu otroka v enoto intenzivne terapije vedno v stresu, pri čemer izpostavlja šest ključnih virov: preeksistentni družinski faktorji, prenatalna in porodna izkušnja, bolezni in zapleti pri otroku, potek zdravljenja in prisotnost v enoti intenzivne terapije, izidi pri otroku, izguba starševske vloge in odnosi z zdravstvenimi delavci. Našteta področja tudi v naši raziskavi pomembno vplivajo na doživljanje mater. Poleg tega nakazujejo nekatere predloge ali poudarke za delo v klinični praksi.

Med vsebine predporodne priprave se zdi smiselno vključiti tudi potek poroda v primeru, ko ne gre vse v najlepšem redu (tudi možnost prezgodnjega poroda). S povečevanjem zdravstvene pismenosti prispevamo k zgodnjemu odkrivanju težav in zmanjševanju strahu ob tovrstnih težavah (Miele, et al., 2018). Čeprav so matere s podporo zdravstvenih delavcev zadovoljne, nekatere navajajo tudi pomanjkanje empatije zdravstvenih delavcev do njihove situacije. Malakouti in sodelavci (2013) ter Abuidhail in sodelavci (2016) glede na podobne ugotovitve zaključujejo, da je treba zdravstvene delavce informirati o metodah, ki pri materah krepijo empatijo in sočutje. Enega izmed zanimivejših pristopov predlagajo Steyn in sodelavci (2017): spodbujanje čuječnosti (angl. *mindfulness*) pri medicinskih sestrah v enotah intenzivne terapije, ki bi ga morali upoštevati že v formalnem izobraževanju medicinskih sester. Po mnenju teh istih avtorjev medicinske sestre, ki prakticirajo čuječnost, izboljšajo tudi svoje mentalno zdravje ter posledično nudijo visokokakovostno zdravstveno nego. Čuječnost bi sicer lahko opredelili kot posameznikovo nepresojajoče, sprejemajoče zavedanje lastnega doživljanja v

sedanjem trenutku – tako svojega notranjega in zunanjega sveta, vključno z mislimi, čustvi, dejanji in okolico (Černetič, 2017). Nyqvist in Kylberg (2008) na primer navajata, da matere skrbno medicinsko sestro opisujejo kot tisto, ki jih vključuje v načrt otroške nege in hranjenja, spodbuja napredek v načrtu, podpira prenos zdravstvene nege k staršem in jemlje prisotnost staršev za samoumevno.

Poleg pomembne strokovne psihološke podpore, ki jo je treba bolje uveljavljati v klinični praksi, se je za pozitivno podporo izkazalo druženje z drugimi materami (označile so jih kot »sotrpinke«), ki so imele otroka v intenzivni terapiji. Tovrstna socialna povezanost se danes seli tudi na socialna omrežja v posamezne zaprte skupine staršev, zlasti mater. Pri tem je treba poudariti, da gre za pomembno podporo (ne le pozitivno), a ne more nadomestiti strokovne pomoči. V raziskavi se je izkazalo, da veliko mater nedonošenih otrok potrebuje dodatno pomoč po prihodu domov: ne le z vidika neznanja, kako ravnati z otrokom, temveč tudi z vidika občutka varnosti. Še pomembneje je, da matere v času hospitalizacije ohranjajo stik s sorojenci nedonošenega otroka, ki so doma dlje časa ločeni od matere.

Omejitev raziskave je nezmožnost posploševanja, ki pogosto spremlja kvalitativno raziskovanje. Kljub temu so bili sprejeti nekateri pragmatični kriteriji validacije, ki vsaj do neke mere dovoljujejo analitično posploševanje, tj. posploševanje rezultatov neke raziskave glede na podoben teoretični model, kjer podobnost ene raziskave z drugo sloni na presoji podobnosti časa, prostora, oseb in drugih družbenih okoliščin (Leung, 2015). Podatki ponujajo vpogled v doživljanja mater nedonošenih otrok ter predvsem odpirajo vrata prihodnjim raziskavam, ki bi povečale zanesljivost tudi s kombinacijo mešanih metod. V raziskovanje bi bilo treba vključiti tudi vidik zdravstvenih delavcev in njihova doživljanja, saj krojijo pomemben del kakovostne zdravstvene oskrbe (Currie, et al., 2018). Nadaljnje raziskave bi se morale osredotočiti tudi na doživljanja očetov, kar v tej raziskavi in tudi v večini drugih raziskav o doživljanju staršev po porodu nedonošenega otroka ni bilo upoštevano (Dadkhahtehrani, et al., 2018). Med omejitve je treba umestiti tudi morebitno napako v navajanju podatkov o porodu, ki so jih uvodoma zaupale intervjuvanke, kar pa nima večjega vpliva na raziskovanje fenomena doživljanja rojstva prezgodaj rojenega otroka.

Zaključek

V obdobju po porodu so vse ženske čustveno zelo občutljive in ranljive, še bolj čustvene in ranljive pa so ženske, pri katerih porod in poporodno obdobje ne potekata tako, kot so načrtovale. Ustrezna usposobljenost na področju medosebne komunikacije in nujenja podpore ter empatičen pristop zdravstvenih

delavcev sta ključna pri zagotavljanju lažjega spopadanja staršev z rojstvom nedonošenega otroka.

Zahvala / Acknowledgments

Avtorji se zahvaljujejo vsem ženskam, ki so zaupale svojo zgodbo. Prva avtorica se posebej zahvaljuje Kliničnemu oddelku za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo za nudeno empatijo, sočutje ter vso pomoč ob doživljanju lastne izkušnje, ki je navdihnila nastanek raziskave in tega članka. / Authors would like to thank to all the women that entrusted their stories. First author would like to express a special gratitude to Department of Pediatric Surgery and Intensive Care of Ljubljana University Medical Centre for empathy, compassion and assistance in dealing with its own experience that inspired this study and article.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

Avtorja izjavljata, da ni nasprotja interesov. / The authors declare that no conflicts of interest exist.

Financiranje / Funding

Raziskava ni bila finančno podprta. / The study received no funding.

Etika raziskovanja / Ethical approval

Članek je pripravljen v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). / The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2014).

Prispevek avtorjev / Author contributions

Avtorja sta konceptualno skupaj zastavila raziskavo, ki jo je izvedla prva avtorica. Soavtor je sodeloval pri analizi in interpretaciji ugotovitev. Pri pisanju članka sta avtorja sodelovala enakovredno. / The authors jointly conceptualised the study design which was performed by the first author. The co-author participated during the analysis and interpretation phase. In the writing of the article both authors participated in equal share.

Literatura

Abuidhail, J., Al-Motlaq, M., Mrayan, L., & Salameh, T., 2016. The Lived experience of Jordanian parents in a Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Nursing Research*, 25(2), pp. 156–162.
<https://doi.org/10.1097/jnr.000000000000134>
PMid:28277396

- Božnar, R., 2012. Doživljanje prezgodnjega poroda. *Obzornik zdravstvene nege*, 46, pp. 324–327. Available at: <https://obzornik.zbornica-zveza.si:8443/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2903> [18. 7. 2019].
- Currie, G., Dosani, A., Premji, S.S., Reilly, S.M., Lodha, A.K., & Young, M., 2018. Caring for late preterm infants: public health nurses' experiences. *BMC Nursing*, 17, art. ID 16. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0286-y> PMID:29713242; PMCID:PMC5907172
- Černetič, M., 2017. Čuječnost kot orodje za spoprijemanje s stresom na delovnem mestu: Tehnika STOP. *Mednarodno inovativno poslovanje* 9(2). Available at: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-9QEICWN8/e78cc8b6-9fc4-4e60-bae5-0c9b8e36116b/PDF> [18. 7. 2019].
- Georgios, B., Nikoleta, T., Panagioula, M.-B., Antonios, P., Ioannis, M., Ioanna, T., et al., 2015. Preterm birth and maternal psychological health. *Journal of Health Psychology*, 20(11), pp. 1388–1396. <https://doi.org/10.1177/1359105313512353> PMID:24323334
- Dadkhahtehrani, T., Eskandari, N., Khalajinia, Z., & Ahmari-Tehran, H., 2018. Experiences of fathers with inpatient premature neonates: phenomenological interpretative analysis. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 23(1), pp. 71–78. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_21_17 PMID:29344051; PMCID:PMC5769190
- Fleury, C., Parpinelli, M.A. & Makuch, M.Y., 2014. Perceptions and actions of healthcare professionals regarding the mother-child relationship with premature babies in an intermediate neonatal intensive care unit: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), p. 313. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-313> PMID:25201283; PMCID:PMC4177757
- Gibbs, D., Boshoff, K. & Stanley, M., 2015. Becoming the parent of a preterm infant: a meta-ethnographic synthesis. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(8), pp. 475–487. <https://doi.org/10.1177/0308022615586799>
- Giorgi, A., 2008. Concerning a serious misunderstanding of the essence of the Phenomenological Method in psychology. *Journal of Phenomenological Psychology*, 39(1), pp. 33–58. <https://doi.org/10.1163/156916208X311610>
- Gubanc, A, 2007. Dvig kakovosti pediatrične zdravstvene nege z individualizirano razvojno oskrbo otroka in mladostnika. In: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, ed. *Komunikacija in kakovost v pediatrični zdravstveni negi: zbornik predavanj*. Portorož: Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 23–26.
- Hakstad, R.B., Obstfelder, A., & Øberg, G.K., 2016. Parents' perceptions of primary health care physiotherapy with preterm infants: normalization, clarity, and trust. *Qualitative Health Research*, 26(10), pp. 1341–1350. <https://doi.org/10.1177/1049732315608137> PMID:26449495
- Gåre Kymre, I. & Bondas, T., 2013. Balancing preterm infants' developmental needs with parents' readiness for skin-to-skin care: a phenomenological study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8(1), art. ID 21370. <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.21370> PMID:23849269; PMCID:PMC3710397
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Korhonen, A., Haho, A. & Pölkki, T., 2013. Nurses' perspectives on the suffering of preterm infants. *Nursing Ethics*, 20(7), pp. 798–807. <https://doi.org/10.1177/0969733012475251> PMID:23442785
- Leung, L., 2015. Validity, reliability, and generalizability in qualitative research. *Journal of family medicine and primary care*, 4(3), pp. 324–327. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.161306> PMID:26288766; PMCID:PMC4535087
- Malakouti, J., Jabraeeli, M., Valizadeh, S. & Babapour, J., 2013. Mothers' experience of having a preterm infant in the Neonatal Intensive Care Unit: a phenomenological study. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 5(4), pp. 175–181.
- Matua, G.A. & Van, D.W.D.M., 2015. Differentiating between descriptive and interpretive phenomenological research approaches. *Nurse Researcher*, 22(6), pp. 22–27. <https://doi.org/10.7748/nr.22.6.22.e1344> PMID:26168810
- Miele, M., Pacagnella, R.C., Osis, M., Angelini, C.R., Souza, J.L., & Cecatti, J.G., 2018. "Babies born early?": silences about prematurity and their consequences. *Reproductive health*, 15(1), p. 154. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0594-4> PMID:30208906; PMCID:PMC6136169
- Naveršnik, M., Burja, S., Hajdinjak, D. & Tapajner, A., 2011. Vpliv blage nedonošenosti na dolžino bivanja v bolnišnici po rojstvu. *Medicinski Razgledi*, 50, pp. 137–148.
- Nyqvist, K.H., & Kylberg, E., 2008. Application of the baby friendly hospital initiative to neonatal care: suggestions by swedish mothers of very preterm infants. *Journal of Human Lactation*, 24(3), pp. 252–262. <https://doi.org/10.1177/0890334408319156> PMID:18689712

- Patil S., 2014, Level of stress and coping strategies seen among parents of neonates. *Journal of Family Psychology*, 3, pp. 579–585.
- Reid, T., 2000. Maternal identity in preterm birth. *Journal of Child Health Care*, 4(1), pp. 23–29.
<https://doi.org/10.1177/136749350000400104>
PMid:10889662
- Polit, B. & Tatano Beck, C., 2018. *Essentials of Nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, pp. 295–309.
- Steyn, E., Poggenpoel, M. & Myburgh, C., 2017. Lived experiences of parents of premature babies in the intensive care unit in a private hospital in Johannesburg, South Africa. *Curationis*, 40(1), pp. e1–e8.
<https://doi.org/10.4102/curationis.v40i1.1698>
PMid:28281766; PMCID:PMC6091584
- Urbančič, K., 1998. Komunikacija s starši prezgodaj rojenega otroka v enoti intenzivne nege in terapije. *Obzornik zdravstvene nege*, 32(3/4), pp. 155–166. Available at:
<http://www.obzornikzdravstvenenege.si/1995.29.2.127> [5. 7. 2018].
- Verdenik, I., Novak-Antolič, Z. & Zupan, J., 2013. *Perinatologia Slovenica II: slovenski perinatalni rezultati za obdobje 2002-11*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD.
- World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), pp. 2191–2194.
<https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
PMid:24141714
- Yin, K.R., 2011. *Qualitative Research from Start to Finish*. New York, London: The Guilford Press, p. 79.

Citirajte kot / Cite as:

Černe Kržišnik, N. & Prosen, M., 2019. Rojstvo nedonošenega otroka in podpora zdravstvenih delavcev z vidika mater: deskriptivna fenomenološka raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(3), 200–210. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.3.750>

Pregledni znanstveni članek / Review article

Vpliv terapije z lutko na življenje oseb, obolelih za demenco: sistematični pregled

Impact of doll therapy on life of people living with dementia: a systematic literature review

Nataša Mlinar Reljić, Zvonka Fekonja, Jasna Mulej, Sergej Kmetec, Majda Pajnkihar

Ključne besede: lutka; starejše osebe; zdravstvena nega; medicinske sestre

Key words: doll; older people; nursing care; nurses

viš. predav. Nataša Mlinar Reljić, dipl. m. s., univ. dipl.org., mag. zdr. – soc. manag.

Kontaktne e-naslov / Correspondence e-mail:
natas.mlinar@um.si

asist. Zvonka Fekonja, dipl. m. s., mag. zdr. nege

Obe / Both: Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor, Slovenija

Jasna Mulej, dipl. m. s.; Zdravilišče Rogaška – Zdravstvo d.o.o., Zdraviliški trg 9, Rogaška Slatina, 3250 Rogaška Slatina, Slovenija

asist. Sergej Kmetec, dipl. zn., mag. zdr. nege

prof. Dr (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda Pajnkihar, viš. med. ses., univ. dipl. org., FAAN

Oba / Both: Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor, Slovenija

IZVLEČEK

Uvod: Terapija z lutkami sodi med nefarmakološke pristope v obravnavi oseb, obolelih za demenco, ki ugodno vplivajo na zmanjšanje duhovne in čustvene stiske, vznemirjenosti in izboljšajo komunikacijo. Namen sistematičnega pregleda literature je bil predstaviti psihološke, socialne in duhovne vplive terapije z lutko na osebe, obolele za demenco.

Metode: Uporabljen je bil sistematični pregled znanstvene literature. Pregledane so bile podatkovne zbirke CINAHL, Science Direct in PubMed. Iskanje je potekalo s ključnimi besedami v angleščini: »doll therapy«, »doll«, »dementia«, »spiritual«, »psychological«, »social«, »aspect« in »nursing«. Vključeni so bili izvorni znanstveni članki, objavljeni po letu 2001. Izključeni so bili znanstveni članki z neustrezno vsebino, populacijo, pregledni članki, članki v jezikih, ki ni angleški. Izmed 135 zadetkov je bilo v končno analizo vključenih 10 člankov. Podatke smo analizirali z metodo vsebinske analize.

Rezultati: Oblikovane so bile tri vsebinske kategorije: (1) povezanost, (2) družabni stiki, (3) dobro počutje in ugodje. Rezultati kažejo na pomembnost povezanosti in družabnih stikov ter izpostavljajo potrebo po dobrem počutju. Gre za pomembne psihosocialne in duhovne vidike oseb, obolelih za demenco.

Diskusija in zaključek: Ugotovitve kažejo, da je uporaba terapije z lutko v obravnavi oseb, obolelih za demenco, učinkovit in uporaben pristop, ki ugodno vpliva na njihovo dobro počutje. Pristop spodbuja interakcijo oseb, obolelih za demenco, z osebjem in drugimi. Zato je z vidika zagotavljanja psihosocialnih in duhovnih potreb oseb, obolelih za demenco, primeren in priporočljiv.

ABSTRACT

Introduction: Doll therapy is a non-pharmacological approach in managing patients who suffer from dementia that reduces spiritual and emotional distress and agitation, and improves communication. The purpose of the systematic literature review was to present psychological, social and spiritual effects of doll therapy on people with dementia.

Methods: A systematic literature review was used. The search was conducted in databases CINAHL, Science Direct and PubMed. Original scientific articles published since 2001 were included. Scientific articles with inadequate content or population, review articles and articles in languages that were not in English were excluded. The following search keywords were used: 'doll therapy', 'doll', 'dementia', 'spiritual', 'psychological', 'social', 'aspect' and 'nursing'. From a total of 135 results, 10 articles were included in the final analysis. Data was analyzed using the content analysis method.

Results: Three content categories were developed: (1) Connection; (2) Social contacts; (3) Well-being and comfort. The results show the importance of connection and social contact, and highlight the need for well-being. These are important psychosocial and spiritual aspects of people with dementia.

Discussion and conclusion: We have found that doll therapy in nursing people with dementia is an effective and useful approach that has a beneficial effect on their spiritual and emotional well-being. The approach encourages interaction of people with dementia with staff and with others. Therefore, from the viewpoint of providing psychosocial and spiritual care of people with dementia, the approach is appropriate and recommended.

Uvod

Demenca je progresivna, kronično potekajoča bolezen, ki prizadene višje možganske funkcije, kot so: spomin, razumevanje, orientacija, mišljenje, učne sposobnosti ter sposobnosti verbalnega izražanja in presoje (Petrič, et al., 2016). Med najpogostejše oblike demence sodi Alzheimerjeva demenca (Mitchell & Templeton, 2014). Bolezen se razvija postopoma in prizadene predvsem osebe, starejše od 60 let. Po podatkih Združenih narodov (United Nations [UN], 2017) naj bi do leta 2030 na svetu živelo 82 milijonov oseb, obolenih za demenco, do leta 2050 pa celo 152 milijonov, kar je tudi posledica staranja prebivalstva (European Commission, 2018). Po ocenah statističnih podatkov živi na svetu več kot 47 milijonov ljudi, obolenih za demenco, v Evropi 10 milijonov, v Sloveniji približno 33.000 (Petrič, et al., 2016; UN, 2017). Osebe, obolele za demenco, doživljajo poleg kognitivnih sprememb tudi vedenjske, psihične (Duong, et al., 2017) in duhovne spremembe (Dewing, 2008), zato so pri skrbi zase odvisne od svojcev, družine ali skrbnikov. Obstaja več različnih razvrstitev vedenjskih in psiholoških sprememb, povezanih z demenco. Mednarodno psihogeriatrsko združenje (International Psychogeriatric Association, 2012) med vedenjske simptome prišteva nasilno vedenje, kričanje, preklinjanje, jokanje, nemir, vznemirjenost, tavanje, socialno neustrezno vedenje, spolno dezinhbirano vedenje, zbiranje zalog, ponavljajoča se vprašanja, spremljanje svojcev, pa tudi motnje hranjenja, vsiljivost in odklonilno vedenje. Med psihične simptome prištevamo tesnobo, depresijo, apatijo, nespečnost, blodnje, napačno prepoznavanje in halucinacije. Spremembe vedenja, ki se pojavijo pri več kot polovici vseh oseb, obolenih za demenco, se lahko kažejo kot anksioznost, emocionalna in duhovna stiska (Pezzati, et al., 2014; Duong, et al., 2017).

Duhovnost je dinamična dimenzija človeškega življenja, s katero posameznik išče pomen, namen, transcendo in izkušnje v odnosu s samim seboj, družino, drugimi, skupnostjo, družbo, naravo, pomembnim in svetim ter se izraža v prepričanjih, vrednotah, tradiciji in praksi (Puchalski, et al., 2014). Weathers in sodelavci (2016) kot attribute koncepta duhovnosti opredelijo povezanost, transcendo in smisel v življenju.

Za zdravljenje vedenjskih in psiholoških sprememb pri demenci so na voljo farmakološka sredstva, vendar nove smernice (International Psychogeriatric Association, 2012) poleg uporabe zdravil priporočajo souporabo nefarmakoloških metod, kamor sodi tudi terapija z lutko. Oseba, obolen za demenco, dobi v last lutko (igračko), za katero skrbi, jo neguje, se z njo pogovarja. Po nekaterih raziskavah (Bisiani & Angus, 2012; Mitchell & Templeton, 2014; Pezzati, et al., 2014) to izboljša njeno počutje, razpoloženje, zviša zmožnost samooskrbe ter zmanjša emocionalno in duhovno stisko. Braden in Gaspar (2015) ugotavljata,

da terapija z lutko pomembno vpliva tudi na dobro počutje, saj so osebe, obolele za demenco in vključene v omenjeno terapijo, opisali kot srečnejše, živahnejše in aktivnejše. Ugotovili so, da se je interakcija z negovalnim osebjem izboljšala. Manj je bilo tesnobe, tavanja, nemira, agresivnega vedenja in halucinacij (James, et al., 2006; Braden & Gaspar, 2015). Z vidika zadovoljevanja duhovnih potreb oseb, obolenih za demenco, so nefarmakološki pristopi zelo pomembni. Različne raziskave (James, et al., 2006; Bisiani & Angus, 2012; Mitchell & Templeton, 2014; Pezzati, et al., 2014; Braden & Gaspar, 2015) ugotavljajo, da je terapija z lutko v holistični obravnavi oseb, obolenih za demenco, zelo učinkovita. Glede na hitro naraščanje števila oseb, obolenih za demenco, je poznavanje terapije z lutko kot načina zmanjševanja vedenjskih, psiholoških sprememb in duhovne stiske lahko priložnost za njeno vključitev v obravnavo oseb z demenco tudi v slovenskem prostoru.

Namen in cilji

Namen sistematičnega pregleda je bil predstaviti literaturo o psihosocialnih in duhovnih vplivih terapije z lutko na življenje oseb, obolenih za demenco. Raziskati smo želeli prednosti terapije z lutko z vidika zmanjševanja vedenjskih in psiholoških simptomov in zagotavljanja dobrega duhovnega počutja oseb, obolenih za demenco. Za oblikovanje raziskovalnega vprašanja smo uporabili *Population, Intervention, Outcome*, pristop po Melnyk in Fineout-Overholt (2011), in oblikovali raziskovalno vprašanje: »Kakšni so psihološki, socialni in duhovni vplivi terapije z lutko na življenje oseb, obolenih za demenco?«

Metode

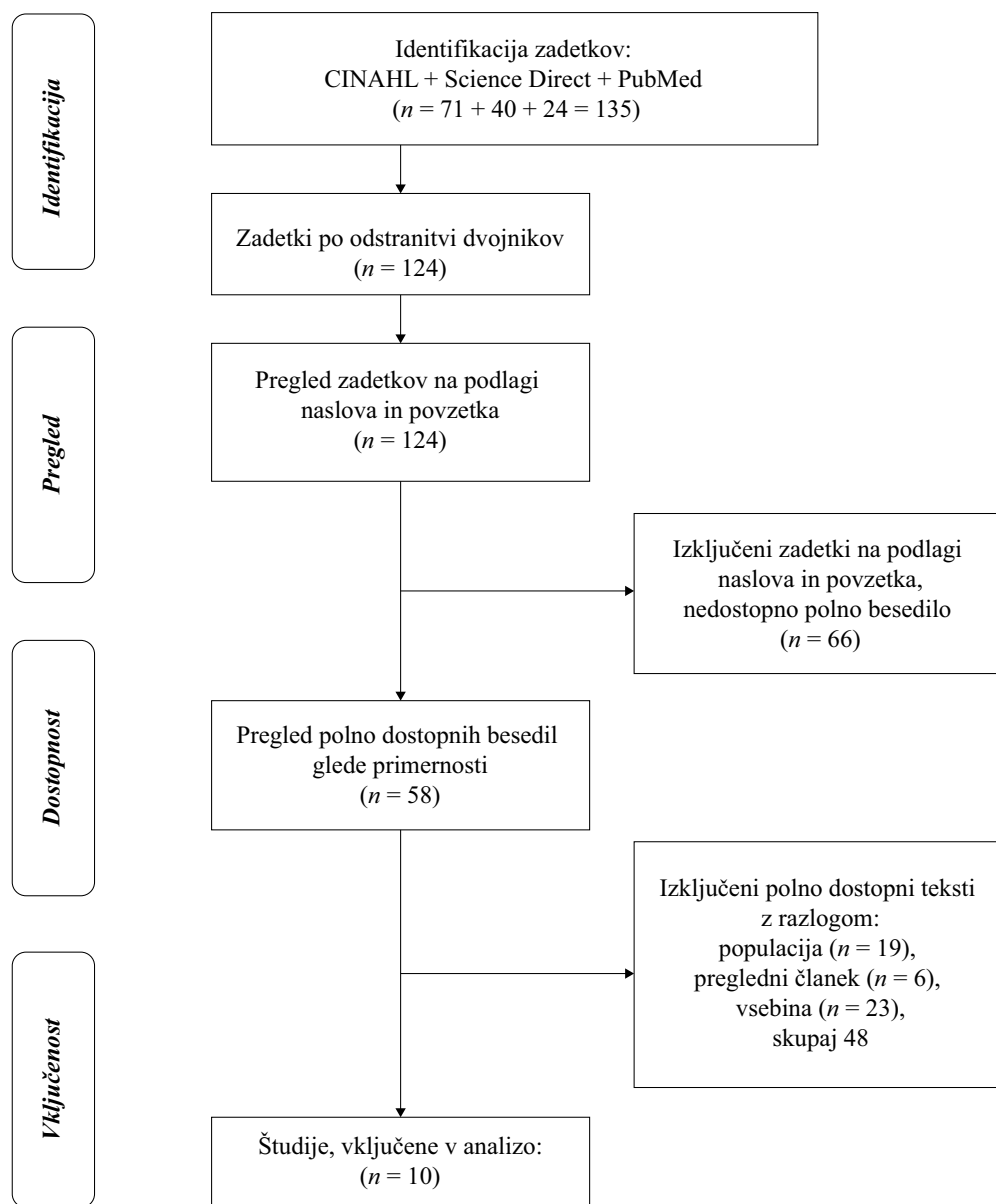
Uporabljen je bil sistematični pregled relevantne znanstvene literature. Izveden je bil na podlagi priporočil Cochrane, priročnika za preglede (Higgins & Green, 2011). Sistematični pregled literature je uporaben pristop za opisovanje vsebine in učinkov obstoječih intervencij, v tem primeru terapije z lutko, ki so klinično preizkušene. Gre za stopenjski proces, ki se začne s postavljanjem raziskovalnega vprašanja, nadaljuje z oblikovanjem meril, iskanjem relevantnih dokazov, kritičnim pregledom, zaključki pa z analizo in sintezo rezultatov (Higgins & Green, 2011).

Metode pregleda

Sistematični pregled literature smo izvedli v maju 2018 v mednarodnih podatkovnih bazah: CINAHL, ScienceDirect in PubMed. Uporabili smo napredno iskanje z Boolovima operatorjema »OR« (ALI) in »AND« (IN). Iskanje je potekalo po vnaprej oblikovanih ključnih besedah v angleškem jeziku: »*doll therapy*«, »*doll*«, »*dementia*«, »*spiritual*«, »*psychological*«, »*social*«,

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji
Table 1: Inclusion and exclusion criteria

Kriterij / Criteria	Vključitveni kriterij / Inclusion criteria	Izključitveni kriterij / Exclusion criteria
Tema	Psihološki, socialni, duhovni vidiki terapije z lutko pri osebah, obolelih za demenco.	Drugi vidiki terapije z lutko pri osebah, obolelih za demenco.
Vrsta raziskave	Kvantitativna, kvalitativna metodologija, mešane metode.	Uvodniki, komentarji, protokoli, pregledi, pisma uredniku, poročila.
Populacija	Osebe z diagnosticirano demenco.	Osebe brez diagnoze demence.
Časovni okvir	1. 1. 2001–1. 5. 2018.	Objavljeni pred 1. 1. 2001.
Jezik	Angleški.	Drugi jeziki.
Dostop	Polno dostopna besedila.	Nepolno dostopna besedila.



Slika 1: PRISMA diagram poteka sistematičnega pregleda literature
Figure 1: PRISMA flow chart of systematic literature review

»aspect« in »nursing«. Kot vključitvene kriterije (Tabela 1) smo upoštevali izvirne znanstvene članke z ustrežno tematiko, objavljene po letu 2001. Kot izključitvene kriterije smo upoštevali pisma uredniku, uvodnike, poročila, mnenja, pregledne članke, članke v jezikih, ki niso angleški, in članke, objavljene pred letom 2001. Zadetke smo uvozili v program Mendeley, ki omogoča organiziranje, shranjevanje virov, upravljanje in citiranje. Za prikaz poteka pregleda literature smo uporabili Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) pristop (Moher, et al., 2015).

Rezultati pregleda

Najdenih je bilo 135 zadetkov. V podatkovni bazi CINAHL smo dobili 71 zadetkov, v podatkovni bazi Science Direct 40, v podatkovni bazi PubMed pa 24 zadetkov. Odstranili smo 11 dvojnikov. Na podlagi naslova in/ali povzetka smo izključili 66 zadetkov. Po pregledu 58 člankov s polnimi besedili smo izločili 48 člankov, ki niso ustrezali kriterijem glede na vsebino, populacijo ali vrsto članka. Kot je razvidno iz Slike 1, smo v končno analizo vključili 10 izvirnih znanstvenih člankov.

