



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**NA DOKAZIH PODPRTA PRAKSA V
PRIMARNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU**

**EVIDENCE-BASED PRACTICE IN PRIMARY
HEALTH CARE**

Diplomsko delo

Mentorica: Sedina Kačander Smajlović, viš. pred.
Kandidatka: Mirjana Čirović

Jesenice, maj, 2020

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici Sedinii Kalender Smajlović, viš. pred., za strokovno pomoč, nasvete, usmerjanje in moralno podporo pri izdelavi diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi recenzentki Saneli Pivač, viš. pred., za strokovno pomoč in usmeritve pri nastajanju mojega diplomskega dela.

Hvala lektorici Simoni Leskobar za hitro in natančno lektoriranje diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Na dokazih podprta praksa je obetaven način za izboljšanje izkušenj pacientov z učinkovitostjo delovanja medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu.

Metoda: Izveden je bil pregled domače in tuje literature. Uporabljena je bila metoda kritičnega branja literature v bazah podatkov CINAHL, PubMed, ProQuest in WILEY, COBISS in spletnem brskalniku Google Scholar. Pri iskanju literature so bile uporabljene naslednje ključne besedne zveze: »na dokazih podprta praksa IN primarno zdravstveno varstvo«, »na dokazih podprta praksa IN znanje medicinskih sester«, »na dokazih podprta praksa IN implementacija«. V angleškem jeziku so bile uporabljene naslednje ključne besede: »evidence based practice AND primary health care«, »evidence based practice AND knowledge of nurses«, »evidence based practice AND implementation«. Vključitvena merila za pregled literature so bila dostopnost raziskav, objava celotnega članka, recenzirani članki, tematsko ujemanje, starost članka in besedilo člankov v angleščini in slovenščini. Na podlagi ključnih iskalnih besed smo dobili 29 potencialno ustreznih zadetkov, v končno analizo smo uvrstili 21 zadetkov.

Rezultati: V končni pregled smo od 2471 zadetkov uvrstili 21 člankov in drugih strokovnih besedil. Ugotovili smo, da gre za srednje močne raziskovalno zasnovane raziskave. Identificirali smo 34 kod, ki so združene v dve vsebinski kategoriji: dejavniki, ki vplivajo na uporabo na dokazih podprte prakse v primarnem zdravstvenem varstvu, in modeli na dokazih podprte prakse, ki se v primarnem zdravstvenem varstvu najpogosteje pojavljajo.

Razprava: Na podlagi pregleda literature smo ugotovili, da imajo zdravstveni delavci pogosto pozitiven odnos do na dokazih podprte prakse, vendar jo v praksi le malokrat izvajajo, kar pripisujejo pomanjkanju znanja. V prihodnosti se je potrebno osredotočiti na izobraževanje medicinskih sester, da bodo znanje o na dokazih podprte prakse lahko uspešno implementirale v prakso.

Ključne besede: na dokazih podprta praksa, medicinska sestra, dejavniki, modeli na dokazih podprte prakse, primarno zdravstveno varstvo

SUMMARY

Background: Evidence-based practice is a promising way to improve patients' experience of nursing performance in primary health care.

Methods: A review of domestic and foreign literature was conducted. The method of critical reading was employed in the CINAHL, PubMed, ProQuest and WILEY databases, COBISS and the Google Scholar Web browser. The following keywords were used in the literature search: "evidence-based practice and primary health care", "evidence-based practice and nurses' knowledge", "evidence-based practice and implementation". The filtering search criteria for the literature review included accessibility of the research, full-text articles, peer-reviewed articles, thematic matching, period of publication, and text written in English and Slovenian. Based on our search keywords, we obtained 29 potentially relevant results; of these, 21 were included in the final analysis.

Results: Out of 2,471 hits, we included 21 articles and other professional texts in the final review. We found them to be a medium-strength research-based studies. A total of 34 codes were identified and grouped into two substantive categories: factors that influence the use of evidence-based practice in primary health care and models of evidence-supported practices which most commonly occur in primary health care.

Discussion: Based on the literature review, we found that health professionals often have a positive attitude towards evidence-based practice, but only rarely implement it in practice, which is attributed to a lack of knowledge. In the future, it is necessary to focus on educating nurses so that they can successfully put their knowledge of evidence-based practice into practice.

Key words: evidence-based practice, nurse practitioners, factors, evidence-based practice models, primary care

KAZALO

| | |
|--|-----------|
| 1 UVOD | 1 |
| 1.1 MODELI NA DOKAZIH PODPRTE PRAKSE | 2 |
| 1.2 KOMPETENCE ZA IZVAJANJE NA DOKAZIH PODPRTE PRAKSE | 4 |
| 1.3 IMPLEMENTACIJA NA DOKAZIH PODPRTE PRAKSE V KLINIČNO OKOLJE..... | 6 |
| 1.4 POVEZAVA MED PRIMARNIM ZDARVSTVENIM VARSTVOM IN NA DOKAZIH PODPRTO PRAKSO | 7 |
| 2 EMPIRIČNI DEL | 8 |
| 2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA | 8 |
| 2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA | 8 |
| 2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA | 8 |
| 2.3.1 Metode pregleda literature | 9 |
| 2.3.2 Strategija pregleda zadetkov | 9 |
| 2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature..... | 11 |
| 2.4 REZULTATI..... | 12 |
| 2.4.1 PRIZMA diagram..... | 12 |
| 2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah..... | 13 |
| 2.5 RAZPRAVA | 21 |
| 2.5.1 Omejitve raziskave..... | 28 |
| 2.5.2 Prispevek za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo | 29 |
| 3 ZAKLJUČEK | 29 |
| 4 LITERATURA..... | 31 |

KAZALO SLIK

| | |
|-------------------------------|----|
| Slika 1: Prizma diagram | 13 |
|-------------------------------|----|

KAZALO TABEL

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Rezultati pregleda literature..... | 10 |
| Tabela 2: Hierarhija dokazov | 12 |
| Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov | 14 |
| Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah | 20 |

SEZNAM KRAJŠAV

| | |
|--------|--|
| PARISH | Promoting Action on research Implementation in Health Services |
| ARCC | Advancing Research and Clinical Practice trough Close |
| PRIZMA | Preffered Reporting Items for Systematic Review and Meta Analysis |

1 UVOD

Z dokazi podprta praksa v zdravstveni negi zagotavlja najvišji nivo kakovosti obravnave pacienta in zanj predstavlja najboljši izid. Pristop temelji na tradiciji, intuiciji ter zastareli politiki, omogoča pa kakovostno zdravstveno, varnostno in stroškovno ugodne rezultate, ki prinašajo nižje obolenje pacientov in manj smrtnih izidov. Z implementacijo na dokazih podprte prakse se izboljšajo temelji zdravstvene nege, med katerimi trenutno prihaja do precejšnjih nihanj pri zdravstveni obravnavi enakega stanja, zaradi česar se kar za tretjino višajo stroški zdravstvene nege (Djulbegovic, et al., 2015). Zijpp, et al. (2016) navajajo, da je na dokazih podprta praksa postala priljubljena na koncu 20. stoletja z namenom, da bo začela prevladovati v politiki, klinični praksi, managementu in izobraževanju na globalni ravni. Medicinske sestre morajo sprejemati odločitve, ki so podprte in temeljijo na dokazih.

Skela Savič (2015) navaja, da na dokazih podprto prakso lahko opišemo tudi kot povezanost z raziskovalnim delom, pri čemer so strokovnjaki uporabniki raziskovalnega dela in ga reflektirajo na klinično delo na ta način, da novejša ugotovitve soočijo s trenutno strokovno prakso, ob tem pa premislijo, katera spoznanja bi koristila in pripomogla k spremembam trenutnega delovanja. Hkrati ugotovitve prinašajo koristi za uporabnike in paciente zdravstvenih storitev. Slovenija je, kar se tiče na dokazih podprte prakse, v skupini manj razvitih držav, saj se je drugostopenjski študij zdravstvene nege pričel šele leta 2007. Generator znanj in steber za razvoj na dokazih podprtega delovanja je magistrski študij zdravstvene nege. Zaradi omenjenih dejavnikov je na dokazih podprta praksa v Sloveniji slabo razvita. Za razvoj na dokazih podprte prakse je pomembno tudi, da se v zdravstvenih ustanovah razvija raziskovalno in razvojno delo (Skela Savič, 2015). Stojan, et al. (2012) so na podlagi raziskave ugotovili, da se medicinske sestre v Sloveniji, z visoko ali višjo izobrazbo, zavedajo pomembnosti raziskovalnega dela. Skela Savič (2012) navaja, da sta znanje medicinskih sester in raziskovalna vključenost povezana s spremljanjem in zagotavljanjem kakovosti ter vrednotenjem lastnega dela. Pri zahtevnejših oblikah dela v zdravstveni negi (advanced practice in nursing) je treba upoštevati višji nivo izvajanja zdravstvene nege, izvajanje kliničnih raziskav, izvajanje zahtevnejših kliničnih intervencij, avtonomno klinično

odločanje, raziskovalno delo in vodenje, nenehno izobraževanje, vrednotenje dela in izvedenih aktivnosti. Za opravljanje zahtevnejših oblik dela je potrebna izobrazba na magistrski stopnji (Skela Savič, 2012; Sabadin, 2015).

Več avtorjev (Melnik, et al., 2010; Stevens, 2013; Skela Savič, 2015) navaja, da so tipične ovire za izvajanje na dokazih podprte prakse v zaviralni organizacijski kulturi, pomanjkanju časa, pomanjkljivem znanju in izobraževanju, odporu managerjev in vodij, odporu zdravnikov in medicinskih sester, filozofiji »tukaj smo vedno tako delali«, slabem dostopu do kakovostnih baz podatkov, natrpanem delovniku, omejenem dostopu do virov, ki omogočajo na dokazih temelječe delovanje in negotovosti pri zbiranju informacij ter oceni kakovosti dobljenih dokazov.