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Osnovni kriterij za vključitev člankov v končno vsebinsko analizo je bila relevantna vsebina. Ta kriterij je izpolnjevalo 10 člankov (Tabela 2), ki smo jih razvrstili po lestvici hierarhije dokazov, kot to priporočata Melnyk in Fineout-Overholt (2011). Ena raziskava je bila randomizirana (Cantarella, et al., 2018), štiri raziskave so bile opazovalne študije (James, et al., 2006; Ellingford, et al., 2007; Braden & Gaspar, 2015; Shin, 2015), pet je bilo opisnih oziroma kvalitativnih raziskav (Tamura, et al., 2001; Fraser & James, 2008; Bisiani & Angus, 2013; Heathcote & Clare, 2014; Alander, et al., 2015). Glede na geografsko porazdelitev so bili vključeni članki iz Amerike ($n = 1$), Koreje ($n = 1$), Japonske ($n = 1$), Avstralije ($n = 1$) in Evrope ($n = 6$). Skupni vzorec tako predstavlja 257 oseb. Glede na raziskovalno metodologijo sta bili uporabljeni kvalitativna ($n = 5$) in kvantitativna metodologija raziskovanja ($n = 3$); dve raziskavi temeljita na uporabi mešanih metod raziskovanja.

Za metodološko oceno vključenih člankov smo uporabili orodje za ocenjevanje raziskav z mešanimi metodami raziskovanja (Mixed Methods Appraisal Tool [MMAT]). Orodje zajema 19 kriterijev, ki se ocenjujejo z nominalno lestvico (Pluye, et al., 2013). Štiri raziskave so bile ocenjene z maksimalno oceno 100 % (Fraser & James, 2008; Braden & Gaspar, 2015; Shin, 2015; Cantarella, et al., 2018), ena raziskava je bila ocenjena s 75 % (Alander, et al., 2015), pet raziskav z najnižjo oceno, 25 % (Tamura, et al., 2001; James, et al., 2006; Ellingford, et al., 2007; Bisiani & Angus, 2013; Heathcote & Clare, 2014;). Nobene raziskave

nismo izključili zaradi slabe metodološke ocene. Metodološko oceno so neodvisno opravili trije avtorji. Uporabljena je bila analiza vsebine, ki je primerna za subjektivno interpretacijo vsebine besedila podatkov s sistematičnim klasifikacijskim procesom kodiranja in prepoznavanja vsebinskih kategorij (Hsieh & Shannon, 2005). Z odprtim kodiranjem smo podobne kode združili v vsebinske kategorije in jih poimenovali.

Rezultati

Analiza podatkov je podana v 189 kodah, ki smo jih združili v tri vsebinske kategorije, in sicer: (1) povezanost, (2) družabni stiki, (3) dobro počutje in ugodje (Tabela 3).

Kategorija 1: Povezanost

Vplivi lutke na osebo, obolelo za demenco, so vidni že po zelo kratkem času uporabe. Udeleženci, ki so uporabljali lutke, so že po enem tednu postali srečnejši (Braden & Gaspar, 2015). Osebe, obbolele za demenco, lahko z lutko vzpostavijo zelo pristen stik, se z njo tesno povežejo. Povezanost je posebej izpostavljena v primerih, ko lutka izgleda zelo resnično: z očmi, ki se odpirajo in zapirajo, z mehkim in fleksibilnim telesom, z ljubečim in nežnim izrazom na obrazu, oblečena v barvita oblačila (Bisiani & Angus, 2013; Braden & Gaspar, 2015). Pomembno je, da ima vsaka oseba, obolela za demenco, drugačno lutko, da ne pride do nesoglasij, sploh kadar osebe živijo v istem prostoru (Alander, et al., 2015). Pri vzpostavljanju dobre povezanosti z lutko je najpomembnejše, da oseba sama izbere lutko (npr. na podlagi vizualnega vtisa) in da se s takim terapevtskim pristopom strinjajo tudi svojci (Alander, et al., 2015). Zdravstveno osebje mora imeti dovolj znanja za delo z osebami, pri katerih se uporablja tovrsten terapevtski pristop. Lutke se nikoli ne sme odvzeti brez privoljenja osebe z demenco, pri rokovanju z njo je treba ravnati posebej nežno in skrbno ter vedno pojasniti, kaj z njo počnemo (npr. lutka je umazana, zato jo bomo vzeli in umili). Kadar je treba lutko umakniti, jo vedno damo na takšno mesto, da jo oseba vidi in/ali občuti, da je na varnem (Tamura, et al., 2001; Alander, et al., 2015; Braden & Gaspar, 2015; Cantarella, et al., 2018;). Skrb za lutko pri osebah, obolelih za demenco, vzbuja ponos, pripadnost in dostojanstvo (Alander, et al., 2015; Braden & Gaspar, 2015; Cantarella, et al., 2018). Od nje se pogosto sploh ne želijo ločiti (Fraser & James, 2008; Heathcote & Clare, 2014). Zato so lutke prisotne tudi med izvajanjem dnevnihih aktivnosti (npr. med obroki, pri skrbi za osebno higieno).

Kategorija 2: Družabni stiki

Številni avtorji v svojih raziskavah poročajo, da se je ob uporabi lutke spremenilo vedenje oseb, obolelih za demenco, do njih samih in do drugih ljudi (James, et al.,

Tabela 2: Pregled vključenih študij
Table 2: Overview of included studies

<i>Avtor, država / Author, country</i>	<i>Raziskovalna metodologija / Research methodology</i>	<i>Cilj raziskave / Research objective</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Ugotovitve / Findings</i>	<i>Metodološka ocena / Methodological quality</i>
Cantarella, et al., (2018), Italija	Kvantitativna, randomizirana raziskava; orodje za oceno vedenjskih in psiholoških sprememb.	Meriti vpliv terapije z lutko na dnevne življenjske aktivnosti.	29 stanovalcev doma starejših, starih med 76 in 96 let, s hudo obliko demence.	Zmanjšanje neprimernih vedenjskih in psiholoških simptomov demence	100 %
Braden & Gaspar, (2015), Amerika	Kvantitativna; orodje za oceno interakcij z lutko.	Vrednotenje implementacije neinvazivne, na dokazih temelječe intervencije terapije z lutko na vedenje.	16 stanovalk doma, starejših od 65 let, z zmerno do težko demenco.	Lutke so pri osebah z demenco zmanjšale negativna čustva, preprečile vznemirjenje, odklanjanje stvari in ofenzivno vedenje.	100 %
Alander, et al., (2015), Velika Britanija	Kvalitativna; metoda utemeljene teorije.	Raziskati smisel uporabe lutk na oddelku.	Udeleženi trije domovi starejših – 4 moški in 12 žensk, 8 oseb je imelo demenco, 4 so uporabljale lutko.	Uporaba lutk je koristna zaradi pozitivnega vpliva na osebo z demenco.	75 %
Fraser & James, (2008), Velika Britanija	Kvalitativna; metoda utemeljene teorije.	Razviti razumevanje, zakaj uporaba terapije z lutko izboljšuje počutje, da bi izboljšali uporabnost in učinkovitost njene uporabe.	8 zdravstvenih delavcev.	Lutke vzpodbujajo interakcijo do drugih in zadovoljujejo psihološke potrebe oseb z demenco.	100 %
Shin, (2015), Koreja	Kvantitativna; eksperimentalna raziskava; orodje za oceno vedenja, razpoloženja in interakcij.	Raziskati učinke terapije z lutko na razpoloženje, vedenje in družabne interakcije.	70 stanovalcev doma starejših z zmerno ali težko obliko demence.	Lutke vzpodbujajo k pozitivnem razpoloženju, k verbalizaciji, zmanjšanju agresije, obsesivnem vedenju, tavanju, pomirjajo.	100 %
Bisiani & Angus, (2012), Avstralija	Kvalitativna; raziskava primera.	Oceniti potencialne koristi uporabe lutke za zmanjšanje zaskrbljenosti, tesnobe, vznemirjenosti osebe z demenco.	1 oseba z Alzheimerjevo demenco.	Zmanjšanje strahu in skrbi; govorjenje brez jecljanja.	25 %

Se nadaljuje / Continues

<i>Avtor, država / Author, country</i>	<i>Raziskovalna metodologija / Research methodology</i>	<i>Cilj raziskave / Research objective</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Ugotovitve / Findings</i>	<i>Metodološka ocena / Methodological quality</i>
James, et al., (2006), Velika Britanija	Kvalitativna in kvantitativna; orodje za ocenjevanje aktivnosti, agitacije, zadovoljstva, interakcije z drugimi; opazovanje po 1, 2, 4, 8, 12 tednih uporabe lutke.	Spremljati učinke terapije z lutko v daljšem časovnem obdobju.	33 stanovalcev doma starostnikov z diagnosticirano demenco; 13 jih je uporabljalo lutko ali pišasto igračo.	Izboljšana aktivnost, interakcije z osebjem in sostanovalci. Izboljšano fizično počutje. Težave v zvezi z zaznavanjem lutke kot otroka.	25 %
Heathcote & Clare, (2014), Velika Britanija	Kvalitativna; študije primera.	Razpravljati o uporabi lutke pri osebah z demenco v domovih na podlagi študije primerov.	5 oseb z demenco je uporabljalo lutko.	Terapijo z lutko je treba uporabljati skrbno, saj ni primerna za vsakega posameznika. Uporaba lutke spodbuja komunikacijo pri osebah z demenco.	25 %
Tamura, et al., (2001), Japonska	Kvalitativna, opazovalna raziskava, orodje za opazovanje odziva na lutko, stika z lutko, skrbi za lutko, interakcije z drugimi, tavanja, agitacije.	Spremljati spremembe v vedenju po uporabi lutke. Cilj diverzivne terapije je bil povečati motivacijo, omiliti bolečino in ublažiti frustracije.	13 oseb z diagnosticirano demenco v domu starejših.	Osebe, ki so uporabljale lutko, so bile veliko srečnejše in manj razburjene, bolje so komunicirale z drugimi, izboljšalo se je njihovo socialno delovanje in izražanje čustev.	25 %
Ellingford, et al., (2007), Velika Britanija	Mešana metodologija; retrospektivna primerjalna raziskava; pregled uporabe nevroleptikov, pregled poročil osebja o pozitivnih in negativnih vedenjskih odzivih, pregled števila incidentov, povezanih z verbalnim ali fizičnim nasiljem.	Ugotoviti, ali so bile opazne spremembe v vedenju oseb po uporabi lutke.	66 oseb z diagnosticirano demenco; 34 oseb je uporabljalo lutko, 32 pa ne.	Lutka prispeva k bolj pozitivnemu vedenju in zmanjša pojavnost negativnih vedenjskih odzivov in agresije. Osebe, ki so uporabljale lutko, so imele predpisanih manj nevroleptikov.	25 %

Legenda / Legend: % – odstotek / percentage

Tabela 3: Vsebinske kategorije
Table 3: Content categories

Kode / Codes	Vsebinska kategorija / Content categories	Reference / References
Občutek bližine, zmanjšanje osamljenosti, dostojanstvenost, navezanost na lutko, občutek topline, nenehna prisotnost lutke, imeti lutko v lasti, naklonjenost lutki, imeti pomembno vlogo, ponos.	Povezanost.	Tamura, et al., 2001; Fraser & James, 2008; Bisiani & Angus, 2012; Heatcote & Clare, 2014; Alander, et al., 2015
Zmanjšanje odvrčanja in umika, zmanjšanje vsiljivosti, zmanjšanje razburjenosti, zmanjšanje prerekanja, zmanjšanje izzivalnega vedenja, izboljšana komunikacija, druženje s sostanovalci, pogovarjanje, zmanjšanje preprirov, družabno razpoloženje.	Družabni stiki.	James, et al., 2006; Fraser & James, 2008; Bisiani & Angus, 2012; Alander, et al., 2015; Braden & Gaspar, 2015; Shin, 2015; Cantarella, et al., 2018
Pomirjenost, zmanjšanje duhovne stiske, zmanjšanje strahu, zmanjšanje zaskrbljenosti, tesnobe, nemira, halucinacij, občutek duhovne blaginje, emocionalno udobje, sreča, veselje, radost.	Dobro počutje in ugodje.	Tamura, et al., 2001; Ellingford, et al., 2007; Alander, et al., 2015; Braden & Gaspar, 2015; Cantarella, et al., 2018

2006; James, 2008; Bisiani & Angus, 2012; Alander, et al., 2015; Braden & Gaspar, 2015; Fraser & Shin, 2015; Cantarella, et al., 2018). Zmanjšalo se je avtoagresivno vedenje, posamezniki so se manj razburjali in prerekali. Mnoge študije so izpostavile izboljšane odnose. Izboljšale in povečale so se interakcije z negovalnim osebjem (James, et al., 2006; Alander, et al., 2015; Braden & Gaspar, 2015; Cantarella, et al., 2018). Poleg komunikacije in odnosov z osebjem so se okrepile tudi interakcije med stanovalci. Posamezniki, ki so imeli v lasti lutke, so se pogovarjali o skrbi zanje, o njihovem počutju; med njimi so se razvila pogovorna druženja (Alander, et al., 2015; Braden & Gaspar, 2015; Cantarella, et al., 2018). Izboljšala se je dnevna aktivnost oseb, ki so imele lutko (James, et al., 2006), kar je dobro vplivalo tudi na njihovo fizično počutje (Braden & Gaspar, 2015). Lutke so pomembno prispevale k izboljšanju odnosov zaradi spodbujene verbalne komunikacije (Fraser & James, 2008; Shin, 2015). Rezultati kažejo, da so lutke pomagale tudi pri ohranjanju spomina ter soočanju z žalostnimi in bolečimi spomini iz preteklosti (James, et al., 2006).

Kategorija 3: Dobro počutje in ugodje

Osebe, ki so dobile v uporabo lutko oziroma igračko iz blaga, za katero so skrbele, se z njo pogovarjale, so izražale zadovoljstvo, občutek udobja in ugodja ob stiku z njo (Bisiani & Angus, 2012). Uporaba lutk je na osebe z demenco vplivala pozitivno, saj so se lažje in hitreje vključile v smiselne in namenske dnevne aktivnosti, brez vznemirjenosti, zaskrbljenosti ali pretiranega strahu (Ellingford, et al., 2007; Alander, et al., 2015). Pri osebah, kjer se demenca izraža z nasilnim vedenjem, kričanjem ali drugimi negativnimi vedenjskimi simptomi, terapija z lutko nudi občutek udobja in ugodja, deluje pomirjujoče in zagotavlja emocionalno ugodje in dobro duhovno počutje (Alander, et al., 2015; Braden & Gaspar, 2015;

Cantarella, et al., 2018). Dobro počutje in pomirjenost vplivata tudi na izboljšano samooskrbo (Braden & Gaspar, 2015). Uporaba lutke pomembno zmanjšuje tesnobo (Braden & Gaspar, 2015), obsesivno vedenje, tavanje (Shin, 2015), nemir (Tamura, et al., 2001), umik, strah (Bisiani & Angus, 2013) in celo halucinacije, kot ugotavljata Braden in Gaspar (2015). Rezultati večine raziskav kažejo, da so osebe, ki so imele v lasti lutko, postale bolj radostne in celo srečne (Tamura, et al., 2001; Ellingford, et al., 2007; Braden & Gaspar, 2015; Cantarella, et al., 2018).

Diskusija

S sistematičnim pregledom smo želeli raziskati psihološke, socialne in duhovne vplive terapije na življenje oseb, obolelih za demenco. Ugotavljamo, da med najpomembnejše psihološke, socialne in duhovne vidike terapevtskega pristopa z uporabo lutke pri obravnavi oseb, obolelih za demenco, sodijo povezanost, družabni stiki ter dobro počutje in ugodje. Zadovoljevanje psihosocialnih in duhovnih potreb posameznika je pomemben vidik celostne obravnave (Pajnkihar, 2016). Še posebej to velja za osebe, obolele za demenco, kjer so lahko psihološke, socialne in duhovne potrebe spregledane (Powers & Watson, 2011; Koenig, 2013). Za iskanje (novega) smisla življenja, vzpostavitev povezanosti z drugimi, doseganje dobrega počutja je lahko terapija z lutko zelo uporabna. Ugotovitve tega sistematičnega pregleda kažejo na pomen povezanosti in družabnih stikov ter izpostavljajo potrebo po dobrem počutju – gre za pomembne psihosocialne in duhovne vidike vsakega posameznika, tudi oseb, obolelih za demenco. Terapija z lutko je eden izmed bolj znanih in pogosto uporabljenih pristopov (Tamura, et al., 2001; James, et al., 2006; Ellingford, et al., 2007; Fraser & James, 2008; Bisiani & Angus, 2013; Heathcote & Clare, 2014; Alander, et al., 2015; Braden & Gaspar, 2015; Shin, 2015; Cantarella, et al., 2018) v obravnavi oseb, obolelih

za demenco, ki upošteva in spoštuje tako psihološke, socialne kot tudi duhovne vidike posameznika. Pristop je namreč individualen, celosten in osredotočen na osebo.

Ugotovitve kažejo, da ima terapija z lutko številne prednosti in koristi pri zmanjševanju vedenjskih in psiholoških sprememb. Izpostaviti je treba predvsem dobro počutje in povečan občutek ugodja (Braden & Gaspar, 2015), izboljšano medosebno komunikacijo in odnose (Fraser & James, 2008; Bisiani & Angus, 2012; Alander, et al., 2015; Shin, 2015) ter povezanost z lutko (Fraser & James, 2008; Bisiani & Angus, 2012; Alander, et al., 2015; Braden & Gaspar, 2015; Cantarella, et al., 2018). Z lutko se osebe, obbolele za demenco, počutijo dobro, varno, so pomirjene in izražajo ugodje. Lutka jim daje občutek spokojnosti, zmanjšuje žalost in jok, saj je pozornost oseb usmerjena v skrb zanjo: z lutko se pogovarjajo, jo božajo, ljubkujejo, urejajo. To v svojih ugotovitvah poudarjajo tudi Pezzati in sodelavci (2014), ki poročajo o čustveni in duhovni pomirjenosti. Fraser in James (2008) pravita, da lutka, ki nudi udobje in občutek pomirjenosti, osebi omogoča vključenost, pripadnost in sodelovanje v različnih dnevnih aktivnostih. Gre za dodatno korist, ki omogoča vzpostavljanje novih in okrepljenih medosebnih odnosov kot temeljnega psihosocialnega vidika vsakega posameznika, tudi oseb, obolelih za demenco. Podatki (Fraser & James, 2008; Bisiani & Angus, 2012; Alander, et al., 2015; Shin, 2015) kažejo, da so osebe, ki so skrbele za lutko, med seboj začele usmerjeno komunicirati. Povezale so se, pogosto so sedele skupaj, se pogovarjale – podobno kot starši o svojih otrocih. Pomembno sta se izboljšala njihov govor in artikulacija, kar sovpada z ugotovitvami Pezzati in sodelavci (2014).

Občutek stalne prisotnosti in bližine lutke zmanjša občutek osamljenosti in osebi, oboleli za demenco, daje nov smisel in pomen v življenju, kar je povezano z duhovno dimenzijo posameznika (Puchalski, et al., 2014). Z vidika zagotavljanja duhovnih potreb je to zelo pomembno, saj je iskanje smisla in pomena življenja eden ključnih elementov duhovnosti (Puchalski, et al., 2014; Weathers, et al., 2016), ki je tesno povezan s psihosocialno dimenzijo posameznika, tudi oseb, obolelih za demenco.

Pomirjenost, zmanjšanje strahu, zaskrbljenosti in vznemirjenosti dajejo občutek emocionalnega udobja, ki se izraža z veseljem, radostjo in srečnejšim pogledom (Tamura, et al., 2001; Ellingford, et al., 2007; Braden & Gaspar, 2015). Vse to daje osebi, oboleli za demenco, občutek notranjega miru, ki ga McSherry in Jamieson (2013) opisujeta kot ključno duhovno potrebo. Z vidika implementacije terapije z lutko v prakso zdravstvene nege in oskrbe oseb, obolelih za demenco, gre za zelo varen, učinkovit in priporočljiv pristop, ki pomembno prispeva k zadovoljevanju psiholoških, socialnih in duhovnih potreb teh oseb na varen, nežen, nevsiljiv in skrben način.

Čeprav večina raziskav (Tamura, et al., 2001; James, et al., 2006; Ellingford, et al., 2007; Fraser & James, 2008; Bisiani & Angus, 2013; Heathcote & Clare, 2014; Alander, et al., 2015; Braden & Gaspar, 2015; Shin, 2015; Cantarella, et al., 2018) kaže koristi uporabe lutke pri osebah, obolelih za demenco, je pomembno poudariti, da pristop sam ne omogoča zdravljenja. Predstavlja le eno od oblik obravnave oseb, obolelih za demenco, pomaga obvladovati kognitivne, vedenjske in emocionalne motnje, zadovoljevati potrebe po iskanju novega smisla, pomena življenja, doseganju notranjega miru, povezanosti in pripadnosti, kar lahko vpliva na izboljšanje kakovosti življenja. Pregled literature kaže, da je terapija z lutko uporaben in učinkovit pristop za zmanjševanje vedenjskih, psiholoških sprememb, povezanih z demenco, ki ugodno vpliva na dobro psihosocialno in duhovno počutje oseb, obolelih za demenco.

V pregled literature je bilo vključenih samo deset raziskav, ki se glede na metodološko oceno med seboj razlikujejo. To pojasnjujemo z dejstvom, da smo se pri iskanju omejili zgolj na specifične, to je psihosocialne in duhovne vidike uporabe terapije z lutko. Nobena izmed vključenih raziskav ni iz slovenskega družbeno-kulturnega okolja, zato neposreden prenos ugotovitev na področje zdravstvene nege in oskrbe starejših oseb, obolelih za demenco, pri nas ni možen. Prav tako omejitev predstavlja dejstvo, da je bila samo ena raziskava randomizirana kontrolirana raziskava, ostale ugotovitve pa temeljijo na raziskavah primera ali opazovalnih raziskavah. Zato bi bilo v prihodnjih raziskavah smiselno poleg psiholoških, socialnih in duhovnih vidikov terapije z lutko raziskati tudi druge vplive in učinke na zdravje in življenje oseb, obolelih za demenco, v domovih starostnikov.

Zaključek

Terapija z lutko zajema pomembne psihološke, socialne in duhovne vidike obravnave oseb, obolelih za demenco. Podatki raziskav kažejo, da uporaba terapije z lutko pomembno prispeva k holistični obravnavi oseb, obolelih za demenco. Na osnovi pregleda literature ne moremo trditi, da je to najustreznejši nefarmakološki pristop za zagotavljanje psihosocialnih in duhovnih potreb oseb, obolelih za demenco. Zagotovo pa je enostaven za uporabo, poceni in po oceni analiziranih člankov tudi učinkovit, saj ugodno vpliva na življenje oseb, obolelih za demenco. Pri tem ne smemo spregledati, da je treba nefarmakološke pristope izbirati individualno, glede na trenutno izražene potrebe posamezne osebe, obolele za demenco, ob sodelovanju svojcev in skrbnikov.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

Avtorji izjavljajo, da ni nasprotja interesov. / The authors declare that no conflicts of interest exist.

Financiranje / Funding

Raziskava ni bila finančno podprta. / The study received no funding.

Etika raziskovanja / Ethical approval

Za izvedbo raziskave glede na izbrano metodologijo raziskovanja dovoljenje ali soglasje komisije za etiko ni bilo potrebno. / No approval by the Ethics Committee was necessary to conduct the study due to the selected research methodology.

Prispevek avtorjev / Author contributions

Prva avtorica je konceptualno zasnovala raziskavo in sodelovala pri pisanju in pregledu vseh delov besedila, metodologije, analize in interpretacije. Druga avtorica je sodelovala pri iskanju in pregledu literature, pri metodološki oceni člankov ter pisanju besedila. Tretja avtorica in četrti avtor sta opravila neodvisno metodološko oceno člankov. Sodelovala sta pri analizi rezultatov in interpretaciji. Peta avtorica je s sugestijami in natančno revizijo vseh korakov pomembno prispevala h končnemu oblikovanju objavljenega besedila. / The first author contributed the conceptual design of the research, participated in writing and reviewing all parts of the article, the methodology, analysis of the results and interpretation. The second author participated in the search process of relevant literature, in the methodological assessment of research, and in the writing the text. The third and fourth author participated conducted an independent methodological assessment of included articles. They participated in the analysis and in interpretation of results. The fifth author significantly contributed with suggestions and a detailed review of all steps of the systematic review and contributed in the final version of the text.

Literatura

Alander, H., Prescott, T. & James, I.A., 2015. Older adults' views and experiences of doll therapy in residential care homes. *Dementia*, 14(5), pp. 574–588.
<https://doi.org/10.1177/1471301213503643>
PMid:24339116

Bisiani, L. & Angus, J., 2013. Doll therapy: a therapeutic means to meet past attachment needs and diminish behaviours of concern in a person living with dementia: a case study approach. *Dementia*, 12(4), pp. 447–462.
<https://doi.org/10.1177/1471301211431362>
PMid:24336954

Braden, B.A. & Gaspar, P.M., 2015. Implementation of a baby doll therapy protocol for people with dementia: innovative practice. *Dementia*, 14(5), pp. 696–706.
<https://doi.org/10.1177/1471301214561532>
PMid:25432935

Cantarella, A., Borella, E., Faggian, S., Navuzzi, A. & De Beni, R., 2018. Using dolls for therapeutic purposes: a study on nursing home residents with severe dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(7), pp. 915–925.
<https://doi.org/10.1002/gps.4872>
PMid:29671901

Duong, S., Patel, T., & Chang, F., 2017. Dementia: what pharmacists need to know. *Canadian Pharmacists*, 150(2), pp. 118–129.
<https://doi.org/10.1177/1715163517690745>
PMid:28405256; PMCid:PMC5384525

Ellingford, J., Mackenzie, L. & Marsland, L., 2007. Using dolls to alter behaviour in patients with dementia. *Nursing Times*, 103(5), pp. 36–37.

European Commission, 2018. *The Ageing Report Underlying Assumptions & Projection Methodologies*.
<https://doi.org/10.2765/40638>

Fraser, F. & James, I., 2008. Why does doll therapy improve the well-being of some older adults with dementia? In: A.J. Astell, ed. *Psychology specialists working with older people*. The British Psychological Society, pp. 55–62. Available at:
http://www.psige.org/psige-pdfs/PSIGE_105_web.pdf#page=57
[10. 5. 2018].

Heathcote, J. & Clare, M., 2014. Doll therapy: therapeutic or childish and inappropriate. *Nursing and Residential Care*, 16(1), pp. 22–26.
<https://doi.org/10.12968/nrec.2014.16.1.22>

J. Higgins, & S. Green, eds., 2011. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0. Cochrane Collaboration. London: The Cochrane Collaboration.

Hsieh, H.F., & Shannon, S.E., 2005. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), pp. 1277–1288.
<https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
PMid:16204405

International Psychogeriatric Association, 2012. *Complete Guide to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*. Module 5, Non-pharmacological Treatments. Chicago: IPA.

James, I.A., Mackenzie, L. & Mukaetova-Ladinska, E., 2006. Doll use in care homes for people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 21, pp. 1093–1098.
<https://doi.org/10.1002/gps.1612>
PMid:16955418

Koenig, H.G., 2013. *Spirituality in Patient Care*. 3rd ed. Conshohocken, PA: Templeton Press.

McSherry, W. & Jamieson, S., 2013. The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21/22), pp. 3170–3182.

<https://doi.org/10.1111/jocn.12411>
PMid:24118520

Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E., 2011. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Mitchell, G. & Templeton, M., 2014. Ethical considerations of doll therapy for people with dementia. *Nursing Ethics*, 21(6), pp. 720–730.

<https://doi.org/10.1177/0969733013518447>
PMid:24493710

Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., et al., 2015. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4(1), p. 1.

<https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
PMid:25554246; PMCID:PMC4320440

Pajnikihar, M., 2016. Caring and interpersonal relationships in nursing care. In: M. Pajnikihar and M. Lorber, eds. *Knowledge brings development and health*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, pp. 17–20.

Petrič, D., Kogoj, A., Pirtošek, Z., Flisar, D., Zupan, B., et al., 2016. *Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Pezzati, R., Molteni, V., Bani, M., Settanta, C., Di Maggio, M.G., Villa, I., et al., 2014. Can Doll therapy preserve or promote attachment in people with cognitive, behavioral, and emotional problems: a pilot study in institutionalized patients with dementia. *Frontiers in Psychology*, 5(4), pp. 1–9.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00342>
PMid:24795682; PMCID:PMC4001059

Pluye, P., Hong, Q.N. & Vedel, I., 2013. *Toolkit for mixed studies review*. Available at:

<http://toolkit4mixedstudiesreviews.pbworks.com> [10. 4. 2018].

Powers, B.A. & Watson, N.M., 2011. Spiritual nurturance and support for nursing home residents with dementia. *Dementia*, 10, pp. 59–80.

<https://doi.org/10.1177/1471301210392980>

Puchalski, C.M., Vitillo, R., Hull, S.H., Reller, N., 2014. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), pp. 642–656.

<https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>

PMid:24842136; PMCID:PMC4038982

Rogers, M. & Wattis, J., 2015. Spirituality in nursing practice. *Nursing Standard*, 29(39), pp. 51–57.

<https://doi.org/10.7748/ns.29.39.51.e9726>

PMid:26015142

Shin, J.H., 2015. Doll therapy: an intervention for nursing home residents with dementia. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 53(1), pp. 13–18.