1.1 MODELI NA DOKAZIH PODPRTE PRAKSE

Poznamo več modelov na dokazih podprte prakse, kot so Stetlerjev model (Stetler, 2010), Iowa model (Iowa Model Colaborative, 2017), PARISH (Promoting Action on research Implementation in Health Services) (Stetler, et al., 2011), Johns Hopkins nursing model (Missal, et al., 2010), ACE Star model of knowledge transformation (McCrae, 2012) in ARCC (Advancing Research and Clinical Practice through Close) (Levin, et al., 2011). Mitchell, et al. (2010) navajajo, da z razčlenitvijo modelov na dokazih podprte prakse preprečujemo neuspešno implementacijo in morebitne časovne in finančne izgube, ki se pojavijo v primeru, ko se implementirani model v kliničnem okolju ne obnese.

Stetler (2010) navaja, da se Stetlerjev model implementiranja na dokazih podprte prakse usmerja k posamezniku. V modelu pri njegovi uporabi upoštevamo značilnosti posameznika strokovnjaka. V modelu uporabljamo kritično in logično razmišljanje, s katerim poudarimo oceno pridobljenih dokazov. Model sestavlja pet faz:

1. definicija, ocena in iskanje virov;
2. ocenjevanje pridobljenih dokazov;
3. sintetiziranje dokazov, kjer upoštevamo zunanje in notranje dejavnike;
4. implementacija dokazov v klinično prakso;

5. vrednotenje prispevka izboljšav v klinični praksi.

Iowa model (Iowa Model Collaborative, 2017) se uporablja v kliničnem okolju za izboljšanje zdravstvene oskrbe pacientov s sistematično uporabo dokazov v klinični praksi. Iowa model po naslednjih korakih usmerja implementiranje na dokazih podprte prakse v klinično okolje:

- problem ali znanje sproži vprašanja pri medicinskih sestrah;
- analiziranje problema, če je prednostna naloga organizacije;
- identificiranje problema v obliki skupine, ki išče, sintetizira in kritično oceni dokaze v strokovni literaturi;
- po pridobitku dokazov oblikovanje pilotnega projekta, s katerim ocenimo, primernost implementacije dokazov v klinično okolje;
- sprožitev spremembe v praksi v primeru, da je le-ta ustrezna;
- neprestano spremljanje rezultatov spremembe;
- razširitev rezultatov.

V PARISH modelu (Stetler, et al., 2011) so zajeti trije ključni elementi, ki imajo vpliv na uspešno implementacijo in izvajanje na dokazih podprte prakse. Trije ključni so: E (evidence – dokazi), C (context – vsebina oz. kakovost okolja) in F (facilitation – orodja).

Johns Hopkinsov model na dokazih podprte prakse vsebuje ocenjevalno lestvico zanesljivosti dokazov, na podlagi katerih v klinično okolje implementiramo najboljše dokaze. Zbiranje dokazov in opredelitev problema sledi trem korakom; zbiranje dokazov, implementacija dokazov in vključevanje in razvoj orodij (Missal, et al., 2010).

ACE Star model of knowledge transformation (model razumevanja znanja) uporabljamo v različnih konceptih na dokazih podprte prakse. Sestavljen je kot pettočkovna zvezda, s katero so ponazorjene naslednje stopnje (McCrae, 2012): odkritje raziskav, sinteza dokazov, implementacija dokazov v smernice, implementacija smernic v klinično prakso ter izidi implementacije v klinično prakso.

Levin, et al. (2011) navajajo, da se z ARCC modelom osredotočamo na spodbujanje in izvajanje na dokazih podprte prakse na organizacijskem nivoju vsake posamezne ustanove. Implementiramo ga po petih korakih: ocena organizacijske kulture in njena pripravljenost za implementacijo na dokazih podprte prakse, identifikacija ovir za implementacijo na dokazih podprte prakse, določitev mentorja za implementacijo na dokazih podprte prakse, implementacija dokazov v organizacijo ter ovrednotenje rezultatov sprememb klinične prakse po implementaciji dokazov.

1.2 KOMPETENCE ZA IZVAJANJE NA DOKAZIH PODPRTE PRAKSE

Melynk, et al. (2014) so v svoji raziskavi opredelili kompetence na dokazih podprte prakse diplomiranih medicinskih sester in medicinskih sester z magisterijem ali specializacijo. Kompetence na dokazih podprte prakse diplomiranih medicinskih sester so (Melynk, et al., 2014, p. 11):

- postavljanje kritičnih vprašanj v kliničnem okolju z namenom izboljšanja kakovosti oskrbe;
- opisovanje kliničnih težav z uporabo notranjih dokazov (ocena pacienta, izidi in podatki o izboljšanju kakovosti);
- sodelovanje pri oblikovanju kliničnih vprašanj z uporabo PICOT modela;
- iskanje zunanjih dokazov (pridobljenih na podlagi raziskav);
- sodelovanje pri kritičnem ocenjevanju vnaprej pripravljenih dokazov (postopki, ki temeljijo na dokazih, ter sinteze dokazov);
- sodelovanje pri kritičnem ocenjevanju vnaprej pripravljenih dokazov (smernice klinične prakse, politike in postopki, katerih temelj so dokazi ter sinteza dokazov);
- sodelovanje pri kritičnem ocenjevanju objavljenih raziskovalnih študij z namenom ugotovitve njihove moči in uporabnosti v kliničnem okolju;
- sodelovanje pri vrednotenju in sintezi zbranih dokazov za ugotavljanje njihove moči in uporabnosti v kliničnem okolju;
- sistematično zbiranje podatkov o praksi (npr. podatki o pacientih) kot notranji dokaz za klinično odločanje pri oskrbi pacientov;

- vključevanje dokazov, zbranih iz notranjih in zunanjih virov, za načrtovanje sprememb v praksi, ki temeljijo na dokazih;
- izvajanje sprememb, ki temeljijo na dokazih, za izboljšanje postopkov oskrbe;
- ocenjevanje rezultatov odločitve, ki temeljijo na dokazih;
- razširjanje najboljše na dokazih podprte prakse;
- sodelovanje v strategijah za ohranjanje kulture na dokazih podprte prakse.

Kompetence medicinskih sester z magisterijem ali specializacijo v zdravstveni negi so vse kompetence diplomiranih medicinskih sester ter dodatno še spodaj navedene (Melynk, et al., 2014, p. 11):

- sistematično izvajanje izčrpnega iskanja zunanjih dokazov (pridobljenih iz raziskav) za odgovor na klinično vprašanje;
- kritično ocenjevanje pred pripravljenih dokazov (klinične smernice, povzetki) in primarnih raziskav, vključno z vrednotenjem in sintezo;
- pri sprejemanju odločitev o oskrbi pacientov integrirajo del zunanjih dokazov iz zdravstvene nege in sorodnih področij z notranjimi dokazi;
- vodenje multidisciplinarnega tima pri uporabi sintetičnih dokazov za sprožitev kliničnih odločitev in izvajanje sprememb za izboljšanje zdravja posameznikov, skupin in populacij;
- ustvarjanje notranjih dokazov za upravljanje rezultatov in projektov za izvajanje na dokazih podprte prakse;
- merjenje procesov in rezultatov kliničnih odločitev, ki temeljijo na dokazih;
- oblikovanje politike in postopkov, ki temeljijo na dokazih;
- sodelovanje pri pridobivanju zunanjih dokazov;
- mentorstvo drugim v postopku na dokazih podprte prakse;
- izvajanje strategije za ohranjanje kulture na dokazih podprte prakse;
- posredovanje najboljših dokazov posameznikom, skupinam in kolegom.

1.3 IMPLEMENTACIJA NA DOKAZIH PODPRTE PRAKSE V KLINIČNO OKOLJE

Wilkinson, et al. (2011) razlagajo, da so temelj na dokazih podprte prakse naslednji koraki, ki si sledijo zaporedno: oblikovanje vprašanja, katerega temelj je klinični problem, iskanje ustreznih dokazov v obstoječi literaturi, klinična presoja veljavnosti raziskav, uporaba znanstvenih dokazov v klinični praksi.

Riva, et al. (2012) navajajo, da je najtežje oblikovati klinično vprašanje, s katerim iščemo ustrezne dokaze, zato je pri oblikovanju le-tega smiselno uporabiti PICOT model (P = pacient/populacija/bolezen, I = intervencija, C = primerjalna intervencija, O = rezultati/izidi, T = časovni okvir).

Hockenberry, et al. (2011) navajajo, da je za implementacijo na dokazih podprte prakse v klinično okolje najprej potrebno vzpostaviti formalne time, s katerimi vključujemo strokovnjake v implementacijo sprememb na sistemski ravni in zagotavljamo klinično uporabnost in sprejetost dokazov v klinično okolje. Nato ustvarimo podporno klimo, kjer spodbujamo spremembe v klinični praksi, vključimo vodje za promocijo sprememb v klinični praksi, z izobraževanjem navdušimo medicinske sestre za kritično ocenjevanje lastne prakse in implementacijo sprememb. Sledi razširjanje in promocija dokazov, kjer uporabimo dodatne strategije za premagovanje primanjkljaja znanja, spodbujamo delitev kliničnih izkušenj dobrih praks implementacije na dokazih podprte prakse ter zagotavljamo dodatni čas za implementacijo novih praks. Nato razvijemo klinično orodje, kjer predvidimo orodja in protokole za preoblikovanje klinične prakse, zagotavljamo enostaven dostop do notranjih informacij, vključujemo opomnike in opozorila v delovni proces ter medicinske sestre nenehno izpostavljammo informacijam, ki temeljijo na dokazih. Sledi pilotno testiranje, kjer izberemo pravilne pilotne projekte, obravnavamo osnovne vzroke kliničnih težav v pilotnih testiranjih in se odločimo za sprejetje, prilagoditev ali opustitev kliničnih praks na dokazih podprte prakse po končanem pilotnem testiranju. Vedno moramo zagotoviti in zaščititi resurse z vključevanjem podpornega osebja, z izvajanjem manjših obvladljivih projektov in s predvidevanjem pomanjkljivosti pri implementaciji. Za implementacijo moramo

zagotoviti zadosten časovni okvir, zato je potrebno razviti posamezne korake implementacije in časovni okvir predvideti. Na koncu implementacije na dokazih podprte prakse v klinično okolje nagradimo zaposlene za uspeh in jih vključimo v predstavitev.