<https://doi.org/10.3928/02793695-20141218-03>

PMid:25622273

Tamura, T., Nakajima, K., Nambu, M., Nakamura, K., Yonemitsu, S., Itoh, A., et al., 2001. Baby dolls as therapeutic tools for severe dementia patients. *Gerontechnology*, 1(2), pp. 111–118.

<https://doi.org/10.4017/gt.2001.01.02.004.00>

United Nations, 2017. *Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus*. Available at:

<http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/90chapteriv.pdf> [12. 5. 2018].

Weathers, E., McCarthy, G. & Coffey, A., 2016. Concept analysis of spirituality: an evolutionary approach. *Nursing Forum*, 51(2), pp. 79–96.

<https://doi.org/10.1111/nuf.12128>

PMid:25644366

Citirajte kot / Cite as:

Mlinar Reljić, N., Fekonja, Z., Mulej, J., Kmetec, S. & Pajnikihar, M., 2019. Vpliv terapije z lutko na življenje oseb, obolenih za demenco: sistematični pregled. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(3), 211–220. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.3.2974>

Pregledni znanstveni članek / Review article

Pogostnost sindroma bolnih stavb v bolnišnicah v povezavi z okoljskimi dejavniki: sistematični pregled literature

Prevalence of the sick building syndrome in hospitals in relation to environmental factors: a systematic literature review

Sedina Kalender Smajlovič, Mateja Dovjak, Andreja Kukec

Ključne besede: simptomi bolnih stavb; zdravstveni delavci; onesnaževala

Key words: sick building syndrome; health care workers; pollutants

viš. pred. Sedina Kalender Smajlovič, dipl. m. s., mag. zdr. neg.; Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice, Slovenija

Kontaktni e-naslov / Correspondence e-mail: skalendersmajlovic@fzab.si

doc. dr. Mateja Dovjak, dipl. san. inž.; Univerza v Ljubljani, Fakulteta za gradbeništvo in geodezijo, Jamova 2, 1000 Ljubljana, Slovenija

doc. dr. Andreja Kukec, dipl. san. inž.; Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana, Slovenija

IZVLEČEK

Uvod: Okoljski dejavniki imajo pomembno vlogo pri ohranjanju in krepitevi zdravja. Namen raziskave je bil oceniti pogostost simptomov sindroma bolnih stavb (SBS) pri zaposlenih v bolnišnici.

Metode: Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda. Pregled strokovne in znanstvene literature je bil izveden v podatkovnih bazah COBIB.SI, Google Učenjak, Digitalna knjižnica Dlib.si, CIHAHL, Cochrane Library in PubMed. Napredno iskanje je potekalo s pomočjo Boolovih logičnih operaterjev AND / IN, v kombinaciji ključnih besed: »sindrom bolnih stavb«, »bolnišnice«, »zdravstveni delavci«, »okoljski dejavniki«, »sick building syndrome«, »hospitals«, »health care workers«, »environmental factors«. Iz iskalnega nabora 238 zadetkov je bilo v končno analizo vključenih 11 člankov. Za prikaz pregleda podatkovnih baz in odločanja o uporabnosti pregledanih virov je bila uporabljena metodologija PRISMA. Izvedena je bila vsebinska integrativna analiza spoznanj raziskav.

Rezultati: Ugotovitve raziskave so bile združene v štiri vsebinske kategorije: (1) pogostost simptomov SBS; (2) raznolikost simptomov SBS; (3) okoljski dejavniki v povezavi s pogostostjo simptomov SBS; (4) okoljski dejavniki v povezavi z ostalimi dejavniki za nastanek SBS.

Diskusija in zaključek: Raziskave kažejo, da je pogostost simptomov SBS med zaposlenimi v bolnišničnem okolju visoka. Okoljski dejavniki so povezani z nastankom simptomov SBS med zaposlenimi v bolnišničnem okolju. V Sloveniji potrebujemo raziskavo, ki bi proučila učinek okoljskih dejavnikov na pogostost simptomov SBS pri zaposlenih v bolnišničnem okolju.

ABSTRACT

Introduction: Environmental factors play an important role in preserving and strengthening health. The purpose of the study is to evaluate the frequency of the sick building syndrome (SBS) symptoms in hospital staff.

Methods: A descriptive research method was used. A systematic overview of professional and scientific literature was conducted in the following databases: COBIB.SI, Google Scholar, Digital Library Dlib.si, CIHAHL, Cochrane Library and PubMed. An advanced search was conducted with Boolean logic operators AND / IN, in the combination of keywords: 'sindrom bolnih stavb', 'bolnišnice', 'zdravstveni delavci', 'okoljski dejavniki', 'sick building syndrome', 'hospitals', 'health care workers', 'environmental factors'. From the total of 238 results, 11 articles were included in the final analysis. The PRISMA methodology was used for an overview of databases. A content integrative analysis of research findings was conducted.

Results: The findings of the study were grouped into four content categories: (1) the frequency of SBS symptoms, (2) the variety of SBS symptoms, (3) environmental factors associated with the frequency of symptoms of SBS and (4) environmental factors in relation to other factors for the development of SBS.

Discussion and conclusion: Research shows that the frequency of SBS symptoms among employees in hospitals is high. Environmental factors are associated with the emergence of SBS symptoms among hospital employees. In Slovenia, a survey should be conducted that would study the effect of environmental factors on the frequency of SBS symptoms in employees in hospitals.

Članek je nastal v okviru priprave predloga doktorske disertacije na interdisciplinarnem študijskem programu Javno zdravje, smer Biomedicina, na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani.

Prejeto / Received: 30. 8. 2018
Sprejeto / Accepted: 13. 8. 2019

Uvod

Eržen in sodelavci (2010) navajajo, da okoljski dejavniki povzročajo ali vsaj pomembno prispevajo k razvoju večine bolezni, ki prizadenejo ljudi. Zaradi tega je poznavanje in razumevanje načinov, kako posamezni škodljivi dejavniki vplivajo na zdravje, izrednega pomena za načrtovanje in uvajanje preventivnih ukrepov. Okolje, vključno z delovnim okoljem, predstavlja pomemben dejavnik tako za ohranjanje in krepitev zdravja kot za razvoj in poslabšanje bolezenskih stanj. Bilban in sodelavci (2017) navajajo, da človek velik del svojega življenja preživi v delovnem in bivalnem okolju, v katerih so prisotni številni dejavniki tveganja, ki negativno vplivajo na zdravje in dobro počutje. V povezavi z nezdravim grajenim okoljem se v literaturi pojavljata dva termina: sindrom bolnih stavb (SBS) (angl. *Sick Building Syndrome*) in bolezni, povezane z bivanjem v stavbi (angl. *Building Related Illness – BRI*) (Dovjak & Kučec, 2014; Kučec & Dovjak, 2014; Bilban, et al., 2017). SBS vsebuje niz simptomov, ki izhajajo iz izpostavljanja delovnemu ali življenjskemu okolju. Simptomi so pretežno »alergične narave« in vključujejo draženje oči, sluznice, pojav suhe kože ter dihalne simptome in splošne simptome v obliki utrujenosti, letargije, glavobolov in zvišane telesne temperature (Maoz – Segal, et al., 2015).

Kučec in Dovjak (2014) po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) povzemata, da pogostost simptomov SBS v novozgrajenih in prenovljenih javnih stavbah znaša do 30 %. Klasifikacija in identifikacija dejavnikov tveganja za nastanek SBS je bila že izvedena (Dovjak & Kučec, 2014; Kučec & Dovjak, 2014). Dejavnike tveganja, ki lahko povzročajo nastanek SBS, razdelimo na fizikalne, biološke, kemične, psihosocialne ter na dejavnike na individualni ravni (Dovjak & Kučec, 2014; Kučec & Dovjak, 2014; Bilban, et al., 2017). Med fizikalne dejavnike omenjeni avtorji (Dovjak & Kučec, 2014; Kučec & Dovjak, 2014; Bilban, et al., 2017) najpogosteje uvrščajo temperaturo zraka, relativno vlažnost zraka, hrup in vibracije, svetlobo in osvetljenost, elektromagnetno sevanje, prezračevanje in ergonomsko ureditev. Med biološkimi dejavniki navajajo mikrobiološke onesnaževalce, predvsem bakterije in glive. Onesnaževala, katerih viri so prisotni v zunanjem okolju, a izvirajo iz notranjosti, so npr. formaldehid, ftalati, mineralna vlakna, vonjave, cigaretni dim, delci različnih velikosti itd. Uvrščajo se med kemične dejavnike. Med psihosocialne dejavnike in dejavnike na individualni ravni posameznika pa isti avtorji (Dovjak & Kučec, 2014; Kučec & Dovjak, 2014; Bilban, et al., 2017) umeščajo stres, socialni status, osamljenost, organizacijo dela, neustrezne oziroma slabe odnose v delovnem okolju, nezadovoljstvo z delom, komunikacijo, nadzor nad delom, spol, zdravje, osebnostne lastnosti itd.

Stadtner (2013) navaja, da SBS lahko povzroči simptome, kot so glavobol, omotica, utrujenost, težave s koncentracijo, draženje očesnih veznic, nosne sluznice in grla, pojav suhe in srbeče kože. Večina simptomov izgine, ko stavbo zapustimo. Tudi Bernstein in sodelavci (2008) navajajo, da je kakovost zraka v zaprtih prostorih povezana z zdravstvenimi težavami, kot so poslabšanje astme, glavobol, slabost, alergične reakcije, draženje očesnih veznic, nosne sluznice in grla. Ljudje preživijo skoraj 80–90 % svojega časa v zaprtih prostorih (Freijer & Bloemen, 2000; Yassi, et al., 2001 cited in Lu, et al., 2015).

Joshi in sodelavci (2008) navajajo, da SBS sodi med poklicne bolezni, ki povečujejo odsotnost zaposlenih zaradi bolezni in povzročajo zmanjšanje produktivnosti pri delu. Med vzroke SBS prištevajo kemične onesnaževalce, onesnaževalce iz zunanjega in notranjega okolja, biološke onesnaževalce, neustrezno prezračevanje, elektromagnetno sevanje, psihološke dejavnike ter dejavnike, povezane s slabo in neprimerno osvetlitvijo delovnih mest z odsotnostjo sončne svetlobe, slabo akustiko in neustrezno ergonomsko ureditev. Tudi Avaltroni in sodelavci (2015) izpostavljajo, da se simptomi SBS pojavijo kot posledica neustreznega prezračevanja na delovnih mestih ter pri zaposlenih lahko povzročajo nelagodje in izgubo produktivnosti.

Dovjak (2012) in Dovjak in sodelavci (2013) v metaanalizi ugotavljajo, da bolnišnice sodijo med kompleksna notranja okolja, v katerih so prisotni različni uporabniki, dejavniki tveganja in izvajanje specifičnih aktivnosti. V bolnišničnem okolju se na področju obvladovanja in preprečevanja dejavnikov tveganja največ proučuje biološke dejavnike tveganja za zdravje, medtem ko so fizikalni in kemični dejavniki pogosto manj obravnavani (Dovjak, et al., 2013). Dickens (2015) navaja, da SBS poleg pacientov ogroža tudi zdravstvene delavce in obiskovalce. Dovjak (2012) poudarja, kako specifična aktivnost povzroči, da je bolnišnično okolje podvrženo strogim sanitarnotehničnim in higienskim zahtevam. Zdravi pogoji za pacienta ne predstavljajo udobnih razmer za zaposlene in obiskovalce, hkrati pa Dovjak in sodelavci (2013) na osnovi sistematičnega pregleda literature trdijo, da ni razvitega sistema ali metode za celostni nadzor nad tveganji za zdravje v bolnišničnem okolju. Dovjak (2012) ter Dovjak in sodelavci (2014) navajajo, da je identifikacija dejavnikov tveganja za SBS ključnega pomena za učinkovito preprečevanje in nadzor SBS in kako pomembno je zaznavanje vseh dejavnikov tveganja in njihovih parametrov.

Kljub temu, da zaposleni v bolnišničnem okolju zagotavljajo zdravstveno oskrbo za paciente, pogosto niso pozorni na lastne zdravstvene težave (Chang, et al., 2015). Ulrich in sodelavci (2008) so raziskovali dejavnike fizičnega okolja, ki vplivajo na rezultate dela pri zaposlenih v bolnišničnem okolju. Ugotovili so, da bi dobro zasnovana bolnišnična okolja lahko povečala učinkovitost in zadovoljstvo zaposlenih, zmanjšala

pojav napak, nastanek in širjenje okužb, povezanih z zdravstvom, stres in poškodbe pri zaposlenih.

Namen in cilji

Namen raziskave je bil na podlagi pregleda literature oceniti pogostost simptomov SBS pri zaposlenih v bolnišnicah. Cilj raziskave je bil opredeliti okoljske dejavnike in značilne simptome za SBS v bolnišničnem okolju. Zastavili smo tri raziskovalna vprašanja:

- Kakšna je pogostnost simptomov SBS v bolnišničnem okolju?
- Kateri so najbolj pogosti simptomi SBS pri zaposlenih v bolnišničnem okolju?
- Kateri okoljski dejavniki so povezani s simptomi SBS v bolnišničnem okolju?

Metode

V raziskavi je bil uporabljen pregled znanstvene in strokovne literature v povezavi s proučevano tematiko. Predstavljeni pregled literature temelji na analizi raziskav, pri čemer smo si pomagali s pristopom, ki ga opisujejo Cronin in sodelavci (2008). Pristop vključuje oblikovanje raziskovalnega vprašanja, določanje meril za vključitvene in izključitvene kriterije, izbor primerne literature, oceno kakovosti vključene literature, analizo in sintezo ključnih ugotovitev.

Metode pregleda

Izvedli smo sistematični pregled literature. Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda s pregledom nacionalne ter tuje strokovne in znanstvene literature v mednarodnih podatkovnih bazah. Iskanje literature je potekalo od 1. julija do 25. julija 2018. Literaturo, objavljeno v slovenskem jeziku, smo iskali s pomočjo vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov

slovenskih knjižnic COBIB.SI, Google Učenjaka ter Digitalne knjižnice Slovenije Dlib.si. Uporabili smo naslednje kombinacije ključnih besed: »sindrom bolnih stavb«, »bolnišnice«, »zdravstveni delavci«, »okoljski dejavniki«. Različne kombinacije ključnih besed nam v slovenskem jeziku niso dale ustreznih zadetkov. V naslednji fazi smo iskali literaturo, objavljeno v angleškem jeziku, v navedenih mednarodnih bazah podatkov: CINAHL, Cochrane Library in PubMed. Uporabili smo napredno iskanje po naslednjih ključnih besednih zvezah in v povezavi z Boolovim operaterjem AND oziroma IN: »*sick building syndrome*«, »*hospitals*«, »*health care workers*«, »*environmental factors*«.

Pri vključitvenih kriterijih smo upoštevali, da so objavljeni članki zajemali bolnišnično okolje (splošne in specialne bolnišnice) in populacijo zdravstvenih delavcev (zdravniki, medicinske sestre, farmacevti). Upoštevali smo tudi, da so članki sodili med izvirne, pregledne, strokovne in znanstvene članke, da so bili pisani v slovenskem ali angleškem jeziku, dostopni v celotnem besedilu ali kot povzetki in tematsko ustrezni. Med vključitvenimi kriteriji smo upoštevali še, da so bili članki recenzirani v opazovanem časovnem obdobju 2008–2018.

Rezultati pregleda

Rezultati pregleda so navedeni v Tabeli 1, ki prikazuje ključne besede, s katerimi smo iskali, število zadetkov in število izbranih zadetkov za pregled.

Potek pridobivanja relevantnih člankov glede na tematsko ustreznost je razviden na Sliki 2, kjer smo za prikaz pregleda podatkovnih baz in odločanja o uporabnosti pregledanih virov uporabili metodo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta – Analysis) (Welch, et al., 2012), ki smo jo delno prilagodili za namen naše raziskave. Specifikacija iskalnih besed in različne kombinacije

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Table 1: Results of literature review

Podatkovne baze / Databases	Ključne besede / Keywords	Število zadetkov / Number of hits	Izbrani zadetki za pregled / Selected hits for text review
COBIB.SI	<i>sindrom bolnih stavb</i>	13	0
	<i>sindrom bolnih stavb, zdravstveni delavci</i>	0	0
	<i>sindrom bolnih stavb, okoljski dejavniki</i>	0	0
	<i>sindrom bolnih stavb, bolnišnice</i>	0	0
Google Učenjak	<i>sindrom bolnih stavb</i>	115	0
	<i>sindrom bolnih stavb, bolnišnice</i>	63	0
Digitalna knjižnica Dlib.si	<i>sindrom bolnih stavb, bolnišnice</i>	0	0
CINAHL	<i>sick building syndrome, hospitals</i>	6	5
	<i>sick building syndrome, health care workers</i>	6	4
	<i>sick building syndrome, environmental factors</i>	4	1
Cochrane Library	<i>sick building syndrome, hospitals</i>	1	0
PubMed	<i>sick building syndrome, hospitals</i>	30	1

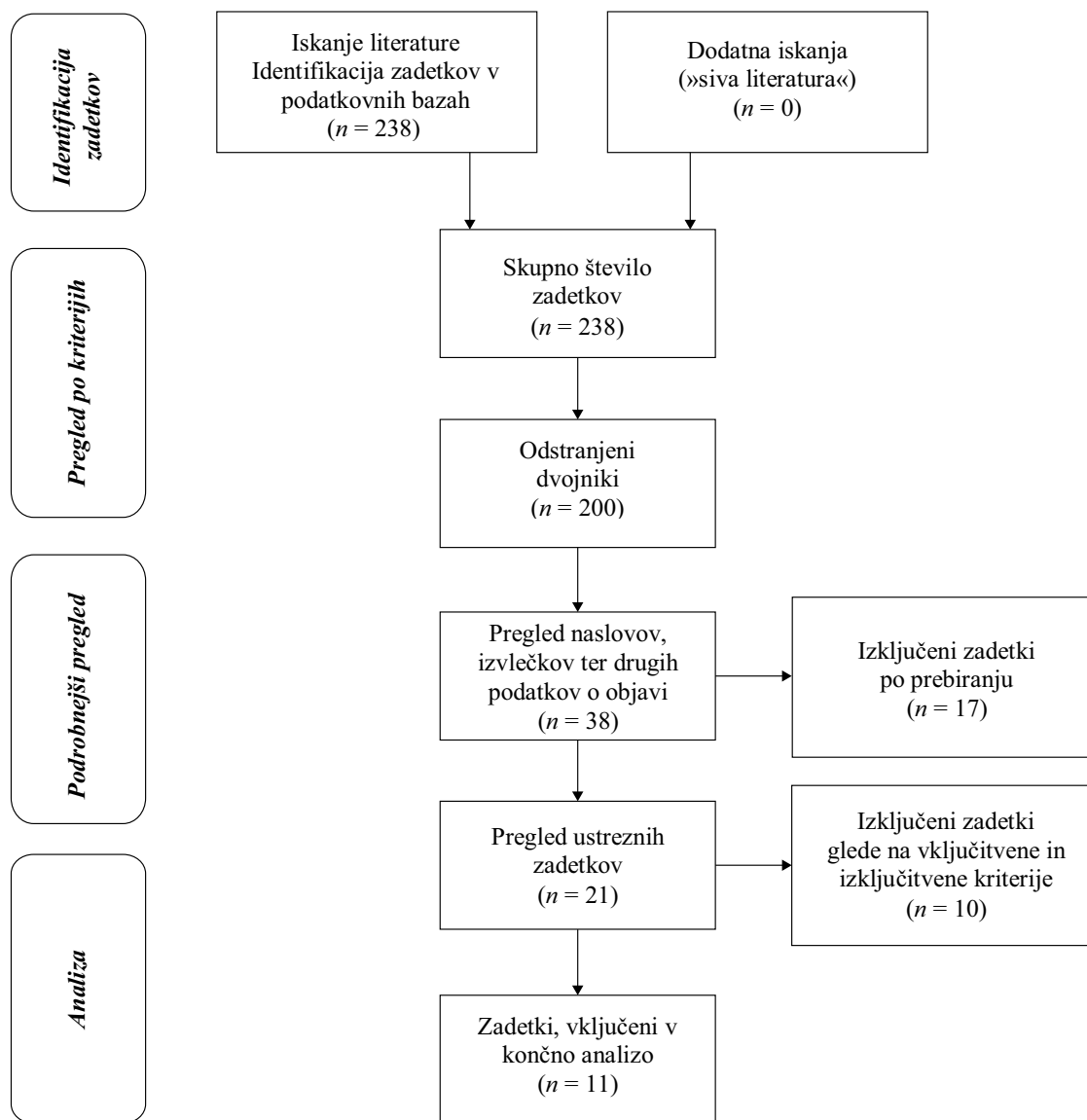
ključnih iskalnih besed ter besednih zvez z Boolovim operaterjem AND oziroma IN je podala nabor relevantne literature. Začetna merila za vključitev v raziskavo je izpolnjevalo 238 zadetkov. Sive literature nismo vključili, ker je nismo uspeli pridobiti. Po odstranjenih dvojnikih smo pregledali 38 zadetkov. Dodatno smo pregledali naslove zadetkov, njihove izvlečke in tako v nadaljnjo analizo vključili 21 zadetkov. Glede na vključitvene kriterije (vsebinska ustreznost) smo na prvem situ izključili 17 zadetkov, v drugem pa 10 zadetkov. V končno analizo smo vključili 11 zadetkov.

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Po viru Polit in Beck (2008) smo določili hierarhijo dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu. Najvišje

na hierarhični lestvici se nahaja devet člankov, ki so opredeljeni kot posamezne raziskave s korelacijami / opazovanji (nivo 4). Sledi članek, ki sodi v opisno kvalitativno raziskavo (nivo 6), in članek, ki sodi med mnenja avtorjev, ekspertnih komisij (nivo 7) (Slika 1).

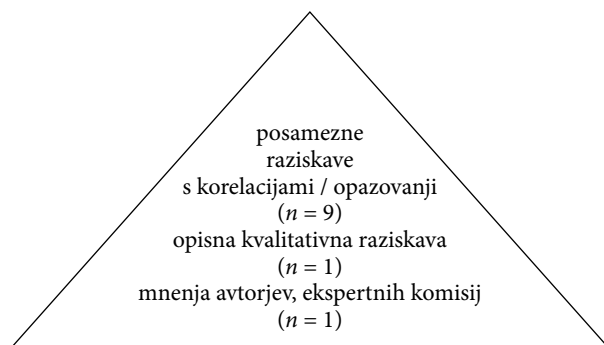
Izvedli smo vsebinsko integrativno analizo spoznanj raziskav, ki smo jih vključili v pregled. Sinteza je bila narejena s pomočjo analize znanstvenih spoznanj. Zbrani podatki so bili analizirani z metodo tematske analize. Raziskava je potekala po naslednjih fazah: opredelitev teme, zbiranje in temeljni pregled literature, vrednotenje ustreznosti in izločitve. Sledil je izbor ustreznih prispevkov, klasificiranje prispevkov in raziskovalni dizajn, proučitev dokazov in opredelitev kategorij glede na značilnosti in medsebojne povezave, proučitev dokazov, zbiranje relevantnih podatkov,



Slika 2: Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA

Figure 2: Results of literature review based on the PRISMA method

združitve podatkov v pripadajoče kategorije ter vsebinski povzetek dokazov v celoto.



Slika 1: Ocena kakovosti dokazov izbranih virov
Figure 1: Assessment of the quality of evidence

Rezultati

Tabela 2 prikazuje avtorje in države, namen raziskave, raziskovalni dizajn, vzorec, dejavnike, povezane s SBS, in ključne ugotovitve analiziranih raziskav.

Na osnovi pregleda rezultatov smo opredelili 21 ugotovitev analiziranih raziskav, ki smo jih glede na lastnosti in medsebojne povezave združili v štiri vsebinske kategorije: »Pogostost simptomov SBS med zaposlenimi v bolnišničnem okolju«, »Raznolikost simptomov SBS med zaposlenimi v bolnišničnem okolju«, »Okoljski dejavniki v povezavi s pogostostjo simptomov SBS med zaposlenimi v bolnišničnem okolju« in »Okoljski dejavniki v povezavi z ostalimi dejavniki za nastanek SBS med zaposlenimi v bolnišničnem okolju«. Kategorije, ugotovitve analiziranih raziskav in podatke o avtorjih povzetih raziskav prikazuje Tabela 3.

Diskusija

Rezultati izvedene raziskave nam podajo ugotovitve, da avtorji (Chang, et al., 2015; Khosravinejad, et al., 2015; Vafaenasab, et al., 2015; Aljeesh, et al., 2016) navajajo različno pogostnost simptomov SBS pri zaposlenih v bolnišničnem okolju, ki znaša od 40,7 % do 86,4 %, kar so sicer višje vrednosti v primerjavi z znano švedsko longitudinalno raziskavo, ki je bila izvedena na vzorcu 225 zaposlenih iz osmih bolnišnic (Nordström, et al., 1994). Slednja navaja 30 % pogostost simptomov SBS, ki se pojavljajo v obliki utrujenosti, draženja očesnih veznice in občutka suhe kože na obrazu. Ugotovitve naše raziskave lahko primerjamo z ugotovitvami raziskav, v katere so vključeni pisarniški delavci. Abdel-Hamid in sodelavci (2013) so s presečno raziskavo na vzorcu 826 zaposlenih na univerzi ugotovili najpogostejše simptome SBS v obliki utrujenosti in glavobola (76,9 % oziroma

74,7 %). Simptomi SBS ($p < 0,05$) so bili statistično povezani s slabo osvetljenostjo, slabim prezračevanjem, pomanjkanjem dnevne svetlobe, visokim hrupom, neustrezno temperaturo in vlažnostjo zraka, uporabo fotokopirnih strojev in neustreznim čiščenjem pisarn. Takeda in sodelavci (2009) ugotavljajo, da so onesnaževalci zraka in prisotnost vlažnega zraka v zaprtih prostorih postali pomembni okoljski dejavniki v povezavi s pogostostjo SBS.

V izvedeni raziskavi ugotovimo raznolikost simptomov SBS pri zaposlenih v bolnišničnem okolju. Po navedbah avtorjev raziskav (Hellgren, et al., 2008; Morghen, et al., 2009; Chang, et al., 2015; Inaba, et al., 2015; Khosravinejad, et al., 2015; Aljeesh, et al., 2016; Keyvani, et al., 2017) zaposleni v bolnišničnem okolju kot najbolj pogoste simptome SBS navajajo glavobol, draženje očesnih veznice, draženje nosne sluznice, težave z dihanjem, kašelj, utrujenost in občutek izsušene kože na rokah. Visok odstotek zdravstvenih delavcev ocenjuje, da so simptomi SBS povezani z njihovim delovnim mestom; visok odstotek jih poroča, da simptomi izzvenijo, ko zapustijo delovno mesto (Aljeesh, et al., 2016). Tudi farmacevti iz bolnišničnega okolja navajajo višjo pogostost draženja nosne sluznice (Inaba, et al., 2015).

Rezultate naše raziskave lahko primerjamo z rezultati tajvanske raziskave (Lu, et al., 2017), ki je bila narejena na vzorcu 389 pisarniških delavcev, starih od 20 do 65 let. Rezultati navajajo, da je pogostost simptomov SBS (draženje očesnih veznice) povezana s slabo kakovostjo zraka v delovnem okolju, starostjo in občutljivostjo na cigaretni dim. Kašelj je bil povezan z izpostavljenostjo pleskanju notranjih sten, daljšim delovnim časom, medtem ko je nizka relativna vlažnost zraka v notranjih prostorih in prisotnost hlapnih organskih spojin povezana z drugimi nespecifičnimi simptomi: glavobolom, utrujenostjo, občutkom težje sposobnosti za koncentracijo, jezo in omotico. Lim in sodelavci (2015) na osnovi 463 zaposlenih v univerzah navajajo, da so se simptomi SBS izražali kot občutek suhe in izsušene kože v 12 %, v 19 % pa kot draženje očesnih veznice in nosne sluznice.

Ugotavljamo, da ima previsoka in prenizka relativna vlažnost zraka v notranjih prostorih neposredni in posredni učinek na pogostost simptomov SBS (Sookchaiya, et al., 2008), prisotnost umetne svetlobe pri zaposlenih v operacijski sobi in intenzivni terapiji pa lahko povzročata neugodje (Morghen, et al., 2009). Tudi neprijeten vonj in pomanjkljivo zračenje notranjih prostorov sodita med okoljske dejavnike pri zaposlenih v bolnišničnem okolju, povezane s SBS (Vafaenasab, et al., 2015). Nordström in sodelavci (1994) so ugotovili, da vlaženje zraka notranjih prostorov v času ogrevalne sezone znatno zmanjšuje izmerjeno osebno izpostavljenost statični elektriki in simptome SBS.