1.4 POVEZAVA MED PRIMARNIM ZDARVSTVENIM VARSTVOM IN NA DOKAZIH PODPRTO PRAKSO

Zdravstvena nega na dokazih podprte prakse v primarnem zdravstvenem varstvu je zelo pomembna, kar navajata tudi Payne & Steakley (2015), ki v članku opisujeta, da na National Institutes of Health Clinical Center vodje medicinskih sester podpirajo klinične raziskave v primarnem zdravstvenem varstvu, ohranjajo varnost udeležencev raziskav in zagotavljajo terapevtsko okolje. V okviru celovitega pregleda zdravstvene nege so uvedli pobudo za klinične raziskave. Ustvarili so odbor za pregled vseh modelov oskrbe, kot tudi vloge za izvajanje zdravstvene nege, ki jo izvajajo v celotnem kliničnem centru. Nasprotno v svoji raziskavi navajata Kusk & Groenkjaer (2016), ki pravita, da kljub obsežnim raziskavam, ki dokazujejo, da ima primarno zdravstveno varstvo potencial za izboljšanje rezultatov, ostajajo vrzeli v raziskovanju. Do sedaj ni bilo sistematičnega vrednotenja dokazov in izvajanja na dokazih podprte prakse. Večina razpoložljivih dokazov temelji na anekdotičnih ali opisnih poročilih in ne na kvantitativnih podatkih. Čeprav številne raziskave (Jost, et al., 2010) kažejo pozitiven vpliv primarne zdravstvene nege v zaznanih kazalnikih uspešnosti in kakovosti oskrbe, druge raziskave (Korhonen & Kangasniemi, 2013) ne potrjujejo teh pričakovanih kazalnikov. Borges Da Silva, et al. (2018) so v svoji raziskavi ugotovili, da sistematično spremljanje pacientov s strani medicinskih sester izboljša izkušnje pacientov z oskrbo v smislu dostopnosti. Na dokazih podprta praksa je obetaven način za izboljšanje izkušenj tako pacientov kot varstva in učinkovitosti zdravstvenih storitev.

V diplomskem delu bomo na podlagi pregleda literature podrobneje predstavili primere na dokazih podprte prakse v zdravstveni negi, pri čemer se bomo osredotočili na primarno zdravstveno varstvo.

2 EMPIRIČNI DEL

Izveden je bil pregled strokovne in znanstvene literature.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je opisati primere na dokazih podprte prakse v primarnem zdravstvenem varstvu in opredeliti model na dokazih podprte prakse, ki se najpogosteje uporablja.

Cilji diplomskega dela so:

- ugotoviti pogostost uporabe na dokazih podprte prakse med medicinskimi sestrami v primarnem zdravstvenem varstvu;
- opredeliti dejavnike, ki vplivajo na uporabo na dokazih podprte prakse v primarnem zdravstvenem varstvu;
- opredeliti model na dokazih podprte prakse, ki se v primarnem zdravstvenem varstvu najpogosteje uporablja.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Glavna raziskovalna vprašanja so:

1. Kateri dejavniki vplivajo na uporabo na dokazih podprte prakse v primarnem zdravstvenem varstvu?
2. Kateri model na dokazih podprte prakse se v primarnem zdravstvenem varstvu najpogosteje uporablja?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Pregledali smo domačo in tujo literaturo, pri čemer smo uporabili metodo kritičnega branja. Izbrali smo literaturo, ki je javno dostopna in se nanaša na obravnavano tematiko »na dokazih podprta praksa v primarnem zdravstvenem varstvu«.

2.3.1 Metode pregleda literature

Za raziskovalni dizajn je bil uporabljen pregled slovenske in tuje literature, v katerega smo vključili literaturo objavljeno med letoma 2009 in 2019. Pri iskanju smo uporabili tuje in slovenske baze podatkov. Slovensko literaturo smo iskali v Obzorniku zdravstvene nege, Google učenjaku (Google Scholar) in COBISS (virtualna knjižnica Slovenije). Tujo literaturo smo iskali v naslednjih bazah podatkov: ProQuest, PubMed, CINAHL in WILEY. Pri iskanju literature smo uporabili naslednje ključne besede v angleškem in slovenskem jeziku, ki vsebinsko opredeljujejo temo diplomskega dela: »na dokazih podprta praksa IN primarno zdravstveno varstvo«, »na dokazih podprta praksa IN znanje medicinskih sester«, »na dokazih podprta praksa IN implementacija«. V angleškem jeziku so bile uporabljene naslednje ključne besede: »evidence based practice AND primary health care«, »evidence based practice AND knowledge of nurses«, »evidence based practice AND implementation«. Ključne besede smo kombinirali z Boolovim operaterjem IN (ang. AND).

Z načinom ročnega iskanja smo pregledali zbornike strokovnih simpozijev in literaturo iz člankov, ki smo jih našli z elektronskim iskanjem. Da smo literaturo vključili v pregled, je le-ta morala biti: dostopna, recenzirana, tematsko skladna s temo diplomskega dela in objavljena v celoti v angleškem ali slovenskem jeziku. Literaturo smo izključili iz pregleda, če je bila le-ta starejša od letnika 2009, plačljiva, nedostopna v celoti in tematsko neskladna s temo diplomskega dela.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

PRIZMA diagram (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta Analysis) smo upoštevali pri sintezi literature (Welch, et al., 2012). Vsa predhodna vključitvena in izključitvena merila smo upoštevali pri pregledovanju člankov. V podatkovnih bazah smo s strategijo iskanja dobili skupno $n = 2.471$ zadetkov, od katerih smo v nadaljnjo analizo in podrobnejši pregled uvrstili 211 zadetkov. Po pregledu izvlečkov člankov, smo izključili še 182 neustreznih zadetkov. V ožji izbor smo umestili 29 zadetkov, od katerih smo v sistematičnem pregledu literature uporabili 21

zadetkov. Tabela 1 prikazuje rezultate pregleda literature, kjer so prikazane posamezne baze, ključne besede, število zadetkov in izbrani zadetki v polnem besedilu.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

| | Ključne besede | Število zadetkov | Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu |
|----------------------------------|---|------------------|--|
| CINAHL | evidence based practice AND primary health care | 308 | 2 |
| | evidence based practice AND knowledge of nurses | 161 | 1 |
| | evidence based practice AND implementation | 298 | 2 |
| ProQuest | evidence based practice AND primary health care | 18 | 1 |
| | evidence based practice AND knowledge of nurses | 3 | 0 |
| | evidence based practice AND implementation | 14 | 0 |
| PubMed = Medline | evidence based practice AND primary health care | 312 | 2 |
| | evidence based practice AND knowledge of nurses | 142 | 1 |
| | evidence based practice AND implementation | 303 | 3 |
| Google scholar | na dokazih podprta praksa IN primarno zdravstveno varstvo | 187 | 3 |
| | na dokazih podprta praksa IN znanje medicinskih sester | 94 | 1 |
| | na dokazih podprta praksa IN implementacija | 137 | 0 |
| Obzornik zdravstvene nege | na dokazih podprta praksa IN primarno zdravstveno varstvo | 0 | 0 |
| | na dokazih podprta praksa IN znanje medicinskih sester | 0 | 0 |
| | na dokazih podprta praksa IN implementacija | 0 | 0 |
| COBISS | na dokazih podprta praksa IN primarno zdravstveno varstvo | 1 | 0 |
| | na dokazih podprta praksa IN znanje medicinskih sester | 1 | 0 |
| | na dokazih podprta praksa IN implementacija | 4 | 0 |
| WILEY | evidence based practice AND primary health care | 213 | 2 |
| | evidence based practice AND knowledge of nurses | 106 | 1 |
| | evidence based practice AND implementation | 169 | 2 |
| Drugi relevantni viri | / | / | / |
| Skupaj | | 2471 | 21 |

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Zbrane podatke smo analizirali z vsebinsko analizo po Vogrincu (2008). Iz pridobljenih informacij smo povzeli podatke ter zbrali opise, ki se vsebinsko skladajo s tematiko diplomskega dela. Uporabljena je bila metoda odprtega kodiranja. Teme in kode smo iskali pri prebiranju literature, pri čemer smo vsebinsko podobne kode kategorizirali, kar nas je pripeljalo do teoretične razlage problema pojava in pojasnila (Vogrinc, 2008). Rezultati so bili obdelani z empiričnimi kodami, ki so razvrščene v dve glavni kategoriji: dejavniki, ki vplivajo na uporabo na dokazih podprte prakse v primarnem zdravstvenem varstvu, in modeli na dokazih podprte prakse, ki se v primarnem zdravstvenem varstvu najpogosteje pojavljajo. Potek obdelave podatkov je predstavljen s PRIZMA diagramom (Welch, et al., 2012).

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Uporabili smo literaturo, ki ni bila starejša od leta 2009. Podatki so relevantni in zanesljivi. Izbor literature je temeljil na dostopnosti, vsebinski ustreznosti in aktualnosti za obravnavano problematiko. Na podlagi hierarhije dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu (Polit & Beck, 2014) smo določili kakovost pridobljene literature, ki je bila uvrščena v končni pregled (tabela 2).

V analizo smo vključili 21 virov, med katerimi so na drugem nivoju tri randomizirane in ena nerandomizirana klinična raziskava, na četrtem nivoju štiri presečne raziskave, na petem nivoju trije sistematični pregledi literature, na šestem nivoju tri kvantitativne raziskave in ena kvalitativna ter na sedmem nivoju štiri poročila strokovnjakov. V pregled literature je bila vključena literatura, ki je vsebovala dovolj podatkov o na dokazih podprti praksi v primarnem zdravstvenem varstvu. Glede na hierarhično opredelitev Polita & Becka (2014) menimo, da gre pri našem sistematičnem pregledu obravnavane tematike v znanstvenoraziskovalnem okolju za raziskave, ki so srednje močno zasnovane, saj so uvrščene med 2. in 7. nivojem. Največ raziskav je na 6. nivoju.