Temperatura in relativna vlažnost zraka, slaba kakovost zraka, prah, ozon, ogljikov dioksid in ogljikov monoksid sodijo med okoljske dejavnike,

Tabela 2: Raziskave, ki so proučevale pogostost simptomov SBS in okoljske dejavnike v bolnišničnem okolju
Table 2: Key findings of the prevalence of SBS and environmental factors in hospital environment

<i>Avtor, leto in država / Author, year and country</i>	<i>Namen / Aim</i>	<i>Raziskovalni dizajn, metoda zbiranja podatkov / Research design, method of data analysis</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Dejavniki, povezani s SBS / Factors related to SBS</i>	<i>Ključne ugotovitve / Key findings</i>
Khosravinejad, et al., 2015 Iran	Ugotoviti pogostost simptomov SBS med zaposlenimi v bolnišničnem okolju.	Deskriptivno analitična raziskava / vprašalnik MM040EA.	135 zaposlenih v bolnišnici.	Spol; starost; delovne izkušnje; prisotnost v bolnišnici; prisotnost kemikalij na delovnih mestih.	Pogostost simptomov SBS je znašala 40,7 %. Pogostost simptomov SBS je povezana s prisotnostjo kemikalij na delovnem mestu ($p = 0,012$).
Sookchaiya, et al., 2008 Tajvan	Ugotoviti ustreznost temperature in relativne vlažnosti zraka v bolnišničnem okolju.	Delphi raziskava, tehnika skupinskih intervjujev.	11 ekspertov iz medicinske fakultete in biotehnične fakultete, zaposleni v bolnišnici.	Temperatura; relativna vlažnost zraka	Previsoka in prenizka relativna vlažnost zraka v bolnišničnem okolju ima neposredni in posredni učinek na pogostost SBS, boleznih dihal, rast in porazdelitev bakterij, virusov in hišnih pršic.
Morghen, et al., 2009 Italija	Ugotoviti raven osvetljenosti na delovnih mestih v bolnišničnem okolju.	Presečna raziskava / vprašalnik MIM040EA in UNIEN12464-1.	134 zaposlenih v intenzivni terapiji in na anesteziološkem oddelku iz treh bolnišnic (zdravniki in medicinske sestre).	Raven osvetljenosti; samoocena stresa.	Umetna svetloba lahko povzroči neugodje pri zaposlenih v intenzivni terapiji in operacijski sobi.
Vafaeenasab, et al., 2015 Iran	Raziskati simptome SBS in vzročne dejavnike za pogostost simptomov SBS v bolnišničnem okolju.	Presečna raziskava / vprašalnik MM040EA.	265 medicinskih sester.	Neprijeten vonj; pomanjkljivo prezračevanje; delovne obremenitve.	Pogostost simptomov SBS je med medicinskimi sestrami znašala 86,4 %. Najbolj pogosti simptomi SBS so: glavobol, utrujenost in občutek izsušene kože na rokah. Pomanjkljivo prezračevanje prostorov in neprijeten vonj so okoljski dejavniki, povezani s pogostostjo SBS ($p < 0,0001$).
Keyvani, et al., 2017 Iran	Oceniti simptome SBS in ugotoviti dejavnike za pogostost simptomov SBS v bolnišničnem okolju.	Presečna raziskava / vprašalnik MM040EA.	41 zaposlenih.	Hrup; slaba kakovost svetlobe; neprijeten vonj.	Najpogostejši simptomi SBS so bili glavobol (85,4%), težave s koncentracijo in občutek izsušene kože (63,4 %). Pogostost simptomov SBS je bila povezana s hrupom, slabo kakovostjo svetlobe in neprijetnim vonjem ($p < 0,05$).
Chang, et al., 2015 Tajvan	Raziskati pogostost simptomov SBS med zaposlenimi v bolnišničnem okolju.	Presečna raziskava / vprašalnik in okoljski monitoring.	126 zaposlenih.	Temperatura; relativna vlažnost zraka; ogljikov dioksid; ogljikov monoksid.	84 % zaposlenih navaja vsaj en simptom, povezan s SBS. Najpogostejši so nazalni simptomi (66%). Ogljikov dioksid je povezan s pogostostjo simptomov SBS.

Se nadaljuje / Continues

<i>Avtor, leto in država / Author, year and country</i>	<i>Namen / Aim</i>	<i>Raziskovalni dizajn, metoda zbiranja podatkov / Research design, method of data analysis</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Dejavniki, povezani s SBS / Factors related to SBS</i>	<i>Ključne ugotovitve / Key findings</i>
Hellgren, et al., 2008 Finska	Preiskuiti »Indoor Air Questionnaire of the Finnish Institute of Occupational Health works« v bolnišničnem okolju.	Presečna raziskava / vprašalnik, ekspertna ocena s strani strokovnjakov za gradbeno in prezračevalno tehnologijo.	10 bolnišnic, 5598 vprašalnikov.	Temperatura zraka; suh zrak; vlažen zrak, slab zrak; hrup; prah; umazanija; statična elektrika.	Zaposleni v bolnišničnem okolju navajajo več pritožb v zvezi s kakovostjo notranjega zraka. V objektih, ki so zahtevali takojšnje popravilo, so bili prevladujoči simptomi SBS: glavobol, draženje očesnih veznic, nosne sluznice, kašelj in draženje kože.
Aljeesh, et al., 2016 Palestina	Oceniti kakovost zraka v notranjih prostorih v bolnišničnem okolju.	Presečno analitična raziskava / vprašalnik in tehnične meritve.	108 medicinskih sester iz petih enot za intenzivno terapijo.	Temperatura; relativna vlažnost zraka; ogljikov dioksid; ogljikov monoksid.	Pogostost simptomov SBS je med medicinskimi sestrami znašala 60 %. 83 % jih trpi zaradi utrujenosti, 76 % pa zaradi glavobola. 85 % jih verjame, da so simptomi SBS povezani z njihovim delovnim mestom, 71 % pa jih poroča o izginotju simptomov po zapuščenju delovnih mest.
Inaba, et al., 2015 Japonska	Ugotoviti pogostost simptomov SBS, ki nastanejo zaradi prahu v delovnem okolju.	Presečna raziskava / vprašalnik.	390 farmacevtov (314 farmacevtov v bolnišničnem okolju in 76 farmacevtov v pisarnah za fakturiranje).	Temperatura in relativna vlažnost zraka; prah.	Stopnja pogostosti glavobola je bila znatno višja pri farmacevtih v pisarniškem okolju kot pri farmacevtih iz bolnišničnega okolja ($p < 0,05$), medtem ko slednji navajajo višjo pogostost nazalnih simptomov.
Jung, et al., 2015 Tajvan	Ugotoviti okoljske in kemične dejavnike, ki povzročajo onesnaževanje v bolnišničnem okolju.	Vzorčenje kakovosti prezračevanja na klimatskih napravah.	96 vzorčnih mest v sedmih različnih delovnih območjih v štirih vrstah klimatskih naprav iz 37 bolnišnic.	Ogljikov dioksid; ogljikov monoksid; ozon; formaldehid; hlapne organske spojine; prah; trdni delci; bakterije; gljive.	Povprečne koncentracije ogljikovega monoksida, ozona, formaldehida, trdnih delcev (PM 2.5, PM 10), bakterij in gljiv se statistično ne razlikujejo med različnimi delovnimi območji. Raven koncentracije ogljikovega monoksida je višja v bolnišnicah z mehanskimi klimatskimi sistemi ($p < 0,05$).
Gómez-Acebo, et al., 2011 Španija	Ugotoviti vzroke za draženje očesnih veznic, grla, pojav suhe in srbeče kože pri zaposlenih v bolnišničnem okolju.	Retrospektivna kohortna raziskava.	26 zaposlenih nosečnic v bolnišničnem okolju. Kontrolno skupino je predstavljalo 100 nosečnic, ki so bile zaposlene v glavni stavbi iste bolnišnice (ki niso imele simptomov SBS).	Neprijeten vonj; hlapne organske spojine; pesticidi; mikrobiološka onesnaževala.	Med obema skupinama nosečnic ni bilo bistvenih razlik v številu obiskov pri zdravniku ($p = 0,350$), trajanju nosečnosti ($p = 0,660$), koncentraciji hemoglobina ($p = 0,700$) in hematokrita ($p = 0,850$).

Legenda / Legend: p – statistična značilnost / statistical significance, PM – onesnaženost zraka z delci / Particulate Matter

Tabela 3: Prikaz okoljskih dejavnikov v povezavi s pogostostjo in raznolikostjo simptomov SBS v bolnišničnem okolju
Table 3: Demonstration of environmental factors in relation to the frequency and variety of SBS symptoms in the hospital environment

Kategorije / Category	Ugotovitve analiziranih raziskav / Findings of analyzed research	Avtorji / Authors
Pogostost simptomov SBS med zaposlenimi v bolnišničnem okolju	<ul style="list-style-type: none"> – Pogostost simptomov SBS je med zaposlenimi v bolnišničnem okolju znašala 40,7 %. – Pogostost simptomov SBS je med medicinskimi sestrami znašala 86,4 %. – 84 % zaposlenih v bolnišničnem okolju navaja vsaj en simptom, povezan s SBS. – Pogostost simptomov SBS je med medicinskimi sestrami znašala 60 %. 	Chang, et al., 2015; Khosravinejad, et al., 2015; Vafaenasab, et al., 2015; Aljeesh, et al., 2016
Raznolikost simptomov SBS med zaposlenimi v bolnišničnem okolju	<ul style="list-style-type: none"> – Najbolj pogosti simptomi SBS so bili: glavobol, draženje očesnih veznic, kašelj, utrujenost in občutek izsušene kože na rokah. – Najpogostejši simptomi SBS so bili glavobol (85,4 %), slaba koncentracija in občutek izsušene kože (v 63,4 %). – Najbolj pogosti simptomi SBS so bili (97 %), draženje nosne sluznice in očne veznice (45 %), težave z dihanjem (11 %) in znaki suhe in srbeče kože (9,4 %). – Najpogostejši simptom SBS je bil draženje nosne sluznice (66 %). – 83 % medicinskih sester trpi zaradi utrujenosti, 76 % pa zaradi glavobola. 85 % jih verjame, da so simptomi SBS povezani z njihovim delovnim mestom. 71 % pa jih poroča o izginotju simptomov po zapuščanju delovnih mest. – Stopnja pogostosti glavobola je bila znatno višja pri farmacevtilah v pisarniškem okolju kot pri farmacevtilah iz bolnišničnega okolja. Farmacevti iz bolnišničnega okolja navajajo višjo pogostost draženja nosne sluznice. 	Hellgren, et al., 2008; Morghen, et al., 2009; Chang, et al., 2015; Inaba, et al., 2015; Khosravinejad, et al., 2015; Aljeesh, et al., 2016; Keyvani, et al., 2017
Okoljski dejavniki v povezavi s pogostostjo simptomov SBS med zaposlenimi v bolnišničnem okolju	<ul style="list-style-type: none"> – Previsoka in prenizka relativna vlažnost zraka ima neposredni in posredni učinek na pogostost SBS. – Umetna svetloba lahko povzroči draženje očesnih veznic. – Neprijeten vonj, pomanjkljivo zračenje so okoljski dejavniki, povezani s SBS. – Pogostost simptomov SBS je bila povezana s hrupom, slabo kakovostjo svetlobe in neprijetnim vonjem. – Temperatura, relativna vlažnost zraka, slaba kakovost zraka, prah, ozon, ogljikov dioksid in ogljikov monoksid so okoljski dejavniki, povezani s SBS. – Hrup, prah, umazanija in prisotnost statične elektrike so okoljski dejavniki, povezani s SBS. – Raven koncentracije ogljikovega monoksida je višja v bolnišnicah z mehanskimi klimatskimi sistemi. 	Hellgren, et al., 2008; Sookchaiya, et al., 2008; Morghen, et al., 2009; Gómez-Acebo, et al., 2011; Chang, et al., 2015; Inaba, et al., 2015; Jung, et al., 2015; Vafaenasab, et al., 2015; Keyvani, et al., 2017
Okoljski dejavniki v povezavi z ostalimi dejavniki za nastanek SBS med zaposlenimi v bolnišničnem okolju	<ul style="list-style-type: none"> – Prisotnost kemikalij na delovnem mestu je povezana s pogostostjo SBS. – Previsoka in prenizka relativna vlažnost zraka ima neposredni in posredni učinek na rast in porazdelitev bakterij, virusov in hišnih pršic. – Prisotnost hlapnih organskih spojin, mikrobioloških onesnaževalcev, formaldehida, trdnih delcev so povezani s SBS. – Delovne obremenitve zaposlenih v bolnišničnem okolju so povezane s SBS. 	Sookchaiya, et al., 2008; Gómez-Acebo, et al., 2011; Jung, et al., 2015; Khosravinejad, et al., 2015; Vafaenasab, et al., 2015

povezane s SBS, pri zaposlenih v bolnišničnem okolju (Hellgren, et al., 2008; Chang, et al., 2015; Inaba, et al., 2015; Jung, et al., 2015; Keyvani, et al., 2017). Gómez-Acebo in sodelavci (2011) ugotavljajo, da je raven koncentracije ogljikovega monoksida višja v bolnišnicah z mehanskimi klimatskimi sistemi. Da je kakovost zraka v bolnišničnem okolju zelo pomembna, sta proučevali Hellgren in Reijula (2011). Po njihnih zaključkih raziskave se težave z notranjim zrakom težko rešujejo, prav tako je zahtevno ocenjevanje zdravstvenih tveganj in obveščanje o tveganjih. Zaključujeta, da je treba ustvariti enoten model delovanja za reševanje težav s kakovostjo notranjega zraka v bolnišničnem okolju.

Že leta 1994 so Nordström in sodelavci ugotovili, da je bilo draženje očesnih veznic povezano z delovnim stresom, izpostavljanjem statični elektriki in je bolj pogosto v zgradbah z visokim prežračevalnim tokom in visokim hrupom (55 dB (A)) iz prežračevalnih sistemov. Rashid in sodelavci (2008) navajajo, da bolnišnično okolje sodi med hrupno okolje, saj je stopnja hrupa višja, kot jo navajajo smernice Svetovne zdravstvene organizacije. Dovoljena stopnja hrupa naj bi bila 35 dB (A), v tem primeru pa znaša od 45 dB (A) do 68 dB (A); v nočnem času naj bi bila 40 dB (A), tu znaša od 80 dB (A) do 90 dB (A). Tudi Arikan in sodelavci (2018) na vzorcu 177 zdravstvenih delavcev navajajo, da je tveganje za pojav SBS 1,2-krat večje v hrupnem bolnišničnem okolju in

2,1-krat večje pri povečanih koncentracijah ogljikovega dioksida. Jafari in sodelavci (2015) ugotavljajo, da je intenzivnost svetlobe znatno povezana s simptomi SBS, kot so pojav suhe in srbeče kože, bolečine v očeh in slabo počutje na vzorcu pisarniških delavcev.

V izvedeni raziskavi ugotovimo povezanost okoljskih dejavnikov z ostalimi dejavniki za nastanek simptomov SBS med zaposlenimi v bolnišničnem okolju. Pogostost simptomov je povezana s prisotnostjo kemikalij na delovnih mestih (Khosravinejad, et al., 2015) kot tudi s prisotnostjo hlapnih organskih spojin, mikrobioloških onesnaževalcev, formaldehida, trdnih delcev (Jung, et al., 2015; Vafaenasab, et al., 2015). Na vzorcu zdravstvenih in pisarniških delavcev so s SBS povezani tudi psihosocialni dejavniki, kot so delovne obremenitve pri zaposlenih v bolnišničnem okolju (Gómez-Acebo, et al., 2011), kar dokazujejo posamezne raziskave (Lu, et al., 2017; Arikan, et al., 2018; Babaoglu, et al., 2019). Jafari in sodelavci (2015) navajajo, da so simptomi SBS, kot sta draženje grla in kašelj, pogosti tudi med pisarniški delavci.

Zdravstvenim delavcem predlagamo večjo skrb za lastno zdravje in ozaveščanje o vplivu okoljskih dejavnikov na nastanek simptomov SBS. Vodstvu bolnišnic in strokovnjakom na področju javnega zdravja predlagamo pripravo sistemskih ukrepov na področju zdravega delovnega okolja, ki bodo zajemali vse dejavnike, povezane s pogostostjo simptomov SBS za bolnišnično okolje kot tudi za druga delovna okolja. Predlagamo oblikovanje delovnih skupin s strokovnim osebjem, ki bi nudile znanje s področja okoljskih dejavnikov v povezavi s simptomi SBS. Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije predlagamo, da v smernice za promocijo zdravja na delovnem mestu, ki služijo kot temeljna načela za načrtovanje promocije zdravja na delovnem mestu in so pripravljene kot orodje oziroma pripomoček za delodajalca pri načrtovanju in izvajanju programov promocije zdravja na delovnem mestu, umestijo tudi dejavnike tveganja za nastanek SBS v bolnišničnem okolju.

Izvedena raziskava se osredotoča predvsem na prevalenco pogostosti simptomov SBS pri zaposlenih v bolnišničnem okolju. Omejitev predstavlja dejstvo, da nismo pridobili veliko raziskav, ki bi se ukvarjale z obravnavano tematiko. Pri naboru in pregledu literature smo ugotovili, da je veliko napisanega o splošnih simptomih SBS izven bolnišničnega okolja, malo pa o pogostosti, okoljskih dejavnikih in simptomih SBS pri zaposlenih v bolnišnici. Dodatna omejitev raziskave je vključenost v izbranih podatkovnih bazah. Če bi imeli dostop do ostalih podatkovnih baz s področja javnega zdravja, bi lahko pridobili večje število raziskav, ki bi vključevale najnovejšo izsledke na področju obravnavane tematike.

Zaključek

Raziskave kažejo, da je pogostost simptomov SBS

med zaposlenimi v bolnišničnem okolju visoka. Med najpogostejše simptome SBS sodijo glavobol, draženje očesnih veznic, draženje nosne sluznice, težave z dihanjem, kašelj, utrujenost in občutek izsušene kože na rokah. Visok odstotek zdravstvenih delavcev ocenjuje, da so simptomi SBS povezani z njihovim delovnim mestom in da izzvenijo, ko ga zapustijo. Okoljski dejavniki so povezani z nastankom simptomov SBS med zaposlenimi v bolnišničnem okolju. Kakovostno prezračevanje, ustrezna temperatura zraka, učinkovito čiščenje, zagotavljanje ustrezne osvetlitve in izboljšanje psihosocialnih delovnih pogojev so pomembni načini za zmanjšanje simptomov SBS med zaposlenimi v bolnišničnem okolju. V Sloveniji potrebujemo raziskavo, ki bi proučila učinek okoljskih dejavnikov na pogostost simptomov SBS pri zaposlenih v bolnišničnem okolju.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

Avtorice izjavljajo, da ni nasprotja interesov. / The authors declare that no conflicts of interest exist.

Financiranje / Funding

Raziskava ni bila finančno podprta. / The study received no funding.

Etika raziskovanja / Ethical approval

Pri izvedbi raziskave smo upoštevali etične smernice v raziskovalnem delu (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014). Za izvedbo raziskave glede na izbrano metodologijo raziskovanja dovoljenje ali soglasje komisije za etiko ni bilo potrebno. / The study was conducted in accordance with the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2014). No approval by the Ethics Committee was necessary to conduct the study due to the selected research methodology.

Prispevek avtorjev / Author contributions

Sedina Kalender Smajlović: uvod, metode, rezultati, diskusija in zaključek; Mateja Dovjak in Andreja Kuček: uvod, diskusija in zaključek / Sedina Kalender Smajlović: introduction, methods, results, discussion and conclusion; Mateja Dovjak and Andreja Kuček: introduction, discussion and conclusion.

Literatura

Abdel-Hamid, M.A., Hakim, A., Elokda, E.E. & Mostafa, N.S., 2013. Prevalence and risk factors of sick building syndrome among office workers. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 88(2), pp. 109–114.

<https://doi.org/10.1097/01.EPX.0000431629.28378.c0>
PMid:23963091

- Aljeesh, Y., Al Madhoun, W., Abu Shamh, I. & Arcaya, M., 2016. Assessment of indoor air quality in neonatal intensive care units in government hospitals in Gaza Strip, Palestine. *Public Health Research*, 6(1), pp. 24–30.
- Arikan, I., Tekin, Ö. & Erbas, O., 2018. Relationship between sick building syndrome and indoor air quality among hospital staff. *Medicina del Lavoro*, 109(6), pp. 435–443. <https://doi.org/10.23749/mdl.v110i6.7628>. PMID: 30556534
- Avaltroni, R., Constantinides, C., Dipaolo, G., Fields, R., Gallo, L., Glorie, D., et al., 2015. Indoor air quality and sick building syndrome in health care facilities and commercial buildings. *Environmental Advisory Council*. Available at: <http://environmentaladvisorycouncil.org/media/EAC-whitepaper.pdf> [3. 7. 2018].
- Babaoglu, U.T., Yag, F. & Sezgin, F.M., 2019. Sick building symptoms among hospital workers associated with indoor air quality and personal factors. *Indoor and Built Environment*. <https://doi.org/10.1177/1420326X19855117>
- Bernstein, J.A., Alexis, N., Bacchus, H., Bernstein, I.L., Fritz, P., Horner, E., et al., 2008. The health effects of nonindustrial indoor air pollution. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 121, pp. 585–591. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2007.10.045> PMID:18155285
- Bilban, M., Rejc, T., Dovjak, M. & Kučec, A., 2017. Sindrom bolnih stavb in bolezni, povezane z bivanjem v grajenem okolju: opredelitev učinkov na zdravje in dejavnikov tveganja. *Delo in varnost*, 62(5), p. 28.
- Chang, C.J., Yang, H.H., Wang, Y.F. & Li, M.S., 2015. Prevalence of sick building syndrome-related symptoms among hospital workers in confined and open working spaces. *Aerosol and Air Quality Research*, 15(10), pp. 2378–2384. <https://doi.org/10.4209/aaqr.2015.01.0040>
- Cronin, P., Ryan, F. & Coughlan, M., 2008. Undertaking a literature review: a step by step approach. *British Journal of Nursing*, 17(1), pp. 38–43. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.1.28059> PMID:18399395
- Dickens, B., 2015. *Cruel irony: Sick Building Syndrome in healthcare facilities*. Green Building Research Institute. Available at: <https://www.linkedin.com/pulse/cruel-irony-sick-building-syndrome-healthcare-brandon-dickens> [5. 7. 2018].
- Dovjak, M., 2012. *Individualization of personal space in hospital environment: doktorska disertacija*. Nova Gorica: Univerza v Novi Gorici, Fakulteta za podiplomski študij, p. 7. Available at: <http://www.ung.si/~library/doktorati/okolje/26Dovjak.pdf>. [5. 7. 2018].
- Dovjak, M., Kučec, A. & Krainer, A., 2013. Prepoznavanje in obvladovanje dejavnikov tveganja za zdravje v bolnišničnem okolju z vidika uporabnika, stavbe in sistemov. *Zdravstveno varstvo*, 52(4), pp. 304–315. <https://doi.org/10.2478/sjph-2013-0031>
- Dovjak, M. & Kučec, A., 2014. Prevention and control of Sick Building Syndrome (SBS). Part 2: design of a preventive and control strategy to lower the occurrence of SBS. *International Journal Sanitary Engineering Research*, 1(8), pp. 41–55.
- Dovjak, M., Krainer, A. & Shukuya, M., 2014. Individualisation of personal space in hospital environment. *International journal of exergy*, 14(2), pp. 125–155. <https://doi.org/10.1504/IJEX.2014.060279>
- Eržen, I., Gajšek, P., Hlastan Ribič, C., Kučec, A., Poljšak, B. & Zaletel Kragelj, J., 2010. *Zdravje in okolje: izbrana poglavja*. Maribor: Medicinska fakulteta.
- Gómez-Acebo, I., Llorca, J., Ortiz-Revuelta, C., Angulo, B., Gómez-Álvarez, S., et al., 2011. Sick building syndrome in a general hospital and the risks for pregnant workers. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 113(3), pp. 241–242. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.01.008> PMID:21458809
- Hellgren, U.M., Palomäki, E., Lahtinen, M., Riuttala, H. & Reijula, K., 2008. Complaints and symptoms among hospital staff in relation to indoor air and the condition and need for repairs in hospital buildings. *Scandinavian Journal of Work Environmental and Health*, Suppl. 4, pp. 58–63.
- Hellgren, U.M. & Reijula, K., 2011. Indoor air problem in hospitals: a challenge for occupational health care and safety. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*, 59(3), pp. 111–117.
- Inaba, R., Hioki, A., Kondo, Y., Nakamura, H. & Nakamura, M., 2015. Prevalence of subjective symptoms among hospital pharmacists and association with drug compounding practices. *Industrial Health*, 53(1), pp. 100–108. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2013-0109> PMID:25224330; PMCID:PMC4331200
- Jafari, M.J., Khajevandi, A.A., Mousavi Najarkola, S.A., Yekaninejad, M.S., Pourhoseingholi, M.A., Omid, L., et al., 2015. Association of Sick Building Syndrome with indoor air parameters. *Tanaffos*, 14(1), pp. 55–62. PMID:26221153; PMCID:PMC4515331
- Joshi, S.M., 2008. The sick building syndrome. *Indian Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 12(2), pp. 61–64. <https://doi.org/10.4103/0019-5278.43262> PMID:20040980; PMCID:PMC2796751
- Jung, C.C., Wu, P.C., Tseng, C.H. & Su, H.J., 2015. Indoor air quality varies with ventilation types and working areas in hospitals. *Building and Environment*, 85, pp. 190–195. <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2014.11.026>

- Keyvani, S., Mohammadyan, M., Mohamadi, S. & Etemadinezhad, S., 2017. Sick Building Syndrome and its associating factors at a hospital in Kashan, Iran. *Iranian Journal of Health Sciences*, 5(2), pp. 19–24.
<https://doi.org/10.29252/jhs.5.2.19>
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*, 2014. Uradni list Republike Slovenije št. 71.
- Kukec, A. & Dovjak, M., 2014. Prevention and control of Sick Building Syndrome (SBS). Part 1: identification of risk factors. *International Journal Sanitary Engineering Research*, 1(8), pp. 16–17.
- Khosravinejad, A., Sayehmiri, K., Kazemy, M., Shirmohamadi, N., Abyaz, M. & Kurd, N. 2015. Evaluation of Sick Building Syndrome prevalence among Mustafa Khomeini hospital staff in Ilam. *Journal of Ilam University of Medical Science*, 25(5), pp. 1–9.
<https://doi.org/10.29252/sjimu.25.5.1>
- Lim, F.L., Hashim, Z., Md Said, S., Than, L. T., Hashim, J.H. & Norbäck, D., 2015. Sick building syndrome (SBS) among office workers in a Malaysian university: associations with atopy, fractional exhaled nitric oxide (FeNO) and the office environment. *The Science of the total environment*, 536, pp. 353–361.
<https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2015.06.137>
PMid:26225741
- Lu, C.Y., Lin, J.M., Chen, Y.Y. & Chen, Y.C., 2015. Building-related symptoms among office employees associated with Indoor Carbon Dioxide and total volatile organic compounds. *International Journal of Environmental Research and Public health*, 12(6), pp. 5833–5845.
<https://doi.org/10.3390/ijerph120605833>
- Lu, C.Y., Tsai, M.C., Muo, C.H., Kuo, Y.H., Sung, F.C. & Wu, C.C., 2017. Personal, psychosocial and environmental factors related to Sick Building Syndrome in official employees of Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public health*, 22(15), p. 1.
<https://doi.org/10.3390/ijerph15010007>
- Maoz-Segal, R., Agmon-Levin, N., Israeli, E. & Shoenfeld, Y., 2015. The sick building syndrome as a part of 'ASIA' (autoimmune/auto-inflammatory syndrome induced by adjuvants). *Harefuah*, 154(2), pp. 129–132, 134.
PMid:25856869
- Morghen, I., Turola, M.C., Forini, E., Di Pasquale, P., Zanatta, P. & Matarazzo, T., 2009. Ill-lighting syndrome: prevalence in shift-work personnel in the anaesthesiology and intensive care department of three Italian hospitals. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 4(27), pp. 4–6.
<https://doi.org/10.1186/1745-6673-4-6>
- Nordström, K., Norbäck, D. & Akselsson, R., 1994. Effect of air humidification on the sick building syndrome and perceived indoor air quality in hospitals: a four month longitudinal study. *Occupational and environmental medicine*, 51(10), pp. 683–688.
<https://doi.org/10.1136/oem.51.10.683>
PMid:8000493; PMCID:PMC1128077
- Polit, D.F. & Beck, C.T., 2008. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p. 32.
- Rashid, M. & Zimring, C., 2008. A review of the empirical literature on the relationships between indoor environment and stress in healthcare and office settings: problems and prospects of sharing evidence. *Environment and Behavior*, 40(2), pp. 151–190.
<https://doi.org/10.1177/0013916507311550>
- Sookchaiya, T., Veerapol Monyakul, T. & Sirichai Thepa T., 2008. *A study and development of temperature and relative humidity control system in hospital buildings in Thailand*. S.I: Edith Cowan University Research Online. 2008. Available at: <https://pdfs.semanticscholar.org/30f4/087d15d57477b253c082677b4e625d11379e.pdf> [26. 7. 2018].
- Stadtner, A., 2013. *What is a sick building: healthy building science*. Available at: <https://healthybuildingscience.com/2013/07/04/sick-building/> [26. 7. 2018].
- Takeda, M., Saijo, Y., Yuasa, M., Kanazawa, A., Araki, A. & Kishi, R., 2009. Relationship between sick building syndrome and indoor environmental factors in newly built Japanese dwellings. *International archives of occupational and environmental health*, 82(5), pp. 583–593.
<https://doi.org/10.1007/s00420-009-0395-8>
PMid:19205722
- Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H., Choi, Y., et al., 2008. A review of the research literature on evidence-based healthcare design: part I. *Health Environments Research and Design*, 1(3), pp. 61–125.
<https://doi.org/10.1177/193758670800100306>
- Vafaenasab, M.R., Morowatisharifabad, M.A., Taghi Ghaneian, M., Hajhosseini, M. & Ehrampoush, M.H., 2015. Assessment of sick building syndrome and its associating factors among nurses in the educational hospitals of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. *Global Journal of Health Science*, 7(2), pp. 247–253.
- Welch, V., Petticrew, M., Tugwell, P., Moher, D., O'Neill, J., Waters, E., et al., 2012. PRISMA-Equity 2012 Extension: reporting Guidelines for systematic reviews with a focus on health equity. *Public Library of Science Medicine*, 9(10), art. ID e1001333.

Citirajte kot / Cite as:

Kalender Smajlović, S., Dovjak, M. & Kukec, A., 2019. Pogostnost sindroma bolnih stavb v bolnišnicah v povezavi z okoljskimi dejavniki: sistematični pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(3), 221–231. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.3.850>

Pregledni znanstveni članek / Review article

Duhovnost v zdravstveni negi v Sloveniji: pregled literature Spiritual care in nursing in Slovenia: literature review

Klelija Štrancar, Andreja Mihelič Zajec

Ključne besede: duhovna oskrba; religija; duhovne potrebe; medicinske sestre

Key words: spiritual care; religion; spiritual needs; nurses

dr. Klelija Štrancar, univ. dipl. teol.

*Kontaktne e-naslov /
Correspondence e-mail:*
klelija.strancar@siol.net

pred. Andreja Mihelič Zajec,
viš. med. ses., univ. dipl.
org.; Univerza v Ljubljani,
Zdravstvena fakulteta
Ljubljana, Zdravstvena pot 5,
1000 Ljubljana, Slovenija

IZVLEČEK

Uvod: Duhovnost v zdravstveni negi v svetu temelji na raziskavah, ki so podlaga za praktično delo medicinskih sester. Namen raziskave je bil ugotoviti število objavljene znanstvene literature na temo duhovnosti v zdravstveni negi v slovenskem prostoru in jo proučiti glede na raziskovalni pristop in vsebinsko tematiko.

Metode: Uporabljen je bil pregled znanstvene literature, objavljene od 2005 do 2017 v podatkovni bazi COBIB.SI. Iskanje je potekalo s ključnimi besedami: »duhovnost«, »duhovna oskrba«, »celostni pristop«, »zdravstvena nega«, »paliativna oskrba«, »žalovanje«, »umiranje«, »duhovno zdravje«. Uporabljena je bila metoda analize vsebine.

Rezultati: Izmed 367 identificiranih objav je bilo v končno analizo vključenih 11 znanstvenih del. Z metodo analize vsebine so bile identificirane tri kategorije: (1) razumevanje pojma duhovnosti in duhovne oskrbe ter pripisovanje njunega pomena za paciente; (2) zaznavanje duhovnih potreb pacientov in izvajanje prakse duhovne oskrbe; (3) predstavitev potencialov eksistencialno-fenomenološkega pristopa, ki poglobljajo samorazumevanje spremljevalca pri spremljanju in duhovni podpori pacientov in njihovih svojcev.

Diskusija in zaključek: Zanimanje za obravnavano temo je v domačem prostoru prisotno. V znanstvenih objavah je duhovnost najpogosteje obravnavana na področju paliativne oskrbe in umiranja. Medicinske sestre imajo pomembno vlogo pri zaznavanju in opozarjanju na duhovne potrebe pacientov ter nudenju podpore.

ABSTRACT

Introduction: Spirituality in nursing is based on research findings that provide the basis for nursing practice. The aim of the study was to determine the number of scientific works published on the topic of spirituality in nursing in Slovenia and classify them according to research approach and content.

Methods: A literature review was conducted using the COBIB.SI database, covering the period from 2005 to 2017. The search was conducted using keywords: 'spirituality', 'spiritual care', 'holistic approach', 'nursing', 'palliative care', 'bereavement', 'dying', 'spiritual health'. Content analysis method was used.

Results: From the 367 identified publications, 11 scientific works were included in the final analysis. The content analysis method yielded the following three categories: (1) understanding the concept of spirituality and spiritual care and its significance for the patients, (2) perception of patients' spiritual needs and provision of spiritual care, (3) presentation of the potentials of the existential-phenomenological approach, which deepens the providers' self-understanding while caring for the spiritual needs of patients and their families.

Discussion and conclusion: The research findings indicate that in the Slovene literature spirituality in nursing is a topic of interest. Most scientific publications, however, consider spirituality in relation to palliative care and the dying process. Nurses play an important role in the perception of patients' spiritual needs and can offer advice and support.

Uvod

V zadnjih desetletjih smo v svetu priča naraščanju zanimanja za duhovno oskrbo v zdravstvu (Watts, 2009; Cockell & McSherry, 2012; Rogers & Wattis, 2015). Duhovnost in duhovna oskrba sta bili v preteklosti pretežno pojmovani kot religiozna duhovna oskrba. Čeprav se duhovnost in religija prepletata, nista sinonima (Sheldon, 2000; Carron & Cumbie, 2011; Pike, 2011; Rogers & Wattis, 2015). V zdravstveni literaturi najdemo številne opredelitve duhovnosti. Duhovnost je pojem, ki se nanaša na mnoge dimenzije človekovega življenja (Puchalski & Ferrel, 2010; McSherry & Jamieson, 2013).

Željo po vključenosti duhovne oskrbe v celostno obravnavo so potrdile tudi raziskave med pacienti s hudo boleznijo in pacienti ob koncu življenja (Wilkinson, 2006; Puchalski, et al. 2009; Chan, 2010; Vilalta, et al., 2014). Duhovnost vpliva na dobro duhovno počutje in na pozitivne zdravstvene rezultate (McEwen, 2005; Ramezani, et al., 2014; Sun, et al., 2016). Vpliv se je pokazal kot povečanje notranje moči in upanja, samoodgovornosti ter kot pomoč pri iskanju in doseganju smisla življenja (Nabolsi & Carson, 2011). Pozitivne posledice se poleg dobrega duhovnega počutja kažejo tudi na področju psihičnega prilagajanja, pri medicinskih sestrah (MS) pa kot spodbujanje duhovnega zavedanja in zadovoljstva pri delu (Ramezani, et al., 2014). Pozitivni rezultati so se pokazali tudi na boljšem telesnem in čustvenem počutju kot tudi pri preseganju slabe situacije (Tanyi, 2002; Sun, et al., 2016), pri boljših odnosih s svojci in odnosu z Bogom, pri razumevanju sebe, svoje bolezni in umiranja (Daaleman, 2012).

Tema je pomembna za izvajalce zdravstvene nege (ZN) in za paciente. MS morajo v kontekst holistične obravnave pacienta vključiti tudi duhovno dimenzijo, da bi pri njem dosegle dobro počutje in tako vplivale na čim boljši izid zdravljenja. Pregled znanstvene literature omogoča ugotavljanje prisotnosti empiričnih dokazov za obravnavo duhovnosti v praksi ZN v Sloveniji.

Namen in cilji

Ugotoviti smo želeli, kako se obravnava duhovnost v znanstveni literaturi na področju ZN v Sloveniji, in podati izhodišča za nadaljnje raziskovalno delo. Cilji raziskave so bili odgovoriti na vprašanja:

- Koliko enot znanstvene literature na temo duhovnosti v ZN je objavljenih v slovenskem prostoru in kako so razporejene po tipologiji Kooperativnega online bibliografskega sistema in servisov (COBISS.SI)?
- Kakšen raziskovalni pristop je uporabljen v znanstveni literaturi o duhovnosti na področju ZN v slovenskem prostoru?
- Kako se v znanstveni literaturi v slovenskem prostoru na področju ZN obravnava koncept duhovnosti glede na vsebinsko tematiko?

Metode

V raziskavi sta bila narejena pregled in analiza znanstvene literature.

Metode pregleda

Literaturo smo iskali v sistemu COBIS.SI v obdobju od aprila leta 2015 do decembra 2017. Uporabili smo iskalne pojme: »duhovnost«, »duhovna oskrba«, »duhovnost« IN (AND) »celostni pristop«, »duhovnost« IN (AND) »zdravstvena nega«, »duhovna oskrba« IN (AND) »zdravstvena nega«, »duhovnost« IN (AND) »paliativna oskrba«, »duhovnost« IN (AND) »žalovanje«, »umiranje« IN (AND) »duhovna oskrba«, »duhovno zdravje«.

Vključitveni kriteriji so bili: časovno okno objav v slovenskem jeziku od 1. 1. 2005 do 30. 12. 2017, kvalitativne in kvantitativne znanstvene raziskave, vsaj en avtor s področja ZN, tematska ustreznost glede na raziskovalno področje, v celoti dostopno besedilo. Izključitveni kriteriji so bili: objave pred letom 2005, neznanstvena literatura, nobeden izmed avtorjev ni s področja ZN, tematska neustreznost, celotno besedilo ni dostopno.

Rezultati pregleda

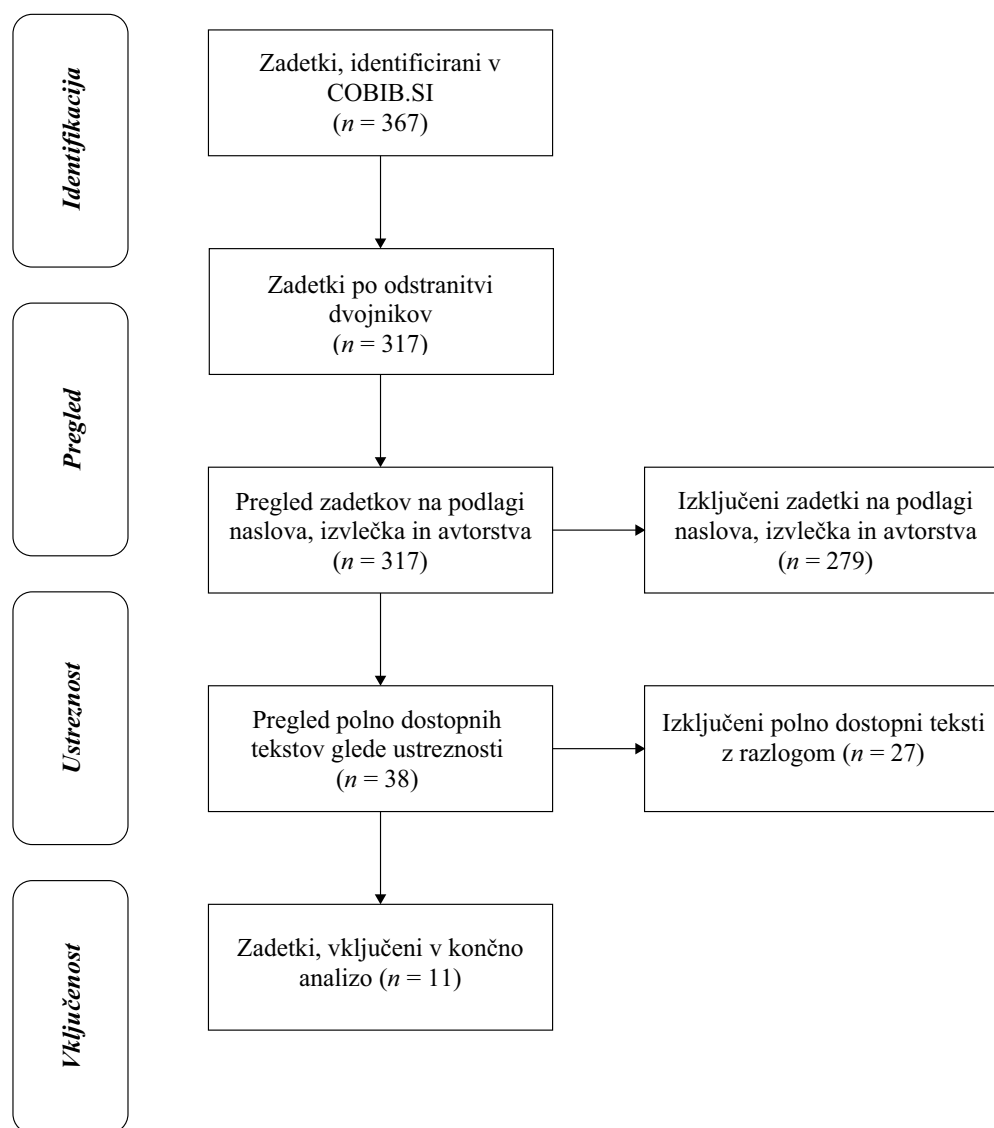
Identificirali smo 367 zadetkov. Izključili smo 50 dvojnikov. Nadalje smo pregledali zadetke po naslovu in izvlečku ter avtorstvu (vsaj en avtor s področja ZN) in jih izključili 279. Dobljenih 38 zadetkov smo v celoti pregledali in razporedili po tipologiji COBISS.SI. 11 zadetkov je ustrezalo vključitvenim kriterijem za končno analizo; med njimi so eno doktorsko delo, dve magistrski deli, štirje znanstveni članki in štirje znanstveni prispevki v zbornikih referatov. Faze pregleda prikazuje Slika 1.

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Raziskave smo ovrednotili glede na kakovost s pomočjo štiristopenjske lestvice (Eccles & Mason, 2001). Analizirane raziskave so neeksperimentalne in opisne. Raziskave so majhne razsežnosti (majhen, naključen, namenski, nerandomiziran vzorec). Vseh 11 enot smo uvrstili v III. raven dokazov. Rezultate smo analizirali z metodo analize vsebine. Upoštevali smo tri glavne korake poteka: razčlenitev besedila (kode), odkrivanje njegovega pomena in integracijo v kategorije (Stirling, 2001).

Rezultati

Značilnosti v analizo vključenih posameznih znanstvenih del prikazuje Tabela 2. Rezultati analize znanstvenih del so razdeljeni v tri vsebinske sklope: (1) razumevanje pojma duhovnosti in duhovne oskrbe ter pripisovanje njunega pomena za paciente;



Slika 1: Diagram poteka raziskave
Figure 1: Research process flowchart

(2) zaznavanje duhovnih potreb pacientov in izvajanje prakse duhovne oskrbe; (3) predstavitev potencialov eksistencialnega filozofskega pristopa, ki pogloblja samorazumevanje spremljevalca pri spremljanju in duhovni podpori pacientov ter njihovih svojcev (Tabela 3).

Razumevanje pojma duhovnosti in duhovne oskrbe ter pripisovanje njenega pomena za paciente

Pojem duhovnosti je razumljen kot del holistične ZN, ki vključuje tako individualna prepričanja pacientov kot njihove duhovne potrebe (Šolar & Mihelič Zajec, 2007; Toman & Skela-Savič, 2013; Babnik & Karnjuš, 2014; Karnjuš, et al., 2014; Plešej, et

al., 2014; Patru, 2017). Avtorji razlikujejo duhovnost in religijo, saj se zavedajo, da duhovnost ni nujno povezana z religijo (Plešej, et al., 2014; Štrancar, 2014a; Štrancar, 2015; Montanič Starc, 2017). V raziskavi, ki jo je opravila Montanič Starc (2017), so zaposleni v ZN v povezavi z razumevanjem pojmov »duhovnost« in »duhovna oskrba« precej negotovi. MS se zavedajo, da je duhovna oskrba v kliničnem okolju pomembna, še zlasti je ta nepogrešljiva na področju paliativne oskrbe (Toman & Skela-Savič, 2013; Plešej, et al., 2014; Štrancar, 2014a, 2014b, 2014c, 2015; Patru, 2017). Zaposleni v ZN pripisujejo velik pomen duhovni oskrbi pacientov, vendar jih le malo meni, da so vedno sposobni pomagati pri zadovoljevanju tovrstnih potreb (Montanič Starc, 2017).

Tabela 2: Znanstvena literatura v COBIB.SI na področju zdravstvene nege
Table 2: Scientific literature COBIB.SI on nursing field

<i>Avtor, leto / Author, Year</i>	<i>Tipologija / Typology</i>	<i>Namen in cilji / Aim and objectives</i>	<i>Raziskovalna metodologija in tehnika zbiranja podatkov / Research methodology and data collection technique</i>	<i>Material, vzorec / Material, sample</i>	<i>Temeljne ugotovitve / Main findings</i>
Šolar & Mihelič Zajec, 2007	Izvirni znanstveni članek.	Ugotoviti, kakšna so mnenja zaposlenih v ZN v eni izmed splošnih bolnišnic o umiranju.	Deskriptivna kvantitativna metodologija, presečna raziskava. Uporaba anketnega vprašalnika z 21 vprašanji zaprtega in odprtega tipa.	Razdeljenih 120 anketnih vprašalnikov zaposlenim v ZN; vrnjeni in pravilno izpolnjeni 103.	MS se srečujejo z umiranjem. Pomembno je, da pacienti lahko zadovoljujejo religiozne duhovne potrebe v bolniški kapeli. Raziskava nakazuje tudi možnost za bolj kakovostno obravnavo umirajočih.
Toman & Skela-Savič, 2013	Znanstveni prispevek na konferenci.	Ugotoviti, kako MS razumejo duhovnost in duhovno oskrbo v paliativni ZN in na kakšen način jo zagotavljajo.	Kvantitativna metodologija. Uporaba strukturiranega vprašalnika, osnovanega na podlagi pregledane strokovne literature. Vprašalnik je vseboval 15 vprašanj; uporabljena petstopenjska Likertova lestvica.	Zaposlenim v ZN v treh slovenskih bolnišnicah je bilo razdeljenih 270 vprašalnikov; vrnjenih 138.	Zaposleni v ZN se redno srečujejo z duhovnimi potrebami pacientov v paliativni oskrbi, za takšno obravnavo pa nimajo dovolj znanja, časa. Poleg tega se je kot ovira pokazala tudi nenaklonjenost organizacijske kulture. Področje duhovne oskrbe ostaja največkrat spregledano in neupoštevano.
Babnik & Karnjuš, 2014	Izvirni znanstveni članek.	Namen prve raziskave je bil odgovoriti na vprašanja: »Katero potrebo zaposleni v ZN prepoznajo kot duhovne? Kako jih prepoznajo?« Namen druge raziskave pa je bil odgovoriti na vprašanje: »Kakšen pomen zaposleni v ZN pripisujejo duhovnosti in duhovni oskrbi pacientov?«	Dve raziskavi z uporabo kvantitativne metodologije. Uporaba strukturiranega vprašalnika; uporabljena lestvica SSCRS.	V prvi raziskavi je sodelovalo 40 študentov prve in druge stopnje visokošolskega študijskega programa (izredni študij). V drugi raziskavi je sodelovalo 63 oseb od skupaj 84 zaposlenih v ZN.	V prvi raziskavi so udeleženci med duhovnimi potrebami pacientov izpostavili potrebo po viru upanja in moči, sledila je potreba po izvajanju duhovnih vaj ter izražanju pojma Bog ali božanstvo. Druga raziskava je pokazala pozitivna prepričanja in stališča udeležencev do duhovne oskrbe, ki jo prepoznajo kot del svojega dela.
Karnjuš, et al., 2014	Znanstveni prispevek na konferenci.	Odgovoriti na vprašanje: »Kakšen pomen zaposleni v ZN pripisujejo zadovoljevanju duhovnih in verskih potreb pacientov v eni izmed slovenskih bolnišnic?«	Kvantitativna metodologija. Uporaba strukturiranega vprašalnika; vprašanja v obliki trditve na tristopenjski lestvici strinjavanja.	Sodelovalo je 63 oseb od skupno 84 zaposlenih v ZN v eni od splošnih bolnišnic v Sloveniji.	Zaposleni v ZN imajo razmeroma nevtralen odnos do pomembnosti zagotavljanja duhovnih in verskih potreb pacientov v času obravnave. Odnos do vere, izobrazba in starost vplivajo na odnos zaposlenih do duhovne oskrbe. Zaposleni v ZN podpirajo izvedbo aktivnosti duhovne in verske oskrbe, vendar le manjši delež aktivno sprašuje paciente po njihovih duhovnih potrebah.

Se nadaljuje / Continues

<i>Avtor, leto / Author, Year</i>	<i>Tipologija / Typology</i>	<i>Namen in cilji / Aim and objectives</i>	<i>Raziskovalna metodologija in tehnika zbiranja podatkov / Research methodology and data collection technique</i>	<i>Material, vzorec / Material, sample</i>	<i>Temeljne ugotovitve / Main findings</i>
Plešej, et al., 2014	Znanstveni prispevek na konferenci.	Ugotoviti, kako zaposleni v praksi ZN (v eni splošni bolnišnici in dveh DSO) razumejo koncept duhovnosti in raziskati izvajanje duhovne oskrbe.	Kvantitativna metodologija Uporaba vprašalnika. osnovanega na pregledu literature; sestavljen iz 49 vprašanj zaprtega tipa.	Razdeljenih 105, vrnjenih 66 vprašalnikov	Koncept duhovnosti je razumljen kot del holistične zdravstvene nege. MS razumejo koncept duhovnosti, razlikujejo duhovnost in religijo ter znajo prepoznati pacientove duhovne potrebe. Ovire: pomanjkanje časa in znanja.
Štrancar, 2014a	Doktorska disertacija	Razmisliti o nekaterih temeljnih fenomenih, ki so ključni za razumevanje pristopa duhovne podpore v paliativni oskrbi pacientov in njihovih svojcev. Prispevek eksistencialne misli filozofa M. Heideggerja in E. Levinasa je v njunem izvirnem pristopu, ki je bistvenega pomena za samorazumevanje spremljevalca.	Kvalitativna metodologija: filozofska analiza človeških fenomenov, kot sta jo zasnovala Heidegger in Levinas. Uporaba intervjuja, neposredne udeležbe z opazovanjem in analiza dokumentacije.	Vključenih 18 pacientov in 12 svojcev.	Pridobitve Heideggerjeve in Levinasove eksistencialne misli so pomembne za samorazumevanje spremljevalca, ki ima osrednjo vlogo v duhovni podpori pacientov in njihovih svojcev. Uvidi eksistencialnega pristopa Heideggerja in Levinasa se kažejo kot možnost poglobitve že obstoječe prakse duhovnega spremljanja oziroma duhovne podpore.
Štrancar, 2014b	Pregledni znanstveni članek	Vključitev/prenos eksistencialne misli Heideggerja in Levinasa v obstoječe raziskave in prakse na področju duhovnosti v paliativni oskrbi.	Pregled literature z uporabo fenomenološko-eksistencialne analize (smrt, tesnoba, sočlovek, skrb, krivda, vest, odgovornost in bližina).	Analiza objavljenih del Heideggerja in Levinasa ter drugih avtorjev, ki obravnavajo njuno delo.	Analiza fenomenov poglobi razumevanje temeljnih kategorij za opis duhovnosti v paliativni oskrbi.
Štrancar, 2014c	Znanstveni prispevek na konferenci.	Na osnovi izbrane literature predstaviti razumevanje in pomen duhovne podpore v kontekstu paliativne oskrbe; seznaniti se z duhovno dimenzijo kot tisto, ki zaradi neulovljivosti v definicijo ostaja odprta nenehnemu iskanju in raziskovanju.	Pregled literature.	Pregledanih 21 enot tuje in ena enota domače literature.	Duhovna podpora je pomemben vidik paliativne oskrbe, ki ne sme biti podcenjen oziroma v senci drugih disciplin. V ospredju ni ozdravitelj, temveč skrb za lajšanje bolečin in »dobro smrt« (angl. <i>good death</i>). Potreba po nadaljnjem raziskovanju.

<i>Avtor, leto / Author, Year</i>	<i>Tipologija / Typology</i>	<i>Namen in cilji / Aim and objectives</i>	<i>Raziskovalna metodologija in tehnika zbiranja podatkov / Research methodology and data collection technique</i>	<i>Material, vzorec / Material, sample</i>	<i>Temeljne ugotovitve / Main findings</i>
Štrancar, 2015	Izvirni znanstveni članek.	Prikazati pomen in vlogo eksistencialno- fenomenološkega pristopa v kontekstu paliativne oskrbe in podati njegov prispevek k duhovni oskrbi bolnikov in njihovih svojcev.	Kvalitativna metodologija z uporabo fenomenološko- eksistencialne analize. Uporaba strukturiranega intervjuja, neposredne udeležbe z opazovanjem in analize dokumentacije.	Vključenih 18 pacientov in 12 svojcev.	Potrebno je, da se oseba, ki spremlja hudo bolne in umirajoče, sooča s temeljnimi eksistencialnimi vprašanji in poskuša odgovoriti nanje. Uvid v globoka bivanjska vprašanja je način, kako prihaja človek do samega sebe.
Montanič Starc, 2017	Magistrsko delo.	Ugotoviti stališča in odnos zaposlenih v ZN do duhovnosti in duhovne oskrbe pacientov.	Kvantitativna metodologija. Uporaba anketnih vprašalnikov (McSherry, et al., 2002), vprašanja na petstopenjski lestvici strinjania.	250 poslanih vprašalnikov, vrnjenih 182, veljavnih in v analizo vključenih 173.	Zaposleni v ZN pojem duhovnosti povezujejo predvsem z razumevanjem samega sebe in odnosom, ki ga imajo do sebe in zunanjega sveta. Ne strinjajo se z enačenjem duhovnosti in religije/vere. Razumevanje koncepta duhovne oskrbe povezujejo predvsem s spoštovanjem posameznika v vseh pogledih ter z lastnim izkazovanjem prijaznosti in skrbi. Duhovne potrebe največkrat prepoznajo tako, da jih pacient izrazi sam, ter s poslušanjem in z opazovanjem, saj jih pacient izrazi na različne načine. Zato so opazovanje, čas, pozornost in komunikacija med zaposlenimi v ZN in pacientom zelo pomembni. Udeleženci pripisujejo velik pomen duhovni oskrbi pacientov v kliničnem okolju, hkrati pa izražajo negotovost glede tega, da sta duhovnost in duhovna oskrba temeljna vidika ZN. Slednje nakazuje pomanjkanje razumevanja koncepta duhovnosti in duhovne oskrbe med izvajalci ZN. Vzroke je mogoče iskati v pomanjkanju znanja, torej deficitu na področju izobraževanja.
Patru, 2017	Magistrsko delo.	Proučiti paliativno oskrbo ter raziskati njeno organiziranost v socialnovarstvenih zavodih Slovenije. V kolikšni meri so zavodi pripravljeni imeti paliativni tim, v njem sodelovati ter delati po načelih paliativne oskrbe?	Kvantitativna metodologija. Uporaba anketnega vprašalnika, sestavljenega iz 29 vprašanj zaprtega tipa.	Po elektronski pošti so bili poslani anketni vprašalniki 103 zaposlenim v domovih za starejše. Vrnjenih, pravilno izpolnjenih in vključenih v analizo je bilo 99 vprašalnikov. Na vprašalnik so odgovarjali zaposleni v ZN.	Več kot 80 % vprašanih odgovori, da vedno oziroma občasno izvajajo paliativno oskrbo pri stanovalcih, ki trpijo zaradi hude bolečine, in pri umirajočih, kljub temu da nimajo tima strokovnjakov. Znanje zdravstvenih delavcev o paliativni oskrbi je najbolj pomanjkljivo na področju komunikacije s svojci in pri prepoznavanju simptomov. Svoje večinoma vključujejo v paliativno obravnavo, toda zdravniki so prisotni le v izjemnih primerih.

Legenda / Legend: DSO – dom starejših občanov / nursing home; ZN – zdravstvena nega / nursing care; MS – medicinska sestra / nurse; SSCRS – lestvica ocenjevanja duhovnosti in duhovne oskrbe / Spirituality and Spiritual Care Rating Scale; % – odstotek / percentage

Tabela 3: Razpored kod po kategorijah
Table 3: Codes by categories

<i>Kategorije / Categories</i>	<i>Kode / Codes</i>	<i>Avtor / Author</i>
<i>Kategorija 1: Razumevanje pojma duhovnosti in duhovne oskrbe ter pripisovanje njunega pomena za paciente</i>	Duhovnost, del holistične ZN – duhovnost / religija – negotovost pri razumevanju pojmov duhovnost / duhovna oskrba – duhovna oskrba v kliničnem okolju pomembna – sposobnost nudenja podpore.	Šolar & Mihelič Zajec, 2007; Toman & Skela-Savič, 2013; Babnik & Karnjuš, 2014; Karnjuš, et al., 2014; Plešej, et al., 2014; Patru, 2017; Štrancar, 2014a, 2014b, 2014c, 2015; Montanič Starc, 2017.
<i>Kategorija 2: Zaznavanje duhovnih potreb pacientov in izvajanje prakse duhovne oskrbe</i>	Vrste zaznanih duhovnih potreb – sposobnost zaznavanja duhovnih potreb – pomen lastne duhovnosti pri MS – vir informacij pacientovih duhovnih potreb – skrb za duhovne potrebe pacientov – zagotavljanje duhovnih potreb pacientov – religiozna duhovna oskrba – aktivnosti MS ob zaznavi duhovnih potreb pri pacientu – ovire pri nudenju duhovne oskrbe.	Šolar & Mihelič Zajec, 2007; Toman & Skela-Savič 2013; Babnik & Karnjuš, 2014; Karnjuš et al., 2014; Plešej, et al., 2014; Štrancar, 2014b; Štrancar, 2014c; Montanič Starc, 2017.
<i>Kategorija 3: Potenciali eksistencialno-fenomenološkega pristopa, ki poglobljajo samorazumevanje spremljevalca pri spremljanju in duhovni podpori pacientov ter njihovih svojcev</i>	Empirična opazovanja – eksistencialna misel – analitika eksistence – Heidegger – Levinas – etična filozofija – duhovna razsežnost – temeljna filozofska vprašanja – težke bolezni – bližajoča smrt – bivanjska vprašanja.	Levinas, 1991, 1996, 2008; Heidegger, 2005; Štrancar, 2014a, 2014b, 2014c, 2015.