Tabela 2: Hierarhija dokazov

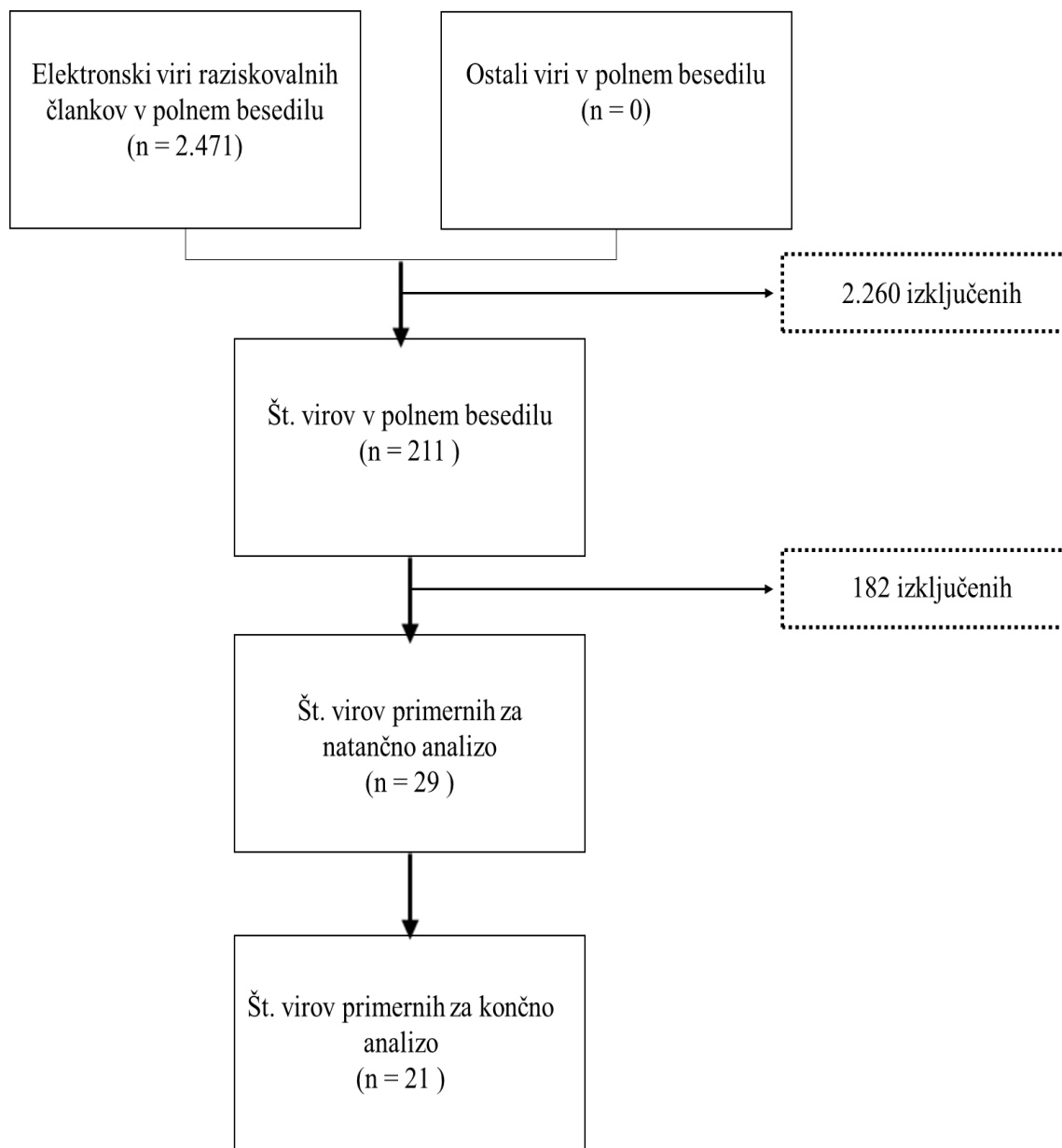
| Nivo | Hierarhija dokazov |
|--------|--|
| Nivo 1 | Sistematični pregled randomiziranih kliničnih raziskav Število vključenih besedil = / Sistematični pregled nerandomiziranih raziskav Število vključenih besedil = / |
| Nivo 2 | Posamezne randomizirane klinične raziskave Število vključenih besedil = 3 Posamezne nerandomizirane klinične raziskave Število vključenih besedil = 1 |
| Nivo 3 | Sistemske pregledi korelacijskih/opazovalnih raziskav Število vključenih besedil = / |
| Nivo 4 | Posamezne korelacijske/opazovalne študije Število vključenih strokovnih besedil = 4 |
| Nivo 5 | Sistematični pregled opisnih/kvalitativnih študij Število vključenih besedil = 3 |
| Nivo 6 | Kvalitativno/kvantitativno zasnovane študije Število strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov = 6 |
| Nivo 7 | Mnenja avtorjev Število vključenih besedil = 4 |

Vir: Polit & Beck (2014)

2.4 REZULTATI

2.4.1 PRIZMA diagram

Na sliki 1 je prikazan PRIZMA diagram, ki natančneje prikazuje potek pridobitve končnega števila zadetkov. Na podlagi ključnih besed, s katerimi smo iskali literaturo, smo pridobili 2471 elektronskih virov raziskovalnih člankov v polnem besedilu. V prvi fazi smo izključili 2260 virov, v nadaljnjo analizo smo uvrstili 211 virov v polnem besedilu. Po pregledu naslovov in izvlečkov smo v drugi fazi izključili 182 virov. V natančno analizo smo uvrstili 29 virov, od katerih smo jih, po podrobnem vsebinskem pregledu, v končno analizo uvrstili 21. Izbrana literatura je predstavljena v tabeli 3.

**Slika 1: Prizma diagram**

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

V tabeli 3 so predstavljena ključna spoznanja raziskav oziroma člankov, ki smo jih uvrstili v podrobnejšo analizo. Prikazani so tudi avtorji člankov, leto objave, raziskovalni dizajn ter vzorec.

Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov

| Avtor | Leto objave | Raziskovalni dizajn | Vzorec (velikost in država) | Ključna spoznanja |
|-----------------|-------------|---------------------------------|--|--|
| Pereira, et al. | 2018 | Presečna raziskava | 100 zdravstvenih delavcev – Švica | Dejavniki, ki vplivajo na izvajanje na dokazih podprte prakse v primarnem zdravstvenem varstvu so časovna razpoložljivost, osebna motivacija, stališča zdravstvenih delavcev, strokovnost in poznavanje na dokazih podprte prakse. Več kot polovica anketirancev je že slišala za na dokazih podprto prakso, večina verjame v vrednost uporabe dokazov za vodenje svoje prakse in so pripravljeni izboljšati svoje znanje o izvajanju na dokazih podprte prakse. Kljub poznavanju na dokazih podprte prakse so rezultati raziskave pokazali, da jo zdravstveni delavci redko izvajajo. |
| Xie, et al. | 2017 | Kvantitativna raziskava | 68 medicinskih sester – Singapur | V raziskavi avtorji preučujejo ovire, ki so jih medicinske sestre navedle pri uporabi na dokazih podprte prakse v primarnem zdravstvenem varstvu. Medicinske sestre so poročale o minimalnih ovirah pri uporabi na dokazih podprte prakse, vendar so pri ocenjevanju znanja dosegle nizko povprečje pravih odgovorov, kar kaže na pomanjkanje znanja o na dokazih podprti praksi. Avtorji predlagajo uporabo pridobljenih rezultatov za oblikovanje in razvoj učnih platform, ki bodo v pomoč medicinskim sestram pri pridobivanju znanja o na dokazih podprti praksi. |
| Camargo, et al. | 2018 | Sistematični pregled literature | 9 člankov – Anglija, ZDA, Avstralija, Nigerija, Izrael, Norveška, Iran | V pregledu je zajeta literatura, ki analizira znanje, prakso in pogoste ovire pri izvajanju na dokazih podprte prakse med zdravstvenimi delavci v primarnem zdravstvenem varstvu. Glavne ovire pri uporabi na dokazih podprte prakse medicinskim sestram predstavljajo nezadovoljstvo z delom, preobremenjenost in izgorelost. Medicinske sestre imajo pozitiven odnos do na dokazih podprte prakse, vendar malo znanja za izvajanje le-te. Ovira pri uporabi znanja, pridobljenega v zdravstveni negi, je bila prednostno usmerjena v razumevanje rezultatov raziskav. Čeprav se pričakuje, da bodo medicinske sestre kritično uporabljale raziskave, ne glede na razvoj zdravstvene nege in zdravstva, je prenos delovnih rezultatov v prakso težko izvedljiv. |

| Avtor | Leto objave | Raziskovalni dizajn | Vzorec (velikost in država) | Ključna spoznanja |
|-----------------------------|-------------|-------------------------|------------------------------------|--|
| Lindstorm & Bernhardsson | 2018 | Kvantitativna raziskava | 94 zdravstvenih delavcev – Švedska | Razumevanje stališč, znanja in vedenja, povezanih z na dokazih podprto prakso in smernicami švedske delovne terapije, je omejeno. Namen raziskave je bil preučiti stališča, znanje in vedenje, povezano z na dokazih podprto prakso in smernicami zdravstvenih delavcev na primarni zdravstveni ravni. Čeprav je odnos med zdravstvenimi delavci na primarnem zdravstvenem varstvu do na dokazih podprte prakse pozitiven in velik delež poroča o uporabi smernic, mnogi navajajo, da se želijo naučiti več in izboljšati svoje praktične veščine, ki temeljijo na dokazih podprti praksi. Avtorji navajajo, da je treba za odpravo ugotovljenih pomanjkljivosti sprejeti izobraževalne ukrepe za zdravstvene delavce. |
| Gonzalez – Torrente, et al. | 2012 | Presečna raziskava | 619 medicinskih sester – Španija | Preučevanje dejavnikov, ki spodbujajo klinično prakso, ki temelji na dokazih, kot so struktura, okolje in poklicne spretnosti, je prispevalo k izboljšanju kakovosti oskrbe. Kljub temu da je večina raziskav potekala v bolnišničnem okolju, je nekoliko zanemarila področje primarnega zdravstvenega varstva. Glavni cilj raziskave je bil oceniti dejavnike, ki vplivajo na dokazih podprto prakso med medicinskimi sestrami v primarnem zdravstvenem varstvu. Multivariatna analiza je pokazala pomembno pozitivno povezanost med znanjem medicinskih sester in stopnjo na dokazih podprte prakse. Zdravstvene ustanove bi morale resno premisliti, katere veščine in znanja primanjkujejo medicinskim sestram, da bi lahko učinkovito izvajale na dokazih podprto prakso. Vodstvo ima ključno vlogo pri prenosu znanja v klinično prakso. |
| Correa de Araujo | 2016 | Poročilo strokovnjakov | / | Za podporo naraščajoči kompleksnosti zdravstvene nege sta potrebna razpoložljivost kakovostnih dokazov in sinteza ugotovitev raziskav za obveščanje o najboljši zdravstveni praksi ter sprejemanju odločitev. Spodbujanje napredka zdravstvene nege, ki temelji na dokazih, bi moralo biti usmerjeno na več področij, vključno s tistimi, ki se nanašajo na obvladovanje kroničnih bolezni. Oblikovanje in izvajanje izobraževalnih programov zahtevajo metodološke izboljšave za pridobivanje znanja medicinskih sester za raziskovanje. |

| Avtor | Leto objave | Raziskovalni dizajn | Vzorec (velikost in država) | Ključna spoznanja |
|-----------------|-------------|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| Majid, et al. | 2011 | Kvantitativna raziskava | 1486 medicinskih sester – Singapur | Cilj raziskave je bil raziskati zavedanje medicinskih sester, poznavanje in odnos do na dokazih podprte prakse v primarnem zdravstvenem varstvu ter dejavnike, ki bi lahko spodbudili ali ustvarili ovire za osvojitve omenjenega znanja. Poleg tega so raziskali tudi vire informacij, ki jih uporabljajo medicinske sestre, in njihove večine iskanja literature. Več kot 64 % medicinskih sester je izrazilo pozitiven odnos do na dokazih podprte prakse, vendar so poudarile, da zaradi velike delovne obremenitve ne morejo biti na tekočem z novimi dokazi. Avtorji navajajo, da mora vodstvo bolnišnic v jugovzhodni Aziji, zlasti v Singapurju, s primernim usposabljanjem medicinskih sester razviti celovito strategijo za pridobivanje kompetenc na dokazih podprte prakse. |
| Dalheim, et al. | 2012 | Presečna raziskava | 407 medicinskih sester – Nizozemska | Medicinske sestre v primarnem zdravstvenem varstvu so za podporo v praksi večinoma uporabljale izkušnje, ki so jih zbrale na podlagi lastnih opazovanj in izkušenj sodelavcev. Dokaze iz raziskav so redko uporabili. Največji oviri pri uporabi na dokazih podprte prakse sta bili pomanjkanje časa in pomanjkanje spretnosti za iskanje in upravljanje dokazov v raziskavah. Starost medicinske sestre, število let v zdravstveni negi in število let od pridobitve zadnje zdravstvene izobrazbe so vplivali na uporabo raziskav, znanje in ovire pri uporabi na dokazih podprte prakse. Avtorji ugotavljajo, da spretnosti pri iskanju raziskav zmanjšujejo ovire pri uporabi dokazov v praksi. |
| Fei, et al. | 2018 | Nerandomizirana klinična raziskava | 151 zdravstvenih delavcev – Kitajska | V raziskavi so avtorji ocenjevali vpliv tehnik usposabljanja na dokazih podprte prakse zdravstvenih delavcev na primarnem zdravstvenem varstvu. V primerjavi s samostojnim poučevanjem je bilo usposabljanje iz oči v oči povezano z občutno izboljšanim znanjem o na dokazih podprti praksi. Izobraževalni tečaj na dokazih podprte prakse iz oči v oči je izboljšal znanje, stališča, osebno aplikacijo in pričakovano uporabo v prihodnosti pri zdravstvenih delavcih. Učinkovito usposabljanje o na dokazih podprti praksi lahko izboljša učinkovitost primarnih zdravstvenih storitev. |

| Avtor | Leto objave | Raziskovalni dizajn | Vzorec (velikost in država) | Ključna spoznanja |
|---------------------------|-------------|---------------------------------|--|--|
| Melnyk & Gallagher – Ford | 2015 | Poročilo strokovnjakov | / | Avtorja navajata, da je na voljo nabor raziskav, ki temeljijo na pridobivanju kompetenc medicinskih sester, povezanih z na dokazi podprto prakso. Če kompetenc ne uporabljajo v praksi, ne moremo zagotoviti zdravstvenega sistema brez zapletov in napak. |
| Verloo, et al. | 2017 | Presečna raziskava | 1899 medicinskih sester – Švica | V raziskavi preučujejo prepričanja medicinskih sester o izvajanju na dokazih podprte prakse v primarnem zdravstvenem varstvu. Na splošno so imeli udeleženci pozitiven odnos do na dokazih podprte prakse in so bili pripravljeni izboljšati svoje znanje za vodenje prakse. Priznali so slabo izvajanje na dokazih podprte prakse v vsakodnevni praksi. Bistveno višjo raven izvajanja na dokazih podprte prakse so navedli tisti, ki imajo višjo formalno izobrazbo ($p = 0,006$), in tisti, ki zasedajo višje strokovne funkcije ($p = 0,004$). |
| Shayan, et al. | 2019 | Sistematični pregled literature | 16 člankov – Iran, Kolumbija; Južna Afrika, Jordan, Malezija, Nepal, Bahami, Turčija | Podkategorije, ki odražajo vrzel v znanju na različnih področjih na dokazih podprte prakse, so številne, vključno z naslednjimi: brez predhodnega usposabljanja v zvezi z na dokazih podprto prakso, veliko informacij, pomanjkanje jasnih smernic za raziskovanje, nizka stopnja objav ali poročil o raziskavah, neskladni rezultati različnih raziskav, neseznanjenost medicinskih sester z raziskovanjem, nerazumevanje nekaterih izrazov, uporabljenih v raziskovalnih člankih, pomanjkanje tečajev usposabljanja v zvezi z raziskavami zdravstvene nege, težave pri ocenjevanju rezultatov raziskav ter prevajanje ugotovitev v prakso. |
| Mahmoud & Abdelrasol | 2019 | Kvantitativna raziskava | 154 medicinskih sester – Egipt | V raziskavi avtorji ugotavljajo ovire pri uporabi na dokazih podprte prakse med medicinskimi sestrami v primarnem zdravstvenem varstvu. Med največje ovire za izvajanje na dokazih podprte prakse medicinske sestre uvrščajo organizacijske omejitve (90,9 %), kakovost raziskav (86,9 %), dostopnost raziskav (51,0 %) ter posamezne značilnosti (35,9 %). Nastaja pomembna statistična povezava med organizacijskimi omejitvami, kakovostjo raziskav, ovirami, povezanimi z dostopnostjo, starostjo medicinskih sester, stopnjo izobrazbe in njihovimi delovnimi izkušnjami ($p < 0,05$). |

| Avtor | Leto objave | Raziskovalni dizajn | Vzorec (velikost in država) | Ključna spoznanja |
|------------------|-------------|------------------------|-----------------------------|--|
| Cullen | 2015 | Poročilo strokovnjakov | / | Iowa model vodi zdravstvene delavce skozi proces vpeljave na dokazih podprte prakse v klinično okolje. Vpeljevanje na dokazih podprte prakse v klinično okolje je težko, zato morajo vodje uporabiti učinkovite strategije, sodelovati z zaposlenimi, da pospešijo uporabo na dokazih podprte prakse, s katero lahko izboljšajo delovanje organizacije. Uporaba Iowa modela za vodenje postopka vpeljave in izbiro strategij izvajanja dodaja jasnost korakom v procesu vpeljevanja na dokazih podprte prakse. |
| Lehane, et al. | 2019 | Kvalitativna raziskava | | Znanost o vpeljevanju na dokazih podprte prakse v klinično okolje je mlado področje, vse več je raziskav, ki kažejo vpliv različnih strategij vpeljevanja na izvajanje na dokazih podprte prakse s strani medicinskih sester. Praktični pristopi za izvajanje na dokazih podprte prakse vključujejo vodnik po modelu na dokazih podprte prakse. Vedno bodo potrebne večšine kritičnega mišljenja medicinskih sester pri ocenjevanju in prilagajanju strategij spreminjajočim se razmeram v praksi. Vpeljevanje na dokazih podprte prakse v klinično okolje je težko, zato morajo vodje uporabiti učinkovite strategije vpeljevanja za učinkovito sodelovanje z zaposlenimi. Uporaba modelov na dokazih podprte prakse za vodenje postopka in izbire strategije izvajanja dodaja jasnost korakom v procesu vpeljevanja na dokazih podprte prakse v klinično okolje. |
| Schaffer, et al. | 2012 | Poročilo strokovnjakov | / | Raznolikost modelov in okvirov na dokazih podprte prakse, zapletena terminologija in organizacijska kultura izziva medicinske sestre pri izbiri modela, ki najbolje ustreza njihovi praksi. Organizacije dajejo prednost spodbudnim ukrepom na področju izvajanja raziskav v okviru zdravstvenih storitev, izboljšanju raziskav in kliničnih praks s tesnim sodelovanjem, da bi se osredotočile na odločanje v skupini. Upoštevanje tega, kako model olajša projekte na dokazih podprte prakse, daje smernice za kritiko dokazov, vodi postopek za izvajanje sprememb prakse in omogoča uporabo na različnih področjih prakse. |