Zaznavanje duhovnih potreb pacientov in izvajanje prakse duhovne oskrbe

MS zaznajo duhovne potrebe pacientov kot potrebo po: viru upanja in viru moči, izvajanju duhovnih vaj, izražanju Boga ali nekega božanstva, manj pogosto pa kot potrebo po ustvarjalnosti (Babnik & Karnjuš, 2014; Montanič Starc, 2017). Duhovna potreba je največkrat prepoznana kot potreba po dajanju in prejemanju odpuščanja, iskanju pomena in smisla v življenju, potreba po ohranjanju ljubečega odnosa do sebe in drugih ter vztrajanje v upanju (Plešej, et al., 2014). Podobno ugotavljajo tudi Toman in Skela-Savič (2013) ter Patru (2017). Med duhovnimi potrebami so našteje še verske potrebe, potreba po nadvladovanju trpljenja in povezovanju z bistvom, ki je trajnejše, kot je življenje osebe, in potreba po pozitivnem pogledu. Zaznana je bila tudi potreba po doživetju narave, vključenosti v potek stanja in nadzor ter tudi potreba po dokončanju poslov. MS so se prepoznale kot tiste, ki niso prepričane, ali znajo zaznati duhovne potrebe. Hkrati navajajo, da jih ni strah soočiti se s pacientovimi duhovnimi potrebami (Plešej, et al., 2014). MS, ki se prepoznajo v lastni duhovnosti, so bolj občutljive pri zaznavanju duhovnih potreb pacientov (Toman & Skela-Savič, 2013; Karnjuš, et al., 2014).

Viri informacij glede duhovnih potreb pacienta so: pacient sam, sorodniki in prijatelji, sodelavci, duhovnik in le redko negovalni načrt (Toman & Skela-Savič, 2013; Babnik & Karnjuš, 2014; Montanič Starc, 2017).

Zaposleni se zavedajo, da spada skrb za duhovne potrebe pacientov med vsakodnevne aktivnosti ZN

(Plešej, et al., 2014). Zato skušajo zagotavljati duhovne in verske potrebe pacientov, če ti izrazijo željo (Karnjuš, et al., 2014). Ista raziskava je pokazala, da le manjši delež sprašuje paciente po njihovih duhovnih potrebah in potrebah po izražanju vere (Šolar in Mihelič Zajec, 2007). Kljub zaznavanju duhovnih potreb ostaja področje duhovne oskrbe pacientov največkrat spregledano in neupoštevano (Toman & Skela-Savič, 2013; Plešej, et al., 2014; Štrancar, 2014b). Še vedno se najbolj poudarja religiozna duhovna oskrba (Šolar & Mihelič Zajec, 2007; Toman & Skela-Savič, 2013). Kot problem se izpostavlja pomanjkanje časa, znanja ter nejasnost vlog znotraj zdravstvenega tima glede kompetenc nudenja duhovne oskrbe (Šolar & Mihelič Zajec, 2007; Karnjuš, et al., 2014; Štrancar, 2014c; Plešej, et al., 2014; Toman & Skela-Savič, 2013).

Potenciali eksistencialno-fenomenološkega pristopa, ki poglobljajo samorazumevanje spremljevalca pri spremljanju in duhovni podpori pacientov ter njihovih svojcev

Obstoječe pristope duhovne oskrbe, ki temeljijo na empiričnih opazovanjih, lahko poglobimo s poglobljeno analizo, ki se opira na eksistencialno misel dveh pomembnih filozofov 20. stoletja: Heideggerjevo analitiko eksistence (2005) in Levinasovo etično filozofijo (1991, 1996, 2008). Eksistencialno misel razumemo kot razsežnost bivanja, na kateri vznikne sleherni človekovo spraševanje in razumevanje (Štrancar, 2014a, 2014b, 2014c). Kot takšna je ta misel že sama po sebi odpiranje duhovne razsežnosti, ki jo živimo in dojemamo s temeljnimi filozofskimi

vprašani. Ta se pojavljajo še zlasti v času težke bolezni in bližajoče se smrti. Eksistencialna misel gradi na oblikovanju vsebinskih odgovorov na temeljna bivanjska vprašanja, kot so smrt, skrb, krivda, vest, smisel, sočlovek, odgovornost ipd. (Štrancar, 2014b, 2015).

Diskusija

Vzroki za nizko število domačih znanstvenih objav ($n = 11$ – v povprečju ena letno): duhovni vidik v primerjavi z drugimi vidiki obravnave pacienta ni enakovredno vključen v ZN (Plešej, et al., 2014; Štrancar, 2014b; Toman & Skela-Savič, 2013); družbena obremenjenost z dejstvom, da je duhovnost sinonim za religijo, ki je razumljena kot izključno privatna zadeva (Kisvetrová, et al., 2013); pristop proučevanja, ker je koncept duhovnosti težko definirati, meriti in znanstveno dokazati (Delgado, 2005; McEwen, 2005; Gray, 2006; Tiew & Creedy, 2010). Eden izmed možnih razlogov je tudi v praksi in izobraževanju prevladujoč biomedicinski model (Puchalski & Ferrell, 2010). Medtem ko zasledimo majhno prisotnost domačih raziskav, pa v tujini poročajo o naraščanju števila objav na tem področju (Watts, 2009; Cockell & McSherry, 2012; Rogers & Wattis, 2015).

V sedmih od enajstih objav so avtorji iskali odgovore na raziskovalna vprašanja s kvantitativnim pristopom, pri čemer so se posluževali zbiranja podatkov z anketnimi vprašalniki. Glede na naravo proučevane tematike smo v večji meri pričakovali kvalitativni pristop, saj je koncept duhovnosti težko definirati, meriti oziroma objektivizirati (van Leeuwen, et al., 2006; Tiew & Creedy, 2010; Daaleman, 2012). Morda je razlog za izbiro pristopa tudi v proučevani populaciji, ki je v šestih kvantitativnih raziskavah v vzorec vključila zaposlene v ZN (Šolar & Mihelič Zajec, 2007; Toman & Skela Savič, 2013; Krnjuč, et al., 2014; Plešej, et al., 2014; Montanič Starc, 2017; Patru, 2017), v eni pa študente ZN (Babnik & Karnjuč, 2014). Velikost vzorcev (n) v kvantitativnih raziskavah se je gibala od 40 do 173, hkrati je bilo vzorčenje namensko in omejeno na eno inštitucijo. Na teh vzorcih dobljeni rezultati ne omogočajo posplošitve na nacionalno raven.

MS razumejo duhovnost zelo široko; menijo, da vsaka oseba poseduje duhovno razsežnost. Hkrati opazimo, da razumevanje pojma duhovnosti med MS ni enotno ali pa se ne izrečejo o tem, kaj duhovnost je. Ugotovitve ne presenečajo, saj tudi tuja literatura navaja neenotnost definicije duhovnosti in jo hkrati opisuje kot univerzalen pojav (Johnson, et al., 2007; Puchalski & Ferrel, 2010; McSherry & Jamieson, 2013; Kisvetrová, et al., 2013). Ne glede na nejasnost pojma, imajo zaposleni v ZN pozitivna prepričanja in stališča do duhovnih potreb pacientov (Babnik & Karnjuč, 2014). Menijo, da so aktivnosti ZN v zvezi s tem del njihovih dolžnosti (Plešej, et al., 2014). Čeprav

je duhovnost prepoznana kot pomemben vidik kakovostne ZN, njena vloga v praksi še vedno ni jasna, kar zasledimo tudi v tuji literaturi (Narayanasamy & Owens, 2001; McSherry, et al. 2002; van Leeuwen, et al., 2006; Bush & Bruni, 2008; Pesut, 2008; Chan, 2010; Walters & Fisher, 2010; Milligan, 2011).

MS so v največji meri zaznale duhovno potrebo kot potrebo po povezanosti (Toman & Skela-Savič, 2013; Babnik & Karnjuč, 2014; Plešej, et al., 2014; Montanič Starc, 2017; Patru, 2017). V raziskavah tujih avtorjev (Chao, et al., 2002; Unruh, et al., 2002; Puchalski, et al., 2009; Puchalski & Ferrel, 2010; McSherry & Jamieson, 2013) lahko razdelimo potrebo po povezanosti v štiri dimenzije: povezanost s seboj, drugimi, naravo in Bogom in / ali višjim bitjem. Med temi so najpogosteje zaznane potrebe v dimenziji povezanosti s seboj.

Eksistencialno-fenomenološki pristop je pomemben za samorazumevanje spremljevalca, kar hkrati vpliva na njegovo spremljanje ter podporo pacientov in njihovih svojcev. Pri tem pristopu pacienta ne razumemo kot subjekta obravnave, temveč njegovo življenje pojmujeemo v eksistencialni celovitosti. Tega razumevanja ni mogoče razlagati biološko, niti ga podvreči empirični objektivaciji, saj gre za izvornost živete izkustva posameznika (Klun, 2012). Duhovna oskrba, gledano skozi prizmo eksistencialne misli, ni neka naknadna potreba, temveč temeljna poklicanost, kjer se človek prepozna v izvrševanju svoje človeškosti v odnosu do drugega človeka. Spoznanja analiziranih fenomenov ponujajo možnost dopolnitve in poglobitve duhovne oskrbe v teoriji in praksi ZN.

Omejitve našega raziskovanja izhajajo iz majhnega števila v analizo vključenih raziskav, ki hkrati temeljijo na majhnem in priložnostno izbranem vzorcu. Ker smo tipologijo dokumentov povzeli iz sistema COBISS.SI, obstaja možnost, da razporeditev ni povsem skladna z dejanskim stanjem posameznega dokumenta.

Zaključek

Ne glede na zavedanje o skromnosti slovenske literature na področju duhovnosti v ZN, smo zasledili zanimanje za to tematiko. Ključne ugotovitve pregleda literature so: (1) področje duhovne oskrbe v ZN je tematizirano, redko znanstveno obravnavano, zato prihaja do nerazumevanja, kar vpliva na necelostno obravnavo pacientov in njihovih svojcev; (2) duhovna oskrba je poudarjena pretežno v okviru paliativne oskrbe, še zlasti v povezavi z umiranjem; (3) kaže se potreba po ozaveščanju, da pojem duhovnosti ni zožen na religioznost in monodisciplinarnost; (4) MS imajo pomembno vlogo pri zaznavanju duhovnih potreb in opozarjanju nanje, prav tako tudi pri nujenju duhovne oskrbe, saj so pacientom in njihovim svojcem najbližje ter v stalnem stiku z njimi. Žal smo priča neenakosti obravnave duhovnosti v primerjavi z drugimi življenjskimi aktivnostmi tako v praksi kot v izobraževanju.

Če hočemo razvijati celostno ZN, je treba ciljno načrtovati raziskave na tem področju, pri čemer so v raziskovalni vzorec vključeni neposredno pacienti in njihovi svojci. Glede na ugotovitev, da je bila večina raziskav opravljenih na področju paliativne oskrbe in umiranja, je treba razmisliti o raziskovanju duhovnosti tudi na drugih področjih ZN in vključitvi na vse nivoje zdravstvenega varstva. MS se zavedajo pomena duhovnosti za paciente in njihove svojce; ta življenjska aktivnost jih zanima, a jo redko vključujejo v proces zdravstvene nege. Treba bi bilo izoblikovati smernice, ki bi bile MS v pomoč pri izvajanju negovalnih intervencij.

Zahvala / Acknowledgments

Avtorici se zahvalujeta prof. dr. Majdi Pahor za usmeritev in predloge pri načrtovanju raziskave. / The authors would like to acknowledge Professor Dr Majda Pahor for her guidance and suggestions in designing the research.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

Avtorici izjavljata, da ni nasprotja interesov. / The authors declare that no conflicts of interest exist.

Financiranje / Funding

Raziskava ni bila finančno podprta. / The study received no funding.

Etika raziskovanja / Ethical approval

Članek je pripravljen v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Glede na izbrano metodologijo raziskovanja za izvedbo raziskave dovoljenje ali soglasje komisije za etiko ni bilo potrebno. / The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2014). No approval by the Ethics Committee was necessary to conduct the study due to the selected research methodology.

Prispevek avtorjev / Author contributions

Prva avtorica je načrtovala raziskavo, opravila iskanje in pregled literature ter izbor vključenih virov. Obe avtorici sta prispevali k pisanju poglavij Metode, Rezultati, Diskusija in Zaključek. / The first author planned the research, searched and reviewed the literature, and selected the sources. Both authors participated in writing the Methods, Results, Discussion and Conclusion.

Literatura

Babnik, K., & Karnjuš, I., 2014. Duhovne potrebe in duhovna oskrba pacientov: ugotovitve dveh uvodnih raziskav. *Informativa Medica Slovenica*, 19(1/2), pp. 12–18.

Bush, T. & Bruni N., 2008. Spiritual care as a dimension of holistic care: a relational interpretation. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(11), pp. 539–545.
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2008.14.11.31758>
PMid:19060804

Carron, R. & Cumbie, S.A., 2011. Development of a conceptual nursing model for the implementation of spiritual care in adult primary healthcare settings by nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(2011), pp. 552–560.
<https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2011.00633.x>

Chan, M.F., 2010. Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (15/16), pp. 2128–2136.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02690.x>

Chao, C.S., Chen, C.H., & Yen, M., 2002. The essence of spirituality of terminally ill patients. *Journal of Nursing Research*, 10(4), pp. 237–245.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.JNR.0000347604.89509.bf>
PMid:12522736

Cockell, N. & McSherry, W., 2012. Spiritual care in nursing: an overview of published international research. *Journal of Nursing Management*, 20(8), pp. 958–969.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01450.x>
PMid:23151098

Daaleman, T.P., 2012. A health services framework of spiritual care. *Journal of Nursing Management*, 20(8), pp. 1021–1028.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01482.x>
PMid:23151104; PMCID:PMC3763824

Delgado, C., 2005. A discussion of the concept of spirituality. *Nursing Science Quarterly*, 18(2), pp. 157–162.
<https://doi.org/10.1177/0894318405274828>
PMid:15802748

Eccles, M. & Mason, J., 2001. How to develop cost-conscious guidelines. *Health Technology Assessment*, 5(16), pp. 1–69.
<https://doi.org/10.3310/hta5160>
PMid:11427188

Gray, J., 2006. Measuring spirituality: conceptual and methodological considerations. *Journal of Theory Construction & Testing*, 10(2), pp. 58–64.

Heidegger, M., 2005. *Bit in čas*. Ljubljana: Slovenska matica, pp. 70–411.

- Johnson, M.E., Piderman, K.M., Sloan, J.A., Huschka, M., Atherton, P.J., Hanson, J.M., et al., 2007. Measuring spiritual quality of life in patients with cancer. *The Journal of Supportive Oncology*, 5(9), pp. 437–442.
- Karnjuš, I., Ratoša, G. & Babnik, K., 2014. Upoštevanje duhovnih in verskih potreb pacientov v bolnišničnem okolju: pilotna študija. In: T. Štemberger Kolnik, D. Ravnik, K. Babnik & M. Bulič, eds. *Zdravstvena nega v javnem zdravju, Druga znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo, Izola, 31. januar 2014*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 199–207.
- Kisvetrová, H., Klugar, M. & Kabelka, L., 2013. Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety in the final phase of life. *International Journal of Palliative Nursing* 19(12), pp. 599–605.
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2013.19.12.599>
PMid:24356504
- Klun, B., 2012. Fenomenologija duhovnega življenja. In: P. Repar, S. Repar & A. Božič, eds. *Udejanjanje duhovnosti v sodobnem svetu, 3. Simpozij Miklavža Ocepka, Ljubljana, 2012*. Ljubljana: KUD Apokalipsa, pp. 69–82.
- Levinas, E., 1991. *Totality and infinity: an essay on exteriority*. 3th ed. Rotterdam: Kluwer Academic Publisher, pp. 187–216.
https://doi.org/10.1007/978-94-009-9342-6_12
- Levinas, E., 1996. *Smrt in čas. Nova revija*, pp. 7–16.
- Levinas, E., 2008. *Time and the other*. 12th ed. Pittsburgh: Duquesne University Press, pp. 74–84.
- McEwen, M., 2005. Spiritual nursing care: state of the art. *Holistic Nursing Practice*, 19(4), pp. 161–168.
<https://doi.org/10.1097/00004650-200507000-00007>
PMid:16006830
- McSherry, W., Draper, P. & Kendrick, D., 2002. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *International Journal of Nursing Studies*, 39(7), pp. 723–734.
[https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00014-7](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00014-7)
PMid:24118520
- McSherry, W. & Jamieson, S., 2013. The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21/22), pp. 3170–3182.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12411>
- Milligan, S., 2011. Addressing the spiritual care needs of people near the end of life. *Nursing Standard*, 26(4), pp. 47–56.
<https://doi.org/10.7748/ns2011.09.26.4.47.c8730>
PMid:22013832
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. & the PRISMA Group, 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*. 6(7), art. ID e1000097.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
PMid:19621072; PMCID:PMC2707599
- Montanič Starc, T., 2017. *Znanje, prepričanja in stališča zaposlenih v zdravstveni negi do duhovnosti in duhovne oskrbe pacientov: magistrsko delo*. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, pp. 35–36, 39, 45–53.
- Nabolsi, M.M. & Carson, A.M., 2011. Spirituality, illness and personal responsibility: the experience of Jordanian muslim men with coronary artery disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), pp. 716–724.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00882.x>
PMid:21428988
- Narayanasamy, A. & Owens, J., 2001. A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), pp. 446–455.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01690.x>
PMid:11251732
- Patru, S., 2017. *Paliativna oskrba v domovih za starejše v Sloveniji: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor, pp. 35–57.
- Pesut, B., 2008. A conversation on diverse perspectives of spirituality in nursing literature. *Nursing Philosophy: an International Journal for Healthcare Professionals*, 9(2), pp. 98–109.
<https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2008.00341.x>
PMid:18336707
- Pike, J., 2011. Spirituality in nursing: a systematic review of the literature from 2006–10. *British Journal of Nursing*, 20(12), pp. 743–749.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.12.743>
PMid:21727836
- Plešej, L., Romi, K. & Naka, S. 2014. Vloga medicinske sestre v procesu umiranja s poudarkom na duhovni oskrbi umirajočega. In: B. Filej, ed. *Študenti zdravstvenih ved prispevajo k zdravju družbe : zbornik prispevkov z recenzijo, 6. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved, Murska Sobota, 30. maj 2014*. Maribor: Alma Mater Europaea, Evropski center, pp. 312–320.
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., et al., 2009. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), pp. 885–904.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>
PMid:19807235
- Puchalski, C.M. & Ferrell, B., 2010. *Making health care whole: integrating spirituality into patient care*. West Conshohocken: Templeton Press, pp. 92–93.

- Ramezani, M., Ahmadi, F., Mohammadi, E. & Kazemnejad, A., 2014. Spiritual care in nursing: a concept analysis. *International Nursing Review*, 61(2), pp. 211–219.
<https://doi.org/10.1111/inr.12099>
PMid:24712404
- Rogers, M. & Wattis, J., 2015. Spirituality in nursing practice. *Nursing Standard*, 29(39), pp. 51–57.
<https://doi.org/10.7748/ns.29.39.51.e9726>
PMid:26015142
- Sheldon, J.E., 2000. Spirituality as a part of nursing. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 2(3), pp.101–108.
<https://doi.org/10.1097/00129191-200002030-00003>
- Stirling, A. J., 2001. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research* 1(3), pp. 385–405.
<https://doi.org/10.1177%2F146879410100100307>
- Sun, V., Kim, J.Y., Irish, T.L., Borneman T., Sidhu, R.K., Klein, L., et al., 2016. Palliative care and spiritual well-being in lung cancer patients and family caregivers. *Psycho-oncology* 25(12), pp. 1448–1455.
<https://doi.org/10.1002/pon.3987>
PMid:26374624; PMCID:PMC4794416
- Šolar, B. & Mihelič Zajec, A., 2007. Vloga medicinske sestre v procesu umiranja in duhovni oskrbi v Splošni bolnišnici Jesenice. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(2/3), pp. 137–146. Available at:
<https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2634> [15. 7. 2018].
- Štrancar, K., 2014a. *Eksistencialna misel pri Martinu Heideggerju in Emmanuelu Levinasu ter njena uporaba pri duhovnem spremljanju v paliativni oskrbi: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Teološka fakulteta, pp. 60–65, 77–82, 209–219, 230–235, 238–240.
- Štrancar, 2014b. Duhovna razsežnost paliativne oskrbe v dialogu s Heideggerjevo in Levinasovo eksistencialno mislijo. *Bogoslovni vestnik*, 74(1), pp. 129–139.
- Štrancar, K., 2014c. Razumevanje duhovnosti v kontekstu paliativne oskrbe in njen pomen. In: T. Štemberger Kolnik, D. Ravnik, K. Babnik & M. Bulič, eds. *Zbornik prispevkov Zdravstvena nega v javnem zdravju, druga znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo, Izola, 31. januar 2014*. Koper: Univerza na Primorskem, pp. 193–198.
- Štrancar, 2015. Eksistencialna vprašanja med trpljenjem in paliativno nego. *Poligrafi*, 79/80(20), pp. 145–162.
- Tanyi, R.A., 2002. Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), pp. 500–509.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02315.x>
PMid:12175360
- Tiew, L.H. & Creedy, D.K., 2010. Integration of spirituality in nursing practice: a literature review. *Singapore Nursing Journal*, 37(1), pp. 15–22.
- Toman, B. & Skela-Savič, B., 2013. Razumevanje in pomen duhovnosti in duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi. In: B. Skela-Savič, et al., eds. *Zbornik predavanj z recenzijo, 6. mednarodna znanstvena konferenca Znanje in odgovornost za spremembe in razvoj v zdravstvu glede na rastoče potrebe po zdravstveni obravnavi, 6. - 7. junij 2013, Ljubljana*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 228–233.
- Unruh, A.M., Versnel, J. & Kerr, N., 2002. Spirituality unplugged: a review of commonalities and contentions and resolution. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(1), pp. 15–19.
<https://doi.org/10.1177/000841740206900101>
PMid:11852691
- van Leeuwen, R., Tiesinga, L.J., Post, D. & Jochemsen, H., 2006. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), pp. 875–884.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01615.x>
PMid:16879380
- Vilalta, A., Valls, J., Porta, J. & Viñas J., 2014. Evaluation of spiritual needs of patients with advanced cancer in a palliative care unit. *Journal of Palliative Medicine*, 17(5), pp. 592–600.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0569>
PMid:24745870; PMCID:PMC4012638
- Walters, G. & Fisher, S. 2010. The development and audit of a spiritual care policy used across three hospices in England. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(7), pp. 327–332.
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.7.49060>
- Watts, J.H., 2009. Meanings of spirituality at the cancer drop-in. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4(2), pp. 86–93.
<https://doi.org/10.1080/17482620902831185>
- Wilkinson, S., 2006. Spiritual recognition within palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 6(1), p. 4.
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2000.6.1.4>
PMid:12819562

Citirajte kot / Cite as:

Štrancar, K. & Mihelič Zajec, A., 2019. Duhovnost v zdravstveni negi v Sloveniji: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(1), 232–242. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.3.749>

NAVODILA AVTORJEM

Splošna navodila

Članek naj bo napisan v slovenskem ali angleškem knjižnem jeziku, razumljivo in jedrnato, dolg naj bo največ 5000 besed za kvantitativno in do 6000 besed za kvalitativno zasnovane raziskave. Število besed se nanaša na besedilo članka in ne vključuje naslova, izvlečka, tabel, slik in seznama literature. Avtorji naj uporabijo Microsoft Wordovo predlogo, ki je dostopna na spletni strani uredništva. Vsi članki, ki so uvrščeni v uredniški postopek, so recenzirani s tremi anonimnimi recenzijami. Revija objavlja le izvirna, še neobjavljena znanstvena dela. Za trditve v članku odgovarja avtor oziroma avtorji, če jih je več (v nadaljevanju avtor), zato mora le-ta biti podpisan s celotnim imenom in priimkom, treba je navesti strokovne naslove, akademske nazive avtorja in izvolitev v pedagoški ali raziskovalni naziv, v kolikor ga avtor ima. Če je članek napisan v angleškem jeziku, morajo biti v angleškem jeziku zapisani tudi strokovni naslovi, akademski nazivi in izvolitev v pedagoški ali raziskovalni naziv. Avtor mora pri oddaji članka dosledno upoštevati navodila glede standardizirane znanstvene opreme, videza in tipologije dokumentov ter navodila v zvezi z oddajo članka. Članek bo uvrščen v nadaljnjo obravnavo, ko bo pripravljen v skladu z navodili uredništva.

Če članek objavlja raziskavo na ljudeh, naj bo v podpoglavju metod *Opis poteka raziskave in obdelave podatkov* razvidno, da je bila raziskava opravljena skladno z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije, opisan naj bo postopek pridobivanja dovoljenj za izvedbo raziskave. Eksperimentalne raziskave, opravljene na ljudeh, morajo imeti soglasje komisije za etiko bodisi na ravni ustanove ali več ustanov, kjer se raziskava izvaja, bodisi na nacionalni ravni.

Naslov članka, izvleček, ključne besede, tabele (opisni naslov in legenda) ter slike (opisni naslov oz. podpis in legenda) morajo biti v slovenščini in angleščini, le-to velja tudi za angleško pisane članke, le da so v tem primeru našete enote navedene najprej v angleščini in nato v slovenščini. Skupno število slik in tabel naj bo največ pet. Tabele in slike naj bodo v besedilu članka na ustreznem mestu. Za prikaz rezultatov v tabelah, slikah in besedilu je treba uporabljati statistične simbole, ki jih avtor najde na spletni strani revije, poglavje Navodila. Na vsako tabelo in sliko se mora avtor v besedilu sklicevati. Uporaba sprotnih opomb pod črto ni dovoljena.

Opredelitev tipologije

Uredništvo razvrsti posamezni članek po veljavni tipologiji za vodenje bibliografij v sistemu COBISS (Kooperativni online bibliografski sistem in servisi) (dostopno na: http://home.izum.si/COBISS/bibliografije/Tipologija_slv.pdf). Tipologijo lahko predlagata avtor in recenzent, končno odločitev sprejme glavni in odgovorni urednik.

Metodološka struktura članka

Naslov, izvleček in ključne besede naj bodo v slovenščini in angleščini. Naslov naj bo skladen z vsebino članka in dolg največ 120 znakov. Oblikovan naj bo tako, da je iz njega razviden uporabljeni raziskovalni dizajn. Če naslovu sledi podnaslov, naj bosta ločena s podpičjem. Navedenih naj bo od tri do šest ključnih besed, ki natančneje opredeljujejo vsebino članka in ne nastopajo v naslovu. Izvleček naj bo strukturiran, vsebuje naj 150–220 besed. Napisan naj bo v tretji osebi. V izvlečku se ne citira.

Strukturirani izvleček naj vsebuje naslednje strukturne dele:

Uvod (Introduction): Navesti je treba ključna spoznanja dosedanjih raziskav, opis raziskovalnega problema, namen raziskave, v katerem so opredeljene ključne spremenljivke raziskave.

Metode (Methods): Navesti je treba uporabljeni raziskovalni dizajn, opisati glavne značilnosti vzorca, instrument raziskave, zanesljivost instrumenta, kje, kako in kdaj so se zbirali podatki in s katerimi metodami so bili obdelani in analizirani.

Rezultati (Results): Opisati je treba najpomembnejše rezultate raziskave, ki odgovarjajo na raziskovalni problem in namen raziskave. Pri kvantitativnih raziskavah je treba navesti vrednost rezultata in raven statistične značilnosti.

Diskusija in zaključek (Discussion and conclusion): Razpravljati je treba o ugotovitvah raziskave, navesti se smejo le zaključki, ki izhajajo iz podatkov, pridobljenih pri raziskavi. Navesti je treba tudi uporabnost ugotovitev in izpostaviti pomen nadaljnjih raziskav za boljše razumevanje raziskovalnega problema. Enakovredno je treba navesti tako pozitivne kot tudi negativne ugotovitve.

Struktura izvirnega znanstvenega članka (1.01)

Izvirni znanstveni članek je samo prva objava originalnih raziskovalnih rezultatov v takšni obliki, da se raziskava lahko ponovi ter ugotovitve preverijo. Revija objavlja znanstvene raziskave, za katere zbrani podatki niso starejši od pet let ob objavi članka v reviji.

Uvod: V uvodu opredelimo raziskovalni problem, in sicer v kontekstu znanja in znanstvenih dokazov, v katerem smo ga razvili. Pregled obstoječe znanstvene literature mora utemeljiti potrebo po naši raziskavi in je osnova za oblikovanje namena in ciljev raziskave, raziskovalnih vprašanj oz. hipotez in izbranega dizajna raziskave. Uporabimo znanstvena spoznanja in koncepte aktualnih mednarodnih in domačih raziskav, ki so objavljena kot primarni vir in niso starejša od deset oziroma pet let. Obvezno je citiranje in povzemanje spoznanj raziskav in ne mnenj avtorjev. Na koncu opredelimo namen in cilje raziskave. Priporočamo zapis raziskovalnih vprašanj (kvalitativna raziskava)

oz. hipotez (kvantitativna raziskava).

Metode: V uvodu metod navedemo izbrano raziskovalno paradigmo (kvantitativna, kvalitativna) in uporabljeni dizajn izbrane paradigme. Podpoglavja metod so: *opis instrumenta, opis vzorca, opis poteka raziskave in obdelave podatkov*.

Pri *opisu instrumenta* navedemo: opis sestave instrumenta, kako smo oblikovali instrument, spremenljivke v instrumentu, merske značilnosti (veljavnost, zanesljivost, objektivnost, občutljivost). Navedemo avtorje, po katerih smo instrument povzeli, ali navedemo literaturo, po kateri smo ga razvili. Pri kvalitativni raziskavi opišemo tehniko zbiranja podatkov, izhodiščna vprašanja, morebitno strukturo poteka zbiranja podatkov, kriterije veljavnosti in zanesljivosti tehnike zbiranja podatkov.