| Avtor | Leto objave | Raziskovalni dizajn | Vzorec (velikost in država) | Ključna spoznanja |
|----------------|-------------|---|---|---|
| Melnyk, et al. | 2017 | Randomiziran a klinična raziskava | 58 zdravstvenih delavcev – ZDA | Namen raziskave je bil preučiti vpliv napredne raziskovalne in klinične prakse z modelom kolaboracije (ARCC) na organizacijsko kulturo, prepričanja pacientov in izvajanje na dokazih podprte prakse. Model ARCC so v 12 mesecih izvajali v zaporedni obliki s ključno strategijo priprave kritične mase mentorjev na dokazih podprte prakse za zdravstveni sistem. Prepričanja zdravstvenih delavcev o na dokazih podprti praksi, izvajanje na dokazih podprte prakse in organizacijsko kulturo so merili z veljavnimi in zanesljivimi instrumenti. Ugotovitve so pokazale pomemben porast prepričanj zdravstvenih delavcev o na dokazih podprti praksi in implementacijo na dokazih podprte prakse skupaj s pozitivnim premikom v organizacijski kulturi. Ugotovitve raziskave so pokazale tudi znatne izboljšave rezultatov zdravljenja pri več pacientih. |
| Wallen, et al. | 2010 | Kvantitativna in kvalitativna raziskava | Anketiranih 159 medicinskih sester pred intervencijo in 99 po intervenciji; 3 intervjuji z vodstvenim osebjem | Avtorji so v raziskavi opisali rezultate strukturiranega večplastnega programa mentorstva, namenjenega izvajanju na dokazih podprte prakse v kliničnem okolju. Raziskava je obsegala tri osredotočene razprave z vodstvenim osebjem ter izvedbo anketne raziskave pred in po intervenciji. Kvalitativne ugotovitve kažejo, da mora biti vodstvena podpora kulturi na dokazih podprte prakse prednostna naloga pri zaposlovanju osebja na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Prepričanja medicinskih sester o na dokazih podprti praksi, so bistveno povezana z izvajanjem na dokazih podprte prakse. |
| Levin, et al. | 2011 | Randomiziran a klinična raziskava | 46 medicinskih sester – ZDA | Kljub temu da na dokazih podprta praksa izboljšuje kakovost zdravstvene oskrbe, zmanjšuje stroške in obogati znanje medicinskih sester, obstaja pomanjkanje intervencijskih študij, namenjenih preizkušanju modelov, kako izboljšati uporabo na dokazih podprte prakse s strani medicinskih sester. V raziskavi so preizkušali uporabnost modela ARCC. Skupina medicinskih sester, ki so uporabljale model ARCC, je v primerjavi s skupino, ki ga ni uporabljala, imela močnejše pozitivno prepričanje o na dokazih podprti praksi, več kohezije, izvajanje na dokazih podprte prakse pa je bilo pogostejše. |

| Avtor | Leto objave | Raziskovalni dizajn | Vzorec (velikost in država) | Ključna spoznanja |
|------------------|-------------|-----------------------------------|---|---|
| Laycock, et al. | 2018 | Randomiziran a klinična raziskava | 90 zdravstvenih delavcev – Avstralija | Z integriranim promocijskim ukrepom na področju izvajanja raziskav v zdravstvenih storitvah (i-PARIHS) so analizirali izvajanje interaktivnega postopka razširjanja informacij. Značilnosti, ki so vplivale na uspeh modela, so bile verodostojni podatki, spletno razširjanje in zaposlovanje prek vzpostavljenih omrežij, raziskovalni cilji, usklajeni z zanimanjem zainteresiranih strani za izmenjavo znanja, in motivacija za izboljšanje nege ter iterativne faze poročanja in povratnih informacij. |
| Helfrich, et al. | 2010 | Sistematični pregled literature | 33 člankov – Švedska, Avstralija, Anglija, ZDA, Irska | Avtorji so izvedli kvalitativno in kritično sintezo strokovno pregledane literature PARIHS. Ugotovili so, da raziskave, ki poročajo o empirični podpori PARIHS, kažejo največjo potrebo po izvedbenih modelih na dokazih podprte prakse. Treba je bolje razložiti pridobljene ugotovitve in oblikovati posege ali ukrepe, ki so skladni z elementi PARIHS modela. Skupina znanstvenikov mora pripraviti smernice za izvajanje na dokazih podprte prakse in smernice za uporabo teoretičnih okvirov modela v okviru izvedbenih študij. |

Med pregledom literature je bilo identificiranih 34 kod, ki so bile postavljene glede na njihove lastnosti in medsebojno povezanost. Kode so združene v dve vsebinski kategoriji: dejavniki, ki vplivajo na uporabo na dokazih podprte prakse v primarnem zdravstvenem varstvu, in modeli na dokazih podprte prakse, ki se v primarnem zdravstvenem varstvu najpogosteje pojavljajo. Kode in kategorije so prikazane v tabeli 4.

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

| Kategorija | Kode | Avtorji |
|--|--|---|
| Modeli na dokazih podprte prakse, ki se v primarnem zdravstvenem varstvu najpogosteje pojavljajo | Iowa – ARCC – PARISH – Stetlerjev model – ACE – različne strategije vpeljevanja – kritično mišljenje – jasnost procesa – raznolikost modelov – izboljšanje kakovost zdravstvene oskrbe | Helfrich, et al., 2010; Wallen, et al., 2010; Schaffer, et al., 2012; Levin, et al., 2011; Cullen, 2015; Melnyk, et al., 2017; Laycock, et al., 2018; Lehane, et al., 2019 |

| Kategorija | Kode | Avtorji |
|--|--|---|
| Dejavniki, ki vplivajo na uporabo na dokazih podprte prakse v primarnem zdravstvenem varstvu | časovna razpoložljivost – osebna motivacija – stališča zdravstvenih delavcev – strokovnost – poznavanje na dokazih podprte prakse – pomanjkanje znanja – izobraževanja – usposabljanja – nezadovoljstvo z delom – preobremenjenost – izgorelost – odnos do na dokazih podprte prakse – vodstvo – razpoložljivost dokazov – spodbuda – raziskovanje – informacije – izkušnje – izobrazba – kompetence – smernice – nerazumevanje rezultatov raziskave – organizacijske omejitve | Majid, et al., 2011 Melnyk & Gallagher – Ford, 2015; Dalheim, et al., 2012; Gonzalez – Torrente, et al., 2012; Pereira, et al., 2018; Correa de Araujo, 2016; Verloo, et al., 2017; Xie, et al., 2017; Camargo, et al., 2018; Fei, et al., 2018; Lindstorm & Bernhardsson, 2018; Mahmoud & Abdelrasol; 2019; Shayan, et al., 2019 |

2.5 RAZPRAVA

Na dokazih podprta praksa je nov, ključni pristop med izvajalci zdravstvenih storitev in izvira iz prakse, ki temelji na dokazih in je opredeljena kot vestna in razumna uporaba trenutno najboljših dokazov pri odločanju o oskrbi posameznih pacientov. Pričakuje se, da bodo izvajalci zdravstvenih storitev uporabljali na dokazih podprto prakso kot standardni pristop pri vsakodnevni praksi, pri čemer bodo vključevali raziskave, preference pacientov, klinično strokovno znanje in inovativno tehnologijo. Vendar je izvajanje na dokazih podprte prakse še vedno kontroverzen postopek in niso vse zdravstvene ustanove prepričane, da izboljšuje kakovost oskrbe (Pereira, et al., 2018). Pereira, et al. (2018) navajajo, da je izvajanje na dokazih podprte prakse v primarnem zdravstvenem varstvu izziv, zato smo v diplomskem delu opisali primere na dokazih podprte prakse v primarnem zdravstvenem varstvu in ugotavljali, kateri model na dokazih podprte prakse najpogosteje uporabljajo v primarnem zdravstvenem varstvu.

Na podlagi pregleda literature smo želeli opredeliti, kateri dejavniki vplivajo na uporabo na dokazih podprte prakse v primarnem zdravstvenem varstvu. Zdravstveni delavci na dokazih podprte prakse ne izvajajo zaradi več dejavnikov, kot so časovna omejitve, pomanjkanje osebne motivacije, negativna stališča do na dokazih podprte prakse ter neustrezno poznavanje na dokazih podprte prakse. Camargo, et al. (2018) so v raziskavi, poleg omenjenih dejavnikov, navedli še druge dejavnike, kot so nezadovoljstvo z delom, preobremenjenost in izgorelost medicinskih sester. Poleg tega je več avtorjev (Verloo, et al., 2017; Pereira, et al., 2018) dokumentiralo administrativne in

organizacijske težave na delovnem mestu, pomanjkanje mentorjev za uvajanje na dokazih podprte prakse, vrzel med teorijo in prakso, pomanjkanje kakršnega koli smiselne prehoda med tečaji usposabljanja o na dokazih podprti praksi in odsotnost ali pomanjkanje osnovne izobrazbe o na dokazih podprti praksi. Prepričanja zdravstvenih delavcev o na dokazih podprti praksi so povezana z njihovo zmožnostjo izvajanja omenjene prakse (Melynck, et al., 2010; Camargo, et al., 2018; Pereira, et al., 2018). Na izvajanje na dokazih podprte prakse na primarni zdravstveni ravni vplivajo tudi starost medicinskih sester, delovna doba in pretek časa od pridobitve zadnje formalne izobrazbe (Dalheim, et al., 2012). Pereira, et al. (2018) so v raziskavi ugotovili, da anketirani verjamejo v vrednost na dokazih podprte prakse, vendar bi se izvajanje le-te v vsakodnevni praksi lahko izboljšalo. Bistveni dejavnik za uporabo na dokazih podprte prakse med medicinskimi sestrami na primarni zdravstveni ravni je znanje, ki ga medicinske sestre imajo o na dokazih podprti praksi (Dalheim, et al., 2012; Xie, et al., 2017; Camargo, et al., 2018). Xie, et al. (2017) so v raziskavi ugotovili, da kljub temu, da so bile medicinske sestre prepričane, da imajo dovolj znanja o na dokazih podprti praksi, je njihovo znanje v resnici slabo.

Shayan, et al. (2019) so na podlagi pregleda literature o ovirah medicinskih sester pri izvajanju na dokazih podprte prakse razvrstili v tri skupine. V prvo skupino so uvrstili organizacijske ovire, ki nastanejo v primeru, da zdravstvene ustanove ne prevzamejo prednosti na dokazih podprte prakse. Institucije morajo medicinskim sestram zagotoviti dostop do interneta in verodostojne baze podatkov. V drugo skupino so Shayan, et al. (2019) uvrstili naslednje ovire: podcenjevanje raziskovanja, srednja raven vodstvene podpore, pomanjkanje znanja in pozitivnega odnosa do dokazov, pomanjkanje časa za branje ugotovitev raziskav, izvajanje raziskav in implementiranje novih idej v prakso. V tretjo skupino so avtorji uvrstili meddisciplinarne ovire za izvajanje na dokazih podprte prakse. Tudi Mahmoud & Abdelrasol (2019) sta v članku predstavila rezultate raziskave, v kateri sta preučevala glavne ovire medicinskih sester za izvajanje na dokazih podprte prakse v delovnem okolju. Rezultati raziskave so pokazali, da medicinskim sestram glavno oviro za izvajanje na dokazih podprte prakse predstavljajo organizacijske omejitve (90,9 %), kot so premalo časa za izvajanje na dokazih podprte prakse in kakovost raziskovalnih predmetov. Med ovire za izvajanje na dokazih podprte

prakse so medicinske sestre uvrstile tudi kakovost dosedanjih raziskav (86,9 %), dostopnost raziskav (51,0 %) in osebna prepričanja medicinskih sester (21,0 %).

Lindstrom & Bernhardsson (2018) sta v raziskavi ugotovila, da je približno polovica anketirancev poročala o zaupanju pri iskanju in uporabi dokazov. Skoraj dve tretjini jih je poročalo, da poznajo smernice na dokazih podprte prakse, 47 % pa jih ve, kako smernice uporabiti. Štiri petine anketiranih je navedlo, da imajo enostaven dostop do raziskav. Moški so se počutili bolj samozavestne pri iskanju raziskav. Le malo jih je poročalo o branju znanstvenih člankov in mnogi so izrazili negotovost pri iskanju raziskav. Anketirani so navedli, da je glavna ovira pri uporabi na dokazih podprte prakse pomanjkanje časa. Gonzalez-Torrente, et al. (2012) so v raziskavi ugotovili, da je glavni dejavnik, ki spodbuja izobraževanje medicinskih sester o na dokazih podprti praksi, vodstvo podjetja, zato poudarjajo pomen organizacijske kulture pri doseganju na dokazih podprte prakse. Poudarjajo tudi, da bi bilo potrebno izboljšati vodstvene sposobnosti koordinatorjev medicinskih sester, saj so nekateri bolj naklonjeni izvajanju na dokazih podprte prakse kot drugi. Medicinske sestre se v praksi kliničnega odločanja še vedno zanašajo bolj na neformalne in izkustvene vire kot na znanstvene ugotovitve in protokole, zato Correa de Araujo (2016) poudarja, da je za izboljšanje znanja medicinskih sester o raziskovanju potrebno preoblikovati in prenoviti zdravstvene sisteme z ustvarjalnostjo in obvladovanjem timskega dela, vztrajanjem pri izobraževanju bodoče delovne sile in stalnim usposabljanjem sedanje delovne sile. Uvesti je potrebno udobne raziskovalne programe in programe sistemskih raziskav ter pridobivati zanesljive dokaze za preoblikovanje zdravstvenega varstva. Dalheim, et al. (2012) so v raziskavi ugotovili, da so mlajše medicinske sestre in medicinske sestre s krajšo delovno dobo na splošno poročale o večjih ovirah pri izvajanju na dokazih podprte prakse ($p < 0,001$). Glavne ugotovitve raziskave so, da medicinske sestre pri delu večinoma uporabljajo izkušnje namesto dokazov, ki jih pridobijo iz raziskovanj. Večina medicinskih sester je svoje znanje v praksi ovrednotila kot začetniško. Raziskava je pokazala, da so večšine v raziskovanju in pridobivanju dokazov statistično pomembno povezane z uporabljenimi viri informacij. Medicinske sestre, ki so poročale o višjemu znanju o na dokazih temelječi praksi, uporabljajo raziskovalne prispevke pogosteje kot medicinske sestre z nižjim znanjem (Dalheim, et al., 2012).

Organizacijska kultura, ki podpira izvajanje raziskav v praksi, velja za močan motivacijski dejavnik za uporabo na dokazih podprte prakse. Upravna in kolegialna podpora verjetno bolj vplivata na uporabo raziskav kot pomanjkanje časa medicinskih sester, ki je posledica visokega tempa dela (Dalheim, et al., 2012). Vsekakor pa mora vsaka zdravstvena ustanova spodbujati izobraževanje zdravstvenih delavcev. Fei, et al. (2018) so na podlagi raziskave prišli do ugotovitev, da je osemtedenski izobraževalni program usposabljanja, ki poteka v obliki predavanja manjši skupini, izboljšal znanje, stališča, osebno uporabo in pričakovano prihodnost medicinskih sester. Kasnejše stratificirane analize so pokazale, da so bili rezultati konsistentni ne glede na spol, poklicno vlogo, status ali posebnost udeležencev raziskave, kar kaže, da omenjeni dejavniki niso vplivali na učinkovitost usposabljanja medicinskih sester o na dokazih podprti praksi. Predavanja, konference in razprave v manjših skupinah olajšajo večjo interakcijo med predavateljem in poslušalci, kot samo izobraževanje, na podlagi česar Fei, et al. (2018) sklepajo, da bi lahko opisane interakcije igrale pomembno vlogo pri usposabljanju medicinskih sester o na dokazih podprti praksi. Brez ustreznih napotkov predavatelja bi bilo težko pridobiti dovolj znanja in veščin o na dokazih podprti praksi.

Melnyk & Gallagher-Ford (2015) navajata, da temeljne kompetence na dokazih podprte prakse, ki temelji na raziskavah, zagotavljajo vodjem še eno orodje, ki jim lahko pomaga pri ukrepanju in usmerjanju njihovih organizacij k visokokakovostni zdravstveni negi. Izvajajo jih lahko v širokem aplikativnem razponu. Kompetence na dokazih podprte prakse je treba določiti, vpeljati v postopek zdravstvene nege in jih jasno vključiti v opis delovnega mesta in oceno uspešnosti za vse nove in delujoče medicinske sestre in medicinske sestre z naprednimi znanji v zdravstvenih sistemih po vsem svetu. Prav tako jih lahko uporabijo kot orodje za izvajanje ocen znanja in veščin, ki jih izvajajo medicinske sestre in medicinske sestre z naprednimi znanji v na dokazih podprti praksi, da ugotovijo vrzeli, kjer so potrebne ciljne delavnice za stalno izobraževanje in usposabljanje. Dokler vse medicinske sestre in medicinske sestre z naprednimi znanji ne dosežejo vseh teh kompetenc, jih je mogoče vgraditi v sisteme kliničnih lestvic, s čimer bi spodbudili medicinske sestre, da postanejo bolj usposobljene za izvajanje na dokazih podprte prakse (Melnyk & Gallagher-Ford, 2015). Kompetence na dokazih podprte prakse lahko uporabijo tudi kot vodilo za visokošolske

učitelje, da študentom pripravijo potrebna znanja in veščine, ki jih potrebujejo, da zapustijo akademijo in v na dokazih podprti praksi kompetentno delujejo kot medicinske sestre in medicinske sestre z naprednimi znanji. Veliko visokošolskih učiteljev v akademskih krogih napačno dojema, da je za študente nujno, da se najprej naučijo raziskovati, preden jih lahko poučijo o na dokazih podprti praksi. Te ovire pogosto ustvarjajo negativen odnos do raziskovanja in pomanjkanje utemeljenega razumevanja na dokazih podprte prakse pri študentih, kar še dodatno upočasni njihovo izvajanje na dokazih podprte prakse v kliničnem okolju (Melnik, 2013). V ustanovah, kjer zagotavljajo izjemno izobrazbo na področju na dokazih podprte prakse, je ključnega pomena, da študentje vstopijo v zdravstvene ustanove, ki cenijo in poudarjajo na dokazih podprto prakso, namesto zdravstvene nege, ki je usmerjena v tradicijo (Melnik, 2013; Shayan, et al., 2019).

S pregledom literature smo želeli ugotoviti, kateri model na dokazih podprte prakse v primarnem zdravstvenem varstvu najpogosteje uporabljajo. Cullen (2015) navaja, da je model, ki ga pogosto uporabljajo v zdravstvenih ustanovah na primarni ravni, Iowa model, ki je poznan v več kot 38 državah po svetu. Pogosto uporabljen model je tudi Vodnik implementiranja na dokazih podprte prakse (ang. EBP Implementation Guide), ki nudi organizirano metodo implementacije na dokazih podprte prakse v klinično okolje. Vodnik implementiranja na dokazih podprte prakse je novejši model, ki se hitro širi in ga uporabljajo v 15 državah po svetu. V pregledu literature so Schaffer, et al. (2012) primerjali šest modelov (ACE Star Model, ARCC, Iowa, John Hopkins model, PARIHS in Stetlerjev model) na dokazih podprte prakse in ugotavljali prednosti posameznega modela. Navajajo, da sta za izobraževanje in usposabljanje medicinskih sester o na dokazih podprti praksi še posebej primerna dva modela – John Hopkinsov model in PARIHS model. Modela, ki kritično presojata kvaliteto dokazov, sta John Hopkinsov model in ARCC model, Iowa model pa je splošno pogosto uporabljen model na vseh ravneh zdravstvenega varstva.

Melnik, et al. (2017) so izvedli raziskavo, v kateri so ocenjevali model ARCC za vpeljavo na dokazih podprte prakse v zdravstvene ustanove. Izvedli so predhodno testiranje in testiranje po implementaciji ARCC modela. V vzorec so zajeli 58

zdravstvenih delavcev. Model ARCC so v 12 mesecih izvajali v zaporedni obliki s ključno strategijo priprave kritične mase mentorjev na dokazih podprte prakse za zdravstveni sistem. Prepričanja zdravstvenih delavcev o na dokazih podprti praksi, izvajanje na dokazih podprte prakse in organizacijsko kulturo so merili z veljavnimi in zanesljivimi instrumenti. Rezultate pacientov so zbrali iz zdravstvenih kartonov. Ugotovitve raziskave so pokazale pomemben porast prepričanj zdravstvenih delavcev o na dokazih podprti praksi in implementacijo na dokazih podprte prakse skupaj s pozitivnim premikom v organizacijski kulturi. Ugotovitve raziskave so pokazale tudi znatne izboljšave rezultatov zdravljenja pri več pacientih. Tudi Levin, et al. (2011) in Wallen, et al. (2010) so prišli v raziskavi do podobnih spoznanj kot Melynck, et al. (2017), zato menijo, da je ARCC model primeren za vpeljavo v zdravstvene ustanove na primarnem zdravstvenem varstvu. Laycock, et al. (2018) so v raziskavi ugotavljali prednosti vpeljave PARIHS modela v zdravstvene ustanove na primarnem zdravstvenem varstvu. Značilnosti, ki so vplivale na uspeh modela, so bile verodostojni podatki, spletno razširjanje in zaposlovanje prek vzpostavljenih omrežij, raziskovalni cilji, usklajeni z zanimanjem zainteresiranih strani za izmenjavo znanja in motivacija za izboljšanje nege ter iterativne faze poročanja in povratnih informacij. Ugotovitve kažejo na uporabnost PARIHS modela za načrtovanje participativnih raziskav in prevajanja znanja v primarnem zdravstvenem varstvu. Laycock, et al. (2018) priporočajo nadaljnje raziskave, ki raziskujejo vpeljevanje modela v primarno zdravstveno varstvo in uporabo interaktivnih postopkov razširjanja modela na druge zdravstvene ravni. Helfrich, et al. (2010) v raziskavi kritično ocenjujejo PARIHS model in navajajo, da bi morali raziskovalci, ki uporabljajo PARIHS model v raziskavah za vpeljevanje le-tega v primarno zdravstveno varstvo, jasno razložiti, kako uporabljati PARIHS model in kako intervencije ali ukrepi preslikati v prakso. Znanstvena skupnost bi morala oblikovati smernice za vpeljevanje modela v prakso.