Pri *opisu vzorca* navedemo: opis populacije, iz katere smo oblikovali vzorec, vrsto vzorca, kolikšen je bil odziv vključenih v raziskavo, opis vzorca po demografskih podatkih (spol, izobrazba, delovna doba, delovno mesto ipd.). Pri kvalitativni raziskavi opredelimo še možnosti vključitve in izbrani način vključitve v raziskavo, vrsto vzorca, velikost vzorca in pojasnimo zasičenost vzorca.

Pri *opisu poteka raziskave in obdelave podatkov* navedemo etična dovoljenja za izvedbo raziskave, dovoljenja za izvedbo raziskave v organizaciji, predstavimo potek izvedbe raziskave, zagotovila za anonimnost vključenih ter prostovoljnost pri vključitvi v raziskavo, navedeno obdobje, kraj in način zbiranja podatkov, uporabljene metode analize podatkov, pri slednjem natančno navedemo statistične metode, program in verzijo programa statistične obdelave, meje statistične značilnosti. Pri kvalitativni raziskavi natančno opišemo celoten potek raziskave, način zapisovanja, zbiranja podatkov, število izvedb (opazovanj, intervjujev ipd.), trajanje izvedb, sekvence, transkripcijo podatkov, korake analize obdelave, tehnike obdelave in interpretacije podatkov ter receptivnost raziskovalca.

Rezultati: Rezultate prikažemo besedno oz. v tabelah in slikah ter pazimo, da izberemo le en prikaz za posamezen rezultat in da se vsebina ne podvaja. V razlagi rezultatov se osredotočamo na statistično značilne rezultate in tiste, ki so nas presenetili. Rezultate prikazujemo glede na stopnjo zahtevnosti statistične obdelave. Pri prikazu rezultatov v tabelah in slikah je za vse uporabljene kratice potrebna pojasnitev v legendi pod tabelo ali sliko. Rezultate prikažemo po postavljenih spremenljivkah, odgovorimo na raziskovalna vprašanja oz. hipoteze. Pri kvalitativnih raziskavah prikažemo potek oblikovanja kod in kategorij, za vsako kodo predstavimo eno do dve reprezentativni izjavi vključenih v raziskavo, ki najbolje predstavita oblikovano kodo. Naredimo shematični prikaz dobljenih kod in iz njih razvitih kategorij ter sodbo.

Diskusija: V diskusiji ugotovitve raziskave navajamo na besedni način (številčnih rezultatov ne navajamo).

Nizamo jih po posameznih spremenljivkah in z vidika postavljenih raziskovalnih vprašanj oz. hipotez, ki jih ne ponavljamo, temveč nanje besedno odgovarjamo. Rezultate v razpravi pojasnimo z vidika razumevanja, kaj lahko iz njih razberemo, razumemo in kako je to primerljivo z rezultati drugih raziskav in kaj to pomeni za uporabnost naše raziskave. Pri tem smo odgovorni in etični ter rezultate pojasnjujemo z vidika spoznanj naše raziskave in z vidika spoznanj, ki so preverljiva, splošno znana in primerljiva z vidika drugih raziskav. Pazimo na posploševanje rezultatov in se pri tem zavedamo omejitev raziskave z vidika instrumenta, vzorca in poteka raziskave. Upoštevamo načelo preverljivosti in primerljivosti. Oblikujemo rdečo nit razprave kot smiselne celote, komentiramo pričakovana in nepričakovana spoznanja raziskave. Na koncu razprave navedemo priporočila, ki so plod naše raziskave, in področja, ki jih nismo raziskali, pa bi jih bilo treba, ali pa smo jih, vendar naši rezultati ne dajejo ustreznih pojasnil. Navedemo omejitve raziskave.

Zaključek: Na kratko povzamemo ključne ugotovitve izvedene raziskave, povzamemo predloge za prakso, predlagamo možnosti nadaljnjega raziskovanja obravnavanega problema. V zaključku ne citiramo ali povzemamo.

Članek naj se zaključi s seznamom literature, ki je bila citirana ali povzeta v članku.

Struktura preglednega znanstvenega članka (1.02)

V kategorijo preglednih znanstvenih raziskav sodijo: sistematični pregled literature, pregled literature, analiza koncepta, razpravni članek (v nadaljevanju pregledni znanstveni članek). Revija objavlja pregledne znanstvene raziskave, za katere je bilo zbiranje podatkov končano največ tri leta pred objavo članka v reviji.

Pregledni znanstveni članek je pregled najnovejših raziskav o določenem predmetnem področju z namenom povzemanja, analiziranja, evalviranja ali sintetiziranja informacije, ki so že bile publicirane. V preglednem znanstvenem članku znanstvena spoznanja niso le navedena, ampak tudi razložena, interpretirana, analizirana, kritično ovrednotena in predstavljena na znanstvenoraziskovalen način. Na osnovi kvantitativne obdelave podatkov predhodnih raziskav (metaanaliza) ali kvalitativne sinteze (metasinteza) rezultatov predhodnih raziskav prinaša nova spoznanja in koncepte za nadaljnje raziskovalno delo. Struktura preglednega znanstvenega članka je enaka kot pri izvornem znanstvenem članku.

V **uvodu** predstavimo znanstveno, konceptualno ali teoretično izhodišče kot vodilo pregleda literature. Končamo z utemeljitvijo, zakaj je pregled potreben, zapišemo namen, cilje in raziskovalno vprašanje.

V **metodah** natančno opišemo uporabljeni raziskovalni dizajn pregleda literature. Podpoglavja metod so: *metode*

pregleda, rezultati pregleda, ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov. Metode pregleda vključujejo razvoj, testiranje in izbor iskalne strategije, vključitvene in izključitvene kriterije za uvrstitev v pregled, raziskane podatkovne baze, časovno obdobje iskanja objav, vrste objav z vidika hierarhije dokazov, ključne besede, jezik pregledanih objav. Rezultati pregleda vključujejo število dobljenih zadetkov, število pregledanih raziskav, število vključenih raziskav in število izključenih raziskav. Uporabimo diagram poteka raziskave skozi faze pregleda, pri izdelavi si pomagamo z mednarodnimi standardi za prikaz rezultatov pregleda literature (npr. PRISMA-Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis). Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov vključuje oceno uporabljene iskalne strategije in kriterijev za dokončni nabor uporabljenih zadetkov, kakovost vključenih raziskav z vidika hierarhije dokazov ter način obdelave podatkov.

Rezultate prikažemo tabelarično kot analizo kakovosti vključenih raziskav. Tabela naj vključuje avtorje raziskave, leto objave raziskave, državo, kjer je bila raziskava izvedena, namen raziskave, raziskovalni dizajn, proučevane spremenljivke, instrument, velikost vzorca, ključne ugotovitve idr. Jasno naj bo razvidno, katere vrste raziskav glede na hierarhijo dokazov so vključene v pregled literature. Rezultate prikažemo besedno, v tabelah in slikah, navedemo ključna spoznanja glede na raziskovalni dizajn. Pri kvalitativni sintezi uporabimo kode in kategorije kot rezultat pregleda kvalitativne sinteze. Pri kvantitativni analizi opišemo uporabljene statistične metode obdelave podatkov iz vključenih znanstvenih del.

V **diskusiji** v prvem delu odgovorimo na raziskovalno vprašanje, nato komentiramo ugotovitve pregleda literature, kakovost vključenih raziskav, svoje ugotovitve primerjamo z rezultati drugih primerljivih raziskav, razvijemo nova spoznanja, ki jih je doprinesel pregled literature, njihovo teoretično, znanstveno in praktično uporabnost, navedemo omejitve raziskave, uporabnost v praksi in priložnosti za nadaljnje raziskovanje.

V **zaključku** poudarimo doprinos izvedenega pregleda, opozorimo na morebitne pomanjkljivosti v splošno uveljavljenem znanju in razumevanju, izpostavimo pomen bodočih raziskav, uporabnost pridobljenih spoznanj in priporočila za prakso, raziskovanje, izobraževanje, menedžment, pri čemer upoštevamo omejitve raziskave. Izpostavimo teoretični koncept, ki bi lahko usmerjal raziskovalce v prihodnosti. V zaključku ne citiramo ali povzemamo.

Navajanje literature

Vsako trditev, teorijo, uporabljeno metodologijo, koncept je treba potrditi s citiranjem. Avtorji naj uporabljajo *harvardski sistem* (npr. Anglia 2008) za navajanje avtorjev v besedilu in seznamu literature na koncu članka. Za navajanje avtorjev v **besedilu**

uporabljamo npr.: (Pahor, 2006) ali Pahor (2006), kadar priimek vključimo v poved. Če gre za dva soavtorja, priimeka ločimo z »&«: (Stare & Pahor, 2010). V besedilu navajamo *do dva avtorja*, če je avtorjev več navedemo le prvega in dopišemo »et al.«: (Chen, et al., 2007). Če navajamo več citiranih del, jih ločimo s podpičji in jih navedemo po kronološkem zaporedju, od najstarejšega do najnovejšega, če je med njimi v istem letu več citiranih del, jih razvrstimo po abecednem vrstnem redu: (Bratuž, 2012; Pajntar, 2013; Wong, et al., 2014). Kadar citiramo več del istega avtorja, izdanih v istem letu, je treba za letnico dodati malo črko po abecednem redu: (Baker, 2002a, 2002b).

Kadar navajamo sekundarne vire, uporabimo »cited in«: (Lukič, 2000 cited in Korošec, 2014). Če pisec članka ni bil imenovan oz. je delo anonimno, v besedilu navedemo *naslov*, v oklepaju pa zapišemo »Anon.« ter letnico objave: *The past is the past* (Anon., 2008). Kadar je avtor organizacija oz. gre za korporativnega avtorja, zapišemo ime korporacije (Royal College of Nursing, 2010). Če ni leta objave, to označimo z »n. d.« (angl. no date): (Smith, n. d.). Pri objavi fotografij navedemo avtorja (Foto: Marn, 2009; vir: Cramer, 2012). Za objavo fotografij, kjer je prepoznavna identiteta posameznika, moramo pridobiti dovoljenje te osebe ali staršev, če gre za otroka.

V **seznamu literature** na koncu članka navedemo bibliografske podatke/reference za *vsa v besedilu citirana ali povzeta dela* (in samo ta!), in sicer po abecednem redu avtorjev. Sklicujemo se le na objavljena dela. Kadar je avtorjev več in smo v besedilu navedli le prvega ter pripisali »et al.«, v seznamu navedemo prvih šest avtorjev in pripišemo »et al.«, če je avtorjev več kot šest. Za oblikovanje seznama literature velja velikost črk 12 točk, enojni razmik, leva poravnava ter 12 točk prostora za referencami (razmik med odstavki, angl. paragraph spacing).

Pri citiranju, tj. dobesednem navajanju, citirane strani zapišemo tako v navedbi citirane publikacije v besedilu: (Ploč, 2013, p. 56); kot tudi pri ustrezni referenci v seznamu (glej primere v nadaljevanju). Če citiramo več strani iz istega dela, strani navajamo ločene z vejico (npr.: pp. 15–23, 29, 33, 84–86). Če je citirani prispevek dostopen na spletu, na koncu bibliografskega zapisa navedemo »Available at:« ter zapišemo URL- ali URN-naslov ter v oglatem oklepaju dodamo datum dostopa (glej primere).

Primeri navajanja literature v seznamu

Citiranje knjige:

Hoffmann Wold, G., 2012. *Basic geriatric nursing*. 5th ed. St. Louis: Elsevier/Mosby, pp. 350–356.

Pahor, M., 2006. *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Izolit, pp. 73–80.

Ricci Scott, S., 2007. *Essentials of maternity, newborn and women's health nursing*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 32–36.

Citiranje poglavja oz. prispevka iz knjige, ki jo je uredilo več avtorjev:

Berryman, J., 2010. Statewide nursing simulation program. In: W.M. Nehring & F.R. Lashley, eds. *High-fidelity patient simulation in nursing education*. Sudbury (Massachusetts): Jones and Bartlett, pp. 115–131.

Girard, N.J., 2004. Preoperative care. In: S.M. Lewis, et al., eds. *Medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problems*. 6th ed. St. Louis: Mosby, pp. 360–375.

Kanič, V., 2007. Možganski dogodki in srčno-žilne bolezni. In: E. Tetičkovič & B. Žvan, eds. *Možganska kap – do kdaj?* Maribor: Kapital, pp. 33–42.

Citiranje knjige, ki jo je uredil en ali več avtorjev:

Borko, E., Takač, I., But, I., Gorišek, B. & Kralj, B. eds., 2006. *Ginekologija*. 2. dopolnjena izd. Maribor: Visoka zdravstvena šola, pp. 269–276.

Robida, A. ed., 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, pp. 10–72.

Citiranje članka iz revij (v drugem primeru dostopnega tudi na spletu):

Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., et al., 2007. Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), pp. 122–131.

Papke, K. & Plock, P., 2004. The role of fundal pressure. *Perinatal Newsletters*, 20(1), pp. 1–2. Available at: http://www.idph.state.ia.us/hpcdp/common/pdf/perinatal_newsletters/progeny_may2004.pdf [5. 12. 2012].

Pillay, R., 2010. Towards a competency-based framework for nursing management education. *International Journal of Nursing Practice*, 16(6), pp. 545–554.

Snow, T., 2008. Is nursing research catching up with other disciplines? *Nursing Standard*, 22(19), pp. 12–13.

Citiranje anonimnega dela (avtor ni naveden):

Anon., 2008. The past is the past: wasting competent, experienced nurses based on fear. *Journal of Emergency Nursing*, 34(1), pp. 6–7.

Citiranje dela korporativnega avtorja:

United Nations, 2011. *Competencies for the future*. New York: United Nations, p. 6.

Citiranje članka iz suplementa revije oz. suplementa številke revije:

Hu, A., Shewokis, P.A., Ting, K. & Fung, K., 2016. Motivation in computer-assisted instruction. *Laryngoscope*, 126(Suppl 6), pp. S5–S13.

Regehr, G. & Mylopoulos, M., 2008. Maintaining competence in the field: learning about practice, through practice, in practice. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(Suppl 1), pp. S19–S23.

Rudel, D., 2007. Informacijsko-komunikacijske tehnologije za oskrbo bolnika na daljavo. *Rehabilitacija*, 6(Suppl 1), pp. 94–100.

Citiranje prispevka iz zbornika referatov:

Skela-Savič B., 2008. Teorija, raziskovanje in praksa v zdravstveni negi – vidik odgovornosti menedžmenta v zdravstvu in menedžmenta v visokem šolstvu. In: B. Skela-Savič, et al., eds. *Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo. 1. mednarodna znanstvena konferenca, Bled 25. in 26. september 2008*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 38–46.

Štemberger Kolnik, T. & Babnik, K., 2012. Oblikovanje instrumenta zdravstvene pismenosti za slovensko populacijo: rezultati pilotske raziskave. In: D. Železnik, et al., eds. *Inovativnost v koraku s časom in primeri dobrih praks: zbornik predavanj z recenzijo. 2. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved, 18. september 2012*. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede, pp. 248–255.

Wagner, M., 2007. Evolucija k žensko osredinjeni obporodni skrbi. In: Z. Drglin, ed. *Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales, Zgodovinsko društvo za južno Primorsko, pp. 17–30.

Citiranje diplomskega, magistrskega dela, doktorske disertacije:

Ajlec, A., 2010. *Komunikacija in zadovoljstvo na delovnem mestu kot del kakovostne zdravstvene nege: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, pp. 15–20.

Rebec, D., 2011. *Samoocenjevanje študentov zdravstvene nege s pomočjo video posnetkov pri poučevanju negovalnih intervencij v specialni učilnici: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 77–79.

Kolenc, L., 2010. *Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, pp. 250–258.

Citiranje zakonov, kodeksov, pravilnikov:

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 15.

Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND), 2008a. Uradni list Republike Slovenije št. 16.

Zakon o varstvu osebnih podatkov (uradno prečiščeno besedilo) (ZVOP-1-UPB1), 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 94.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2010. Uradni list Republike Slovenije št. 40.

Pravilnik o licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 24.

Citiranje zgoščenek (CD-ROM):

International Council of Nurses, 2005. *ICNP version 1.0: International classification for nursing practice*. [CD-ROM]. Geneva: International Council of Nurses.

Sima, Đ. & Požun, P., 2013. *Zakonodaja s področja zdravstva*. [CD-ROM]. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

NAVODILA ZA PREDLOŽITEV ČLANKA

Članek je treba oddati v e-obliki preko spletne strani revije. Revija uporablja Open Journal System (OJS), dostopno na: <http://obzornik.zbornica-zveza.si>. Avtor mora natančno slediti navodilom za oddajo članka in izpolniti vse zahtevane rubrike. Pred oddajo članka naj avtor članek pripravi v naslednjih dveh ločenih dokumentih.

1. Naslovna stran, ki vključuje:

- naslov članka;
- avtorje v vrstnem redu, kot morajo biti navedeni v članku;
- popolne podatke o vseh avtorjih (ime, priimek, dosežena stopnja izobrazbe, habilitacijski naziv, zaposlitev, e-naslov) in podatek o tem, kdo je korespondenčni avtor; če je članek napisan v angleščini, morajo biti tako zapisani tudi vsi podatki o avtorjih; v sistem je vključena e-izjava o avtorstvu;
- informacijo, ali članek vključuje del rezultatov večje raziskave oz. ali je nastal v okviru diplomskega, magistrskega ali doktorskega dela (v tem primeru je prvi avtor vedno študent);
- izjave (statements): avtorji morajo ob oddaji rokopisa podati sledeče izjave (pri slovensko pisanem članku so vse izjave tako v slovenščini kot tudi v angleščini), ki bodo po zaključenem recenzentskem postopku in odločitvi za sprejem članka v objavo prikazane na koncu članka pred poglavjem *Literatura*.

Zahvala/Acknowledgements

Avtorji se lahko zahvalijo posameznikom, skupinam ali sodelujočim v raziskavi za sodelovanje v raziskavi (izbirno).

Nasprotje interesov/Conflict of interest

Avtorji so dolžni predstaviti kakršnokoli nasprotje interesov pri oddaji članka. V kolikor avtorji nimajo nobenih nasprotujočih interesov naj zapišejo naslednjo izjavo: »Avtorji izjavljajo, da ni nasprotja interesov.«

Financiranje/Funding

Avtorji so dolžni opredeliti kakršnokoli finančno pomoč pri nastajanju članka. Ta informacija je lahko podana z imenom organizacije, ki je financirala ali sofinancirala raziskavo, ter v primeru projekta z imenom in številko projekta. V kolikor ni bilo nobenega financiranja, naj avtorji zapišejo naslednjo izjavo: »Raziskava ni bila finančno podprta.«

Etika raziskovanja/Ethical approval

Avtorji so dolžni podati informacije o etičnih vidikih raziskave. V primeru odobritve raziskave s strani komisije za etiko zapišejo ime komisije za etiko in številko odločbe. V kolikor raziskava ni potrebovala posebnega dovoljenja komisije za etiko, so avtorji to dolžni pojasniti. Glede na posamezen tip raziskave lahko avtorji na primer zapišejo tudi naslednjo izjavo: »Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (ali) Kodeksom etike za babice Slovenije (2014),« v skladu s katero je treba v seznamu literature navajati oba vira.

Prispevek avtorjev/Author contributions

V primeru članka dveh ali več avtorjev so avtorji dolžni opredeliti prispevek posameznega avtorja pri nastanku članka, kot to določajo priporočila International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), dostopno na: <http://www.icmje.org/recommendations>. Vsak soavtor članka mora sodelovati v najmanj dveh strukturalnih delih članka (Uvod/Introduction, Metode/Methods, Rezultati/Results, Diskusija in zaključek/Discussion and conclusion). Za vsakega avtorja je treba napisati, v katerih delih priprave članka je sodeloval in kaj je bil njegov prispevek v posameznem delu.

2. Glavni dokument, ki je anonimiziran in vključuje naslov članka (obvezno brez avtorjev in kontaktnih podatkov), izvleček, ključne besede, besedilo članka v predpisani strukturi, tabele, slike in literaturo. Avtorji lahko v članku uporabijo največ 5 tabel/slik.

Obseg članka: članek naj vsebuje največ 5000 besed za kvantitativno in do 6000 besed za kvalitativno

zasnovane raziskave. V ta obseg se ne štejejo izvleček, tabele, slike in seznam literature. Število besed članka je treba navesti v dokumentu »Naslovna stran«.

Za **oblikovanje besedila članka** naj velja naslednje: velikost strani A4, dvojni razmik med vrsticami, pisava Times New Roman, velikost črk 12 točk in širina robov 25 mm. Obvezna je uporaba oblikovne predloge za članek (Word), dostopne na spletni strani Obzornika zdravstvene nege.

Tabele naj bodo označene z arabskimi zaporednimi številkami. Imeti morajo vsaj dva stolpca ter opisni naslov (nad tabelo), naslovno vrstico, morebitni zbirni stolpec in zbirno vrstico ter legendo uporabljenih znakov. V tabeli morajo biti izpolnjena vsa polja, obsegajo lahko največ 57 vrstic. Za njihovo oblikovanje naj velja naslednje: velikost črk 11 točk, pisava Times New Roman, enojni razmik, pred in za vrstico 0,5 točke prostora, v prvem stolpcu in vseh stolpcih z besedilom leva poravnava, v stolpcih s statističnimi podatki leva poravnava, vmesne pokončne črte pri prikazu neizpisane. Uredništvo si pridružuje pravico, da preobsežne tabele, v sodelovanju z avtorjem, preoblikuje.

Slike naj bodo oštevilčene z arabskimi zaporednimi številkami. Podpisi k slikam (pod sliko) in legende naj bodo v slovenščini in angleščini, pisava Times New Roman, velikost 11 točk. Izraz slika uporabimo za grafe, sheme in fotografije. Uporabimo le dvodimenzionalne grafične črno-bele prikaze (lahko tudi šrafure) ter resolucijo vsaj 300 dpi (dot per inch). Če so slike v dvorazsežnem koordinatnem sistemu, morata obe osi (x in y) vsebovati označbe, katere enote/mere vsebujeta.

Clanki niso honorirani. Besedil in slikovnega gradiva ne vračamo, kontaktni avtor prejme objavljeni članek v formatu PDF (Portable Document Format).

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

Članek mora biti pripravljen v skladu z navodili in oddan prek spletne strani revije na <http://obzornik.zbornica-zveza.si>, to je pogoj, da se članek uvrsti v uredniški postopek. Če uredništvo presodi, da članek izpolnjuje kriterije za objavo v Obzorniku zdravstvene nege, bo poslan v zunanjo strokovno (anonimno) recenzijo. Recenzenti prejmejo besedilo članka brez avtorjevih osebnih podatkov, članek pregledajo glede na postavljene kazalnike in predlagajo izboljšave. Avtor je dolžan izboljšave pregledati in jih v največji meri upoštevati ter članek dopolniti v roku, ki ga določi uredništvo. V kolikor avtor članka ne vrne v roku, se članek zavrne. V kolikor avtor katere od predlaganih izboljšav ne upošteva, mora to pisno pojasniti. Po zaključenem recenzijem postopku uredništvo članek vrne avtorju, da popravke odobri, jih upošteva in pripravi čistopis. Čistopis uredništvo pošlje v jezikovni pregled.

Avtor prejme prvi natis v korekturo s prošnjo, da na njem označi vse morebitne tiskovne napake, ki jih

označi v PDF-ju prvega natisa. Spreminjanje besedila v tej fazi ni sprejemljivo. Korekture je treba vrniti v treh delovnih dneh, sicer uredništvo meni, da se avtor s prvim natisom strinja.

NAVODILA ZA DELO RECENZENTOV

Recenzentovo delo je odgovorno in zahtevno. S svojimi predlogi in ocenami recenzenti prispevajo k večji kakovosti člankov, objavljenih v Obzorniku zdravstvene nege. Od recenzenta, ki ga uredništvo neodvisno izbere, se pričakuje, da bo odgovoril na vprašanja, ki so postavljena v obrazcu OJS, in ugotovil, ali so trditve in mnenja, zapisani v članku, verodostojni in ali je avtor upošteval navodila za objavljanje. Recenzent mora poleg znanstvenosti, strokovnosti in primernosti vsebine za objavo v Obzorniku zdravstvene nege članek oceniti metodološko ter uredništvo opozoriti na pomanjkljivosti. Ni treba, da se recenzent ukvarja z lektoriranjem, vendar lahko opozori tudi na jezikovne pomanjkljivosti. Pozoren naj bo na pravilno rabo strokovne terminologije. Posebej mora biti recenzent pozoren, ali je naslov članka jasen, ali ustreza vsebini; ali izvleček povzema bistvo članka; ali avtor citira (naj)novejšo literaturo in ali citira znanstvene raziskave avtorjev, ki so pisali o isti temi v domačih revijah; ali se avtor izogiba avtorjem, ki zagovarjajo drugačna mnenja, kot so njegova; ali navaja tuje misli brez citiranja; ali je citiranje literature ustrezno, ali se v besedilu navedena literatura ujema s seznamom literature na koncu članka. Dostopno literaturo je treba preveriti. Oceniti je treba ustreznost slik ter tabel, preveriti, če se v njih ne ponavlja tisto, kar je v besedilu že navedeno. Recenzentova dolžnost je opozoriti na morebitne nerazvezane kratice. Recenzent mora biti še posebej pozoren na morebitno plagiatstvo in krajo intelektualne lastnine.

S sprejetjem recenzije se recenzent zaveže, da jo bo oddal v predpisanem roku. Če to ni mogoče, mora takoj obvestiti uredništvo. Recenzent se obveže, da vsebine članka ne bo nedovoljeno razmnoževal ali drugače zlorabil. Recenzije so anonimne: recenzent je avtorju neznan in obratno. Recenzent bo v pregled prek sistema OJS prejel le vsebino članka brez imena avtorja. V sistemu OJS recenzent poda svoje strokovno mnenje v recenzijem obrazcu. Če ima recenzent večje pripombe, jih kot utemeljitev za sprejem ali morebitno zavrnitev članka na kratko opiše oz. avtorju predlaga nadaljnje delo, pri čemer upošteva njegovo integriteto. Zaradi večje preglednosti in lažjih dopolnitev s strani avtorja lahko recenzent svoje pripombe in morebitne predloge vnese v besedilo članka, pri tem uporabi možnost, ki jo ponuja Microsoft Word – sledi spremembam (Track changes). Recenzent mora biti pozoren, da pred uporabo omenjene možnosti prikrije svojo identiteto (slediti spremembam, spremeni ime/Track changes, change user name). Recenzentsko verzijo besedila članka z vključenimi anonimiziranimi predlogi nato recenzent naloži v sistem OJS in omogoči avtorju, da predloge dopolnitev vidi. Končno odločitev o objavi članka sprejme uredniški odbor.

Literatura

World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), pp. 2191–2194. Available at: <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> [1. 9. 2016].

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije, 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Posodobljeno: 21. 11. 2016

Citirajte kot:

Obzornik zdravstvene nege: navodila avtorjem in recenzentom, 2016. *Obzornik zdravstvene nege*. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Navodila.aspx> [23.12.2016].

MANUSCRIPT SUBMISSION GUIDELINES

General policies

The manuscript should be written clearly and succinctly in a standard Slovene or English language and conform to acceptable language usage. Its length must not exceed 5000 words for quantitative and 6000 for qualitative research articles, excluding the title, abstract, tables, pictures and literature. The authors should use the Microsoft Word template, accessible at the editorial website. All articles considered for publication in the Slovenian Nursing Review will have been subjected to an external, triple-blind peer review. Manuscripts are accepted for consideration by the journal with the understanding that they represent original material, have not been published previously and are not being considered for publication elsewhere. Individual authors bear full responsibility for the content and accuracy of their submissions. The statement of responsibility and publication approval must be signed by the authors' full name. The author's (or authors') professional, academic titles and possible appointments to pedagogical or research title must be included. If the article is written in English, all the titles must be translated into the English language. In submitting a manuscript, the authors must observe the standard scientific research paper components, the format and typology of documents, and submission guidelines. The manuscript must be accompanied by the authorship statement, a copy of which is available on the journal website. The statement must be undersigned by the author and all co-authors in the order in which each is listed in the authorship of the article. The manuscript will not be submitted to editing process before the statement has been received by the editorial office. The latter should also be notified of the designated corresponding author (with their complete home and e-mailing address, telephone number), who is responsible for communicating with the editorial office and other authors about revisions and final approval of the proofs. The title page should include the manuscript title and the full names of the authors, their highest earned academic degrees, and their institutional affiliations and status. The manuscript is eligible for editorial and reviewing process if it is prepared according to the uniform requirements set forth by the editorial committee of the Slovenian Nursing Review.

If the article publishes human subject research, it should be evident from the methodology chapter that the study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and Tokyo. All human subject research including patients or vulnerable groups, health professionals and students requires review and approval by the ethical committee on institutional or national level prior to subject recruitment and data collection.

The title of the article, abstract and key words, tables (descriptive subtitle and legend), illustrations (descriptive subtitle or signature and legend) must be submitted in Slovene and English. The same applies to the articles written in English, where the above units must be given first in the English language, followed by the Slovene translation. The total of five data supplements per manuscript is allowed.

Tables and other data supplements should adequately accompany the text. The results presented in tables and other data supplements should be presented in symbols as required by the journal, available at the journal website, chapter Guidelines. The authors should refer to each of these supplements in the text. The use of footnotes and endnotes is not allowed.

Typology of articles

The editors reserve the right to re-classify the article in a topic category that may be more suitable than originally submitted. The classification follows the adopted typology of documents/works for bibliography management in COBISS (Cooperative Online Bibliographic System and Services) accessible at: http://home.izum.si/COBISS/bibliografije/Tipologija_slv.pdf. Reclassification can be suggested by the author or reviewer, the final decision rests with the editor-in-chief and the executive editor.

Methodological structure of an article

The title, the abstract and the key words should be written in the Slovene and English language. A concise but informative title should convey the nature, content and research design of the paper. It must not exceed 120 characters. If the title is followed by a subtitle, a semicolon should be placed in between. Up to six key words separated by a semicolon and not included in the title, define the article content and reflect the article's core topic or message. Articles must be accompanied by an abstract of no more than 150-220 words written in the third person. Abstracts accompanying articles must be structured and should not include references.

A structured abstract is an abstract with distinct, labelled sections for rapid comprehension. It is structured under the following headings:

Introduction: This section states the main question to be answered, and indicates the exact objective of the paper and the major variables of the study.

Methods: This section provides an overview of the research or experimental design, the research instrument, the reliability of the instrument, methods of data collection, and analysis indicating where, how and when the data were collected.

Results: This section briefly summarizes and discusses the major findings. The information indicated in this section should be directly connected to the research question and purpose of the study. In

quantitative studies it is necessary to state the statistical validity and statistical significance of the results.

Discussion and conclusion: This section states the conclusions and discusses the research findings drawn from the results obtained. Presented in this section are also limitations of the study and the implications of the results for practice and relevant further research. Both, the positive and the negative research findings should be adequately presented.

Structure of an Original Scientific Article (1.01)

An original scientific article is only the first-time publication of original research results in a way that allows the research to be repeated, and the findings checked. The research should be based on the primary sources which are not older than five years at the time of the publication of the article.

Introduction: In the introductory part the research problem is defined within the context of knowledge and scientific evidence it was developed. The review of scientific literature on the topic provides a rationale behind the work and identifies a problem highlighted by the gap in the literature. It frames a purpose and aims for a study, research questions or hypotheses as well as the method of investigation (a research design, sample size and characteristics of the proposed sample, data collection and data analysis procedures). The research should be based on the primary sources of the recent national and international research which are not older than ten or five years respectively, if the topic has been widely researched. Citation of sources and references to previous research findings is obligatory, while the authors' personal views are not given. Finally, the research intentions and purposes are stated. Recommended is also the framing of research questions (qualitative research) and hypotheses (qualitative research) to investigate or guide the study.

Method: This section states the chosen paradigm (qualitative, quantitative) and outlines the research design. It usually includes sections on research design; sample size and characteristics of the proposed sample; description of research process; and data collection and data analysis procedures.

The *description of the research instrument* includes information about the construction of the instrument, the mode of instrument development, instrument variables and measurement properties (validity, reliability, objectivity, sensitivity). Appropriate citations of the literature used in research development should be included. In qualitative research, a technique of data collection should be given along with the preliminary research questions, a possible format or structure of data collection and process, the criteria of validity and reliability of data collection.

The *description of a sample* defines the population from which the sample has been drawn, the type of

the sample, the response rate of the participants, the respondents' demographics (gender, educational level, length of work experience, post currently held, and the like). In qualitative research, the category of sampling technique and the inclusion criteria are also defined and the sample size saturation is explained.

The *description of the research procedure and data analysis* includes ethical approvals to conduct a research, permission to conduct a research in an institution, description of the research process, guarantee of anonymity and voluntariness of the research participants, period and place of data collection, method of data collection and analysis, including statistical methods, statistical analysis software and programme version, limits of statistical significance. A qualitative research should include a detailed description of modes of data collection and recording, number and duration of observations, interviews and surveys, sequences, transcription of data, steps in the data analysis and interpretation, and receptiveness of a researcher.

Results: This section presents the research results descriptively or in numbers and figures. A table is included only if it presents new information. Each finding is presented only once so as to avoid repetition and duplication of the content. Explanation of the results is focused on statistically significant or unexpected findings. The results are presented according to the level of statistical complexity. All abbreviations used in figures and tables should be provided with explanatory captions in the legend below the table or figure. The results are presented according to the variables, answering all the research questions or hypotheses. In qualitative research, the development of codes and categories should also be presented, including one or two representative statements of participants. A schematic presentation of the codes and ensuing categories are given.

Discussion: The discussion section analyses the data descriptively (numerical data should be avoided) in relation to specific variables from the study. The results are analysed and evaluated in relation to the original research questions or hypotheses. The discussion part integrates and explains the results obtained and relates them with those of previous studies in order to determine their significance and applicative value. Ethical interpretation and communication of research results is essential to ensure the validity, comparability and accessibility of new knowledge. The validity of generalisations from results is often questioned due to the limitations of qualitative research (sample representativeness, research instrument, research proceedings). The principles of reliability and comparability should be observed. The discussion includes comments on the expected and unexpected findings and the areas requiring further or in-depth research as indicated by the study results. The limitations of the research should be clearly stated.

Conclusion: Summarised in this section are the author's principal points and transfer of new findings into practice. The section may conclude with specific further research proposals grounded on the substantive content, conclusions and contributions of the study, albeit limitations cited. Citations of quotes, paraphrases or abridgements should not be included in the conclusion.

The article concludes with a list of all the published works cited or referred to in the text of the paper.

Structure of a Review Article (1.02)

Included in the category of review scientific research are: literature review, concept analyses, discussion based articles (also referred to as a review article). The Slovenian Nursing Review publishes review scientific research, the data collection of which has been concluded maximum three years before the publication of an article.

A review article is an overview of the latest works in a specific subject area, the works of an individual researcher or a group of researchers with the purpose of summarising, analysing, evaluating or synthesising the information that has already been published. Research findings are not only described but explained, interpreted, analysed, critically evaluated and presented in a scientific research manner. A review article brings either qualitative data processing of the previous research findings (meta-analyses) or qualitative syntheses of the previous research findings (meta-syntheses) and thus provides new knowledge and concepts for further research. The organizational pattern of a review article is similar to that of the original scientific article.

The **introduction** section defines the scientific, conceptual or theoretical basis for the literature review. It also states the necessity for the review along with the aims, objectives and the research question.

The **method** section accurately defines the research methods by which the literature search was conducted. It is further subdivided into: review methods, the results of the review, the quality assessment of the review and the description of data processing.

Review methods include the development, testing and search strategy, predetermined criteria for the inclusion in the review, the researched data bases, limited time period of published literature, types of publications according to hierarchy of evidence, key words and the language of reviewed publications.

The *results of the review* include the number of hits, the number of reviewed research works, the number of included and excluded sources consulted. The **results** are presented in the form of a diagram of all the research stages of the review. The international standards for the presentation of the literature review results may be used for this purpose (e.g. PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis.

The quality assessment of the review and the description of data processing include the assessment of the research approach and the data obtained as well as the quality of included research works according to the hierarchy of evidence, and the data processing method.

The results should be presented in the form of a table and include a quality analysis of the sources consulted. The table should include the author's research, the year of publication, the country where the research was conducted, the research purpose and design, the variables studied, the research instrument, sample size, the key findings, etc.

It should be evident which studies are included in the review according to hierarchy of evidence. The results are presented verbally and visually (tables and pictures), the main findings concerning the research design should also be included. In qualitative synthesis the codes and categories are used as a result of the qualitative synthesis review. In quantitative analysis, the statistical methods of data processing of the used scientific works are described.

The first section of the **discussion** answers the research question which is followed by the author's observations on literature review findings, the quality of the research works included. The author evaluates the review findings in relation to the results from other comparable studies. The discussion chapter identifies new perspectives and contributions of the literature review, their theoretical, scientific and practical applicability. It also defines research limitations and points the way forward for applicability of the review findings and further research.

The **conclusion** section emphasises the contribution of the literature review conducted, it sheds light on any gaps in previous research, it identifies the significance of further research, the translation of new knowledge and recommendations into practice, research, education, management by taking into consideration the research limitations. It also pinpoints theoretical concept which may guide or direct further research. Citations of quotes, paraphrases or abridgements should not be included in the conclusion.

Literature Citation

In academic writing the authors are required to acknowledge the sources from which they draw their information, including all statements, theories or methodologies applied. The authors should follow the *Harvard referencing system* (Anglia 2008) for in-text citations and in the reference list at the end of the paper. **In-text citations** or parenthetical citations are identified by the authors' surname and the publication year positioned within parenthesis immediately after the relevant word and before the punctuation mark: (Pahor, 2006). If a citation functions as a sentence element, the author's surname is followed by the year

of publication within parenthesis: Pahor (2006). In case of two authors, their surnames are separated by a "&": (Stare & Pahor, 2010). If there are *more than two authors*, only the first author's last name is noted followed by "et al.": (Chen, et al., 2007). Several references are listed in the chronological sequence of publication, from the most recent to the oldest. If several references were published in the same year, they are listed in alphabetical order: (Bratuž, 2012; Pajntar, 2013; Wong, et al., 2014).

In citing works by the same author published in the same year, a lower case letter after the date must be used to differentiate between the works: (Baker, 2002a, 2002b).

In citing secondary sources they are introduced by "cited in" (Lukič, 2000 cited in Korošec, 2014). In citing a piece of work which does not have an obvious author or the author is unknown, the in-text citation includes the title followed by "Anon." in parenthesis, and the year of publication: *The past is the past* (Anon., 2008). In citing a piece of work whose authorship is an organization or corporate author, the name of the organization is given, followed by the year of publication (Royal College of Nursing, 2010). If no date of publication is given, it is notified by a "n. d." (no date): (Smith, n. d.). An in-text citation and a full reference must be provided for any images, illustrations, photographs, diagrams, tables or figures reproduced in the paper as with any other type of work: (Photo: Marn, 2009; source: Cramer, 2012). If a subject on a photo is recognisable, a prior informed consent for publication should be gained from the subject or from a portrayed child's parent or guardian.

All in-text citations should be listed in the **reference list** at the end of the document. Only the citations used are listed in the reference list, which is arranged in the alphabetical order according to authors' last name. In-text citations should not refer to unpublished sources. If there are several authors, the in-text citation includes only the last name of the first author followed by the phrase et al. and the publication date. When authors number more than six, the reference list includes the first six authors' names followed by et al. The list of references should be in alphabetical order according to the first author's last name, character size 12pt with single spaced lines, aligned left and with 12pt spacing after references (paragraph spacing).

Cited pages are included in the in-text citation if the original segment of the text is cited (Ploč, 2013, p. 56) and in the reference list (see examples). If several pages are cited from the same source, the pages are separated by a comma (e.g. pp. 15–23, 29, 33, 84–86). If a source cited is accessible also on the World Wide Web, the bibliographic information concludes with "Available at", followed by URL- or URN-address and a date of access in square brackets (See examples).

Citation Examples by Type of Reference

Citing books:

Hoffmann Wold, G., 2012. *Basic geriatric nursing*. 5th ed. St. Louis: Elsevier/Mosby, pp. 350–356.

Pahor, M., 2006. *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Izolit, pp. 73–80.

Ricci Scott, S., 2007. *Essentials of maternity, newborn and women's health nursing*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 32–36.

Citing a chapter/essay in a book edited by multiple authors:

Berryman, J., 2010. Statewide nursing simulation program. In: W.M. Nehring & F.R. Lashley, eds. *High-fidelity patient simulation in nursing education*. Sudbury (Massachusetts): Jones and Bartlett, pp. 115–131.

Girard, N.J., 2004. Preoperative care. In: S.M. Lewis, et al., eds. *Medical – surgical nursing: assessment and management of clinical problems*. 6th ed. St. Louis: Mosby, pp. 360–375.

Kanič, V., 2007. Možganski dogodki in srčno-žilne bolezni. In: E. Tetičkovič & B. Žvan, eds. *Možganska kap – do kdaj?* Maribor: Kapital, pp. 33–42.

Citing a book edited by one or multiple authors:

Borko, E., Takač, I., But, I., Gorišek, B. & Kralj, B. eds., 2006. *Ginekologija*. 2. dopolnjena izd. Maribor: Visoka zdravstvena šola, pp. 269–276.

Robida, A. ed., 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, pp. 10–72.

Citing a journal article (the second example refers to citing from the source available online):

Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., et al., 2007. Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), pp. 122–131.

Papke, K. & Plock, P., 2004. The role of fundal pressure. *Perinatal Newsletters*, 20(1), pp. 1–2. Available at: http://www.idph.state.ia.us/hpcdp/common/pdf/perinatal_newsletters/progeny_may2004.pdf [5. 12. 2012].

Pillay, R., 2010. Towards a competency-based framework for nursing management education. *International Journal of Nursing Practice*, 16(6), pp. 545–554.

Snow, T., 2008. Is nursing research catching up with other disciplines? *Nursing Standard*, 22(19), pp. 12–13.

Citing anonymous works (author is not given):

Anon., 2008. The past is the past: wasting competent, experienced nurses based on fear. *Journal of Emergency Nursing*, 34(1), pp. 6–7.

Citing works with society, association, or institution as author and publisher:

United Nations, 2011. *Competencies for the future*. New York: United Nations, p. 6.

Citing an article from a journal supplement or issue supplement:

Hu, A., Shewokis, P.A., Ting, K. & Fung, K., 2016. Motivation in computer-assisted instruction. *Laryngoscope*, 126(Suppl 6), pp. S5-S13.

Regehr, G. & Mylopoulos, M., 2008. Maintaining competence in the field: learning about practice, through practice, in practice. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(Suppl 1), pp. S19–S23.

Rudel, D., 2007. Informacijsko-komunikacijske tehnologije za oskrbo bolnika na daljavo. *Rehabilitacija*, 6(Suppl 1), pp. 94–100.

Citing from published conference proceedings:

Skela-Savič B., 2008. Teorija, raziskovanje in praksa v zdravstveni negi – vidik odgovornosti menedžmenta v zdravstvu in menedžmenta v visokem šolstvu. In: B. Skela-Savič, et al., eds. *Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo. 1. mednarodna znanstvena konferenca, Bled 25. in 26. september 2008*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 38–46.

Štemberger Kolnik, T. & Babnik, K., 2012. Oblikovanje instrumenta zdravstvene pismenosti za slovensko populacijo: rezultati pilotske raziskave. In: D. Železnik, et al., eds. *Inovativnost v koraku s časom in primeri dobrih praks: zbornik predavanj z recenzijo. 2. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved, 18. september 2012*. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede, pp. 248–255.

Wagner, M., 2007. Evolucija k žensko osredičeni obporodni skrbi. In: Z. Drglin, ed. *Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales, Zgodovinsko društvo za južno Primorsko, pp. 17–30.

Citing diploma theses or master's theses and doctoral dissertations:

Ajlec, A., 2010. *Komunikacija in zadovoljstvo na delovnem mestu kot del kakovostne zdravstvene nege: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, pp. 15–20.

Rebec, D., 2011. *Samoocenjevanje študentov zdravstvene nege s pomočjo video posnetkov pri poučevanju negovalnih intervencij v specialni učilnici: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 77–79.

Kolenc, L., 2010. *Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, pp. 250–258.

Citing laws, codes and regulations:

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 15.

Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND), 2008a. Uradni list Republike Slovenije št. 16.

Zakon o varstvu osebnih podatkov (uradno prečiščeno besedilo) (ZVOP-1-UPB1), 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 94.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2010. Uradni list Republike Slovenije št. 40.

Pravilnik o licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 24.

Citing compact disk material (CD-ROM):

International Council of Nurses, 2005. *ICNP version 1.0: International classification for nursing practice*. [CD-ROM]. Geneva: International Council of Nurses.

Sima, Đ. & Požun, P., 2013. *Zakonodaja s področja zdravstva*. [CD-ROM]. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

ARTICLE SUBMISSION GUIDELINES

The corresponding author must submit the manuscript electronically using the Open Journal System (OJS) available at: <http://obzornik.zbornica-zveza.si/>. The authors should adhere to the accepted guidelines and fill in all the sections given. Prior to submission the authors should prepare the manuscript in the following separate documents.

1. The title page includes:

- the title of the article;
- the full names of the author/s in the sequence as that in the article;
- the data about the authors (name, surname, their highest academic degree, habilitation qualifications and their institutional affiliations and status, their mailing address), and the name of the corresponding author. If the article is written in the English language, the data about the authors should also be given in English. The authorship statement is included in the system;

- the information whether the article includes the results of some other larger research or whether the article is based on a diploma, master or doctoral thesis (in which case the first author is always the student) and the acknowledgements;
- authors' statements: Along with the manuscript, the authors have the obligation to submit the following statements (in the articles written in the Slovene language, the English version of the statements must be included. The statements will be included before the "Reference list" section after the manuscript has been reviewed and accepted for publication.

Acknowledgements

All contributors who do not meet the criteria for authorship and provided purely technical help or general support in the research (non-author contributors) can be listed in the acknowledgments.

Conflict of interest

When submitting a manuscript, the authors are responsible for recognizing and disclosing any conflicts of interest that might bias their work. If there are no such conflicts to acknowledge, the authors should declare this by the following statement: "The authors declare that no conflicts of interest exist."

Funding

The authors are responsible for recognizing and disclosing in the manuscript all sources of funding received for the research submitted to the journal. This information includes the name of granting agencies funding the research, or the project number. If there are no such conflicts or financial support to acknowledge, the authors should declare this by the following statement: "The study received no funding."

Ethical approval

The manuscript should include a statement that the study obtained ethical approval (or a statement that it was not required), the name of the ethics committee(s) and the number/ID of the approval. If the research required no ethics approval, the ethical and moral basis of the work should be justified. Depending on the nature of the research, the authors can write the following statement: "The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia, (or) the Code of Ethics for Midwives of Slovenia (2014)." Both sources should be included in the reference list.

Author contributions

In case of more than one author, the contribution of each author should be clearly defined according to the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) recommendations (<http://www.icmje.org/recommendations/>). Each co-author must participate in at least two structural parts of the article (Introduction, Methods, Results, Discussion and Conclusion). In addition, it should be identified to which stage of manuscript development each author has substantially participated (conception, design, execution, interpretation of the reported study or to the writing of an article).

2. **The main document** should be anonymized and includes the title (obligatorily without the authors and contact data), the abstract, the keywords, the text in the agreed format, the tables, the figures, pictures and literature. Authors may use up to 5 tables/pictures in the article.

Length of the manuscript: Its length must not exceed 5000 words for quantitative and 6000 for qualitative research articles, excluding the title, abstract, tables, pictures and literature. The number of words should be given in the document "The title page".

The following **manuscript format** for submissions should be used: the text of the manuscript should be formatted for A4 size paper, double spacing, written in Times New Roman font, font size 12pt with 25 mm wide margins. Obligatory is the use of Microsoft Word template available at the Slovenian Nursing Review website.

The tables contain information organised into discrete rows and columns. They are sequentially numbered with Arabic numerals throughout the document according to the order in which they appear in the text. They should include at least two columns, a descriptive, but succinct title (*above the table*), the title row, optional row totals and column totals summarizing the data in respective rows and columns, and, if necessary, the notes and legends. There are no empty cells left in a table and the table size should not exceed 57 lines. Tables must conform to the following type: All tabular material should be 11pt font, Times New Roman font, single spacing, 0.5 pt spacing, left alignment in the first column and in all columns with the text, left alignment in the columns with statistical data, with no intersecting vertical lines. The editors, in agreement with the author/s, reserve the right to reduce the size of tables.

Figures are numbered consecutively in the order first cited in the text, using Arabic numerals. Captions and legends are given below each figure in Slovene and English, Times New Roman font, size 11. Figures are all illustrative material, including graphs, charts, drawings, photographs, diagrams. Only 2-dimensional, black-and-white pictures (also with

hatching) with a resolution of at least 300 dpi (dot per inch) are accepted. If the figures are in 2-dimensional coordinate system, both axis (x and y) should include the units or measures used.

The author will receive no payment from the publishers for the use of their article. Manuscripts and visual material will not be returned to the authors. The corresponding author will receive a PDF copy of the published article.

The editorial board – author/s relationship

The manuscript is sent via web page to: <http://obzornik.zbornica-zveza.si/>. The Slovenian Nursing Review will consider only the manuscripts prepared according to the guidelines adopted. Initially all papers are assessed by an editorial committee which determines whether they meet basic standards and editorial criteria for publication. All articles considered for publication will have been subjected to a formal blind peer review by three external reviewers in order to satisfy the criteria of objectivity and of knowledge. Occasionally a paper will be returned to the author with the invitation to revise their manuscript in view of specific concerns and suggestions of reviewers and to return it within the agreed time period set by the editorial board. If the manuscript is not received by the given deadline, it will not be published. If authors disagree with the reviewers' claims and/or suggestions, they should provide written reasoned arguments, supported by existing evidence. Upon acceptance, the edited manuscript is sent back to the corresponding author for approval and resubmission of the manuscript final version. All manuscripts are proofread to improve the grammar and language presentation. The authors are also requested to read the first printed version of their work for printing mistakes and correct them in the PDF. Any other changes to the manuscript are not possible at this stage of publication process. If authors do not reply in three days, the first printed version is accepted.

GUIDE TO REVIEWERS

Reviewers play an essential part in science and in scholarly publishing. They uphold and safeguard the scientific quality and validity of individual articles and also the overall integrity of the Slovenian Nursing Review. Reviewers are selected independently by the editorial board on account of their content or methodological expertise. For each article, reviewers must complete a review form on a OJS format including criteria for evaluation. The manuscripts under review are assessed in light of the journal's guidelines for authors, the scientific and professional validity and relevance of the topic, and methodology applied. Reviewers may add language suggestions, but they are

not responsible for grammar or language mistakes. The title should be succinct and clear and should accurately reflect the topic of the article. The abstract should be concise and self-contained, providing information on the objectives of the study, the applied methodology, the summary and significance of principal findings, and major conclusions. Reviewers are obliged to inform the editorial board of any inconsistencies. The review focuses also on proper use of the conventional citation style and accuracy and consistency of references (concordance of in-text and and-of-text reference), evaluation of sources (recency of publication, reference to domestic sources on the same or similar subjects, acknowledgement of other publications, possible avoidance of the works which contradict or disaccord with the author's claims and conclusions, failure to include quotations or give the appropriate citation). All available sources need to be verified. The figures and tables must not duplicate the material in the text. They are assessed in view of their relevance, presentation and reference to the text. Special attention is to be paid to the use of abbreviations and acronyms. One of the functions of reviewers is to prevent any form of plagiarism and theft of another's intellectual property.

The reviewers should complete their review within the agreed time period, or else immediately notify the editorial board of the delay. Reviewers are not allowed to copy, distribute or misuse the content of the articles. The reviews are subjected to an external, blind, peer review process. Through the OJS system prospective reviewer will receive a manuscript with the authors' names removed from the document. For each article, reviewers must complete a review form in the OJS system with the evaluation criteria laid out therein. The reviewer may accept the manuscript for publication as it is or may require revision, remaking and resubmission if significant changes to the paper are necessary. The manuscript is rejected if it fails to meet the required criteria for publication or if it is not suitable for this type of journal. The reviewer should, however, respect the author's integrity. All comments and suggestions to the author are outlined in detail within the text by using the MS Word function *Track changes*. The reviewed manuscript, including anonymised suggestions, are loaded in the OJS system and made accessible to the author. The reviewer should be careful to mask their identity before applying this function. The final acceptance and publication decision rests with the editorial board.

Literature

World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), pp. 2191–2194. Available at: <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> [1. 9. 2016].

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije, 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Updated on November 21, 2016

Cite as:

Slovenian Nursing Review: author/reviewer guidelines, manuscript submission guidelines, 2016. *Obzornik zdravstvene nege*. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Navodila.aspx> [23.12.2016].

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review

NAROČILNICA

Naročam **OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE** na moj naslov:

Ime:

Priimek:

Ulica:

Pošta:

Označite vaš status: študent/ka zaposlen/a upokojen/a

Naročnino bom poravnal/a v osmih dneh po prejemu računa.

Kraj in datum:

Podpis:



Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review

NAROČILNICA

Smo pravna oseba in naročamo izvod/ov **OBZORNIKA ZDRAVSTVENE NEGE** na naslov:

Ime / Naziv:

Ulica:

Pošta:

Naročnino bomo poravnali v osmih dneh po prejemu računa.

Davčna številka:

Kraj in datum:

Podpis in žig:

SLOVENIAN NURSING REVIEW

ISSN 1318-2951 (print edition), e-ISSN 2350-4595 (online edition)

UDC 614.253.5(061.1)=863=20, CODEN: OZNEF5

Founded and published by:

The Nurses and Midwives Association of Slovenia

Editor in Chief and Managing Editor:

Mateja Lorber, PhD, MSc, BSc, RN, Assistant Professor

Editor, Executive Editor:

Mirko Prosen, PhD, MSc, BSc, RN, Assistant Professor

Editor, Web Editor:

Martina Kocbek Gajšt, MA, BA

Editorial Board:

- **Branko Bregar, MSc, RN, Senior Lecturer**, University Psychiatric Hospital Ljubljana, Slovenia
- **Nada Gosić, PhD, MSc, BSc, Professor**, University of Rijeka, Faculty of Health Studies and Faculty of Medicine, Croatia
- **Sonja Kalauz, PhD, MSc, MBA, RN, Assistant Professor**, University of Applied Health Studies Zagreb, Croatia
- **Vladimír Kališ, PhD, MD, Associate Professor**, Charles University, University Hospital Pilsen, Department of Gynaecology and Obstetrics, Czech Republic
- **Igor Karnjuš, PhD, MSN, RN, Assistant Professor**, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Petra Klanjšek, BSc, Spec., Assistant**, University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Klavdija Kobal Straus, MSc, RN, Spec., Lecturer**, Ministry of Health of the Republic of Slovenia, Slovenia
- **Martina Kocbek Gajšt, MA, BA**, Charles University, Institute of the History of Charles University and Archive of Charles University, Czech Republic
- **Andreja Kvas, PhD, MSc, BSN, RN, Assistant Professor**, University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Sabina Ličen, PhD, MSN, RN, Assistant Professor**, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Mateja Lorber, PhD, MSc, BSc, RN, Assistant Professor**, University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Miha Lučovnik, PhD, MD, Assistant Professor**, University Medical Centre Ljubljana, Division of Gynaecology and Obstetrics, Slovenia
- **Fiona Murphy, PhD, MSN, BN, RGN, NDN, RCNT, PGCE(FE), Associate Professor**, Swansea University, College of Human & Health Sciences, United Kingdom
- **Alvisa Palese, DNurs, MSN, BCN, RN, Associate Professor**, Udine University, School of Nursing, Italy
- **Petra Petročnik, MSc (UK), RM, Senior Lecturer**, University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Mirko Prosen, PhD, MSc, BSc, RN, Assistant Professor**, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Árún K. Sigurdardóttir, PhD, MSN, BSc, RN, Professor**, University of Akureyri, School of Health Sciences, Islandija
- **Brigita Skela-Savič, PhD, MSc, BSc, RN, Professor**, Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia
- **Tamara Štemberger Kolnik, MSc, BsN, Senior Lecturer**, Ministry of Health of the Republic of Slovenia, Slovenia
- **Debbie Tolson, PhD, MSc, BSc (Hons), RGN, FRCN, Professor**, University West of Scotland, School of Health, Nursing and Midwifery, United Kingdom
- **Dominika Vrbnjak, PhD, MSN, RN, Assistant Professor**, University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Slovenia

Reader for Slovenian

Simona Jeretina, BA

Readers for English

Nina Bostič Bishop, MA, BA

Martina Zajc, PhD, BA

Editorial office address: Ob železnici 30 A, SI-1000 Ljubljana, Slovenia

E-mail: obzornik@zbornica-zveza.si

Official web page: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/eng/>

Annual subscription fee (2017): 10 EUR for students and the retired; 25 EUR for individuals; 70 EUR for institutions.

Print run: 590 copies

Designed and printed by: Tiskarna knjigoveznica Radovljica

Printed on acid-free paper.

Matična številka: 513849, ID za DDV: SI64578119, TRR: SI56 0203 1001 6512 314

The Ministry of Education, Science, Culture and Sports: no. 862.

The journal is published with the financial support of Slovenian Research Agency.

Kazalo / Contents

UVODNIK / LEADING ARTICLE

- Acceptance and perceptions of old age and aging
Sprejemanje starosti in staranja ter odnos do njiju
Mateja Lorber 188

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- The impact of delivery mode on the risk of neonatal intracranial haemorrhage: a prospective population-based cohort study
Vpliv načina poroda na tveganje za intrakranialne krvavitve pri novorojenčku: prospektivna populacijska kohortna raziskava
Nika Buh, Miha Lučovnik 194

- Rojstvo nedonošenega otroka in podpora zdravstvenih delavcev z vidika mater: deskriptivna fenomenološka raziskava
The birth of a premature infant and the support of health care professionals as experienced by the mothers: a descriptive phenomenological study
Nika Černe Kržišnik, Mirko Prosen 200

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK / REVIEW ARTICLE

- Vpliv terapije z lutko na življenje oseb, obolelih za demenco: sistematični pregled
Impact of doll therapy on life of people living with dementia: a systematic literature review
Nataša Mlinar Reljič, Zvonka Fekonja, Jasna Mulej, Sergej Kmetec, Majda Pajnkihar 211

- Pogostnost sindroma bolnih stavb v bolnišnicah v povezavi z okoljskimi dejavniki: sistematični pregled literature
Prevalence of the sick building syndrome in hospitals in relation to environmental factors:
a systematic literature review
Sedina Kalender Smajlovič, Mateja Dovjak, Andreja Kukec 221

- Duhovnost v zdravstveni negi v Sloveniji: pregled literature
Spiritual care in nursing in Slovenia: literature review
Klelija Štrančar, Andreja Mihelič Zajec 232