Na podlagi pregleda literature smo ugotovili, da imajo zdravstveni delavci pogosto pozitiven odnos do na dokazih podprte prakse, vendar jo v praksi le malokrat izvajajo, kar pripisujejo pomanjkanju znanja. V prihodnosti se je potrebno osredotočiti na izobraževanje medicinskih sester, da bodo znanje o na dokazih podprti praksi lahko uspešno implementirale v prakso (Dalheim, et al., 2012; Verloo, et al., 2017; Xie, et al.,

2017; Camargo, et al., 2018; Lehane, et al., 2019; Lindstorm & Bernhardsson, 2018). Ugotovitve lahko povežemo tudi z nedoslednim izobraževanjem o na dokazih podprti praksi na dodiplomskem in podiplomskem študiju zdravstvene nege (Lindstorm & Bernhardsson, 2018), velikokrat pa medicinske sestre dokazi nadomestijo z izkušnjami (Dalheim, et al., 2012). Gonzalez-Torrente, et al. (2012) poudarjajo, da je potrebno oblikovati delovno okolje, ki bo prijazno do raziskovanja v zdravstveni negi, ki bi podpiralo prenos znanja, tako da bi v praksi uveljavili tisto, kar nekateri avtorji (Gonzalez-Torrente, et al., 2012; Xie, et al., 2017) imenujejo sprememba kulture, s čimer bi se zvišala komunikacija in sodelovanje, tako pri organizacijskem kot kliničnem odločanju. Shayan, et al. (2019) za povezovanje dokazov s prakso predlagajo natančne raziskave o obsegu na dokazih podprte prakse ter njenih ovirah in spodbujevalnih dejavnikih, Mahmoud & Abdelrasol (2019) pa predlagata več ukrepov, kot so:

- razvijanje centrov v zdravstvenih ustanovah; za ocenjevanje raziskav zdravstvene nege in njihove uporabnosti v klinični praksi in za svetovanje in podporo v zvezi z raziskovalnimi metodami in statističnimi postopki, ki bi jih medicinske sestre uporabile v raziskavi;
- izboljšanje delovnega okolja z zmanjšanjem delovne obremenitve medicinskih sester, zaposlovanjem in administrativno podporo pri branju raziskav in iskanju novih idej;
- neposredni stik med raziskovalci in zdravstvenim osebjem, ki bo spodbujal komunikacijo in raziskovalcem pomagal, da razmejijo svoje bližajoče se raziskave na podlagi resničnih ugotovitev s kliničnih področij;
- nadaljnje raziskave bi morale oceniti sposobnost medicinskih sester za uporabo na dokazih podprte prakse na njihovem področju delovanja;
- dostop do kvalitetnih in nedavnih raziskav preko baz podatkov in knjižnice v zdravstveni ustanovi.

Lehane, et al. (2019) navajajo, da je za poudarjanje in izboljšanje klinične učinkovitosti in na dokazih podprte prakse Inštitut za medicino zastavil cilj, da bo do leta 2020 90 % kliničnih odločitev podprtih z natančnimi, pravočasnimi in ažurnimi kliničnimi informacijami, ki bodo odražale najboljše razpoložljive dokaze za doseganje najboljših rezultatov pacientov. Da bi zagotovili, da bodo bodoči uporabniki zdravstvenega varstva

lahko deležni takšne oskrbe, morajo zdravstvene ustanove učinkovito vključiti potrebna znanja, spretnosti in stališča, potrebna za izvajanje na dokazih podprte prakse, v izobraževalne programe.

Seveda pa je potrebno za izvajanje na dokazih podprte prakse v klinično okolje implementirati primeren model na dokazih podprte prakse, ki medicinske sestre pelje skozi celoten proces pridobivanja dokazov in uporabe kakovostnih dokazov pri zdravstveni negi pacienta. Schaffer, et al. (2012) navajajo, da ni potrebno razvijati novih modelov na dokazih podprte prakse, temveč testirati in izpopolniti obstoječe modele. Melnyk, et al. (2017) navajajo, da izvajanje modela ARCC v primarnem zdravstvenem varstvu lahko zviša prepričanje zdravstvenih delavcev in izboljša izvajanje zdravstvene nege, ki temelji na dokazih podprti praksi, izboljša rezultate pacientov in premakne organizacijsko kulturo v smeri delovanja na dokazih podprte prakse. Helfrich, et al. (2010) navajajo, da morajo vsi raziskovalci, ki uporabljajo kateri koli model, le-tega uporabljati celovito in perspektivno, glede na njegove prednosti. Nenazadnje je dokaz vsakega izvedbenega modela na dokazih podprte praksa njegova izkazana uporabnost v praktičnem smislu, za načrtovanje izvedbenih ukrepov in povečanje učinkovitosti v različnih pogojih. Raziskave, ki na ta način proučujejo modele na dokazih podprte prakse, bodo celotno področje premaknile naprej.

2.5.1 Omejitve raziskave

S pregledom literature smo se osredotočili na dokazih podprto prakso v primarnem zdravstvenem varstvu ter dejavnike, ki vplivajo na izvajanje na dokazih podprte prakse. Pri pregledu literature smo naleteli na več omejitev. Prva omejitev je bila, da smo pregledovali literaturo le v slovenskem in angleškem jeziku, zato smo lahko izpustili relevantne raziskave, napisane in objavljene v drugih jezikih. Dodatne omejitve so bile izključitev literature, do katere nismo imeli dostopa v celoti, in zelo malo raziskav na obravnavano temo v slovenskem jeziku.

2.5.2 Prispevek za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Na dokazih podprta praksa je aktualen pristop za izvajanje zdravstvene nege in obravnave pacientov, vendar ogromno literature opisuje, da se medicinske sestre ne poslužujejo omenjenega pristopa. Prihaja do nejasnosti pri izbiri in vpeljevanju modelov na dokazih podprte prakse v zdravstvene ustanove in neenakosti pri izbiri modela. Z nadaljnjim raziskovanjem bi lahko oblikovali oziroma prilagodili obstoječi model na dokazih podpre prakse, ki bi bil prilagojen izključno za zdravstveno varstvo na primarni ravni. Seveda pa je ob tem potrebno poskrbeti za izobraževanje in pridobivanje kompetenc medicinskih sester za izvajanje zdravstvene nege, ki temelji na dokazih, zato je ukrepe potrebno uvesti že v srednješolsko in dodiplomsko izobraževanje. Raziskovanje medicinskih sester je ključnega pomena, da se na dokazih podprta praksa lahko v kliničnem okolju vzpostavi, zato morajo medicinske sestre pridobivanje dokazov osvojiti in dokaze znati tudi selektivno uporabiti v zdravstveni negi. Priporočamo nadaljnje raziskovanje obravnavane tematike, ki bi bilo usmerjeno na vpeljevanje modela na dokazih podprte prakse v primarno zdravstveno varstvo.

3 ZAKLJUČEK

Izvajanje kakovostne zdravstvene nege pacientov je močno odvisno od sposobnosti in znanja medicinskih sester, zato morajo le-te pridobivati strokovno znanje in spremljati najnovejše smernice na dokazih podprte prakse. Zdravstvo je dinamično področje, kjer se novi dokazi pojavljajo dnevno. Medicinske sestre morajo biti sposobne spremljati nove dokaze, kar bo tudi močno vplivalo na kakovost izvajanja zdravstvene nege. Zavzetost medicinskih sester in ostalih zdravstvenih delavcev na primarni zdravstveni ravni je potrebna za spodbujanje sprememb pri doseganju na dokazih podprte prakse. Stopnja usposobljenosti in učinkovitosti medicinskih sester mora biti na najvišji ravni.

Pomen izobraževanja v okviru na dokazih podprte prakse vedno bolj poudarjajo, poudarjajo tudi potrebo po izboljšanju kakovosti izobraževanja z uvedbo inovativnih modelov poučevanja in usposabljanja. Izobraževanje o na dokazih podprti praksi je treba vključiti v klinično prakso in ga ovrednotiti ter voditi na podlagi pridobljenih dokazov. Dosedanje raziskave na dokazih podprte prakse o izobraževanjih in usposabljanjih so pokazale, da se lahko znanje in veščine medicinskih sester o na dokazih podprti praksi izboljšajo z različnimi izobraževalnimi modeli, ki so implementirani na zdravstvenih šolah, s programi usposabljanja zaposlenih in programi stalnega izobraževanja.

V diplomskem delu smo opisali primere na dokazih podprte prakse v primarnem zdravstvenem varstvu in opredelili modele na dokazih podprte prakse, ki jih najpogosteje uporabljajo. Na podlagi pregledane literature smo prišli do spoznanja, da bo potrebno izpopolniti izobraževanja in usposabljanja na dokazih podprte prakse za medicinske sestre, temu primerno bi bilo treba v vsaki zdravstveni ustanovi vpeljati model na dokazih podprte prakse in celotno organizacijsko kulturo usmeriti v obravnavo pacientov, ki temelji na pridobljenih dokazih in ne izkušnjah. Vsekakor pa morajo za omenjene spremembe pridobiti ustrezne kompetence, tako vodstvo kot zdravstveni delavci, pri čemer lahko izpostavimo nujnost naprednega znanja medicinskih sester in oblikovanje nacionalnega kompetenčnega modela, ki napredna znanja opredeljuje.

4 LITERATURA

Borges Da Silva, R., Brault, I., Pineault, R., Chouinard, M., Prud'homme, A. & D'Amour, D., 2018. Nursing practice in primary care and patients' experience of care. *Journal of Primary Care & Community Health*, 9(11), art. ID 10.1177/2150131917747186.

Camargo, F.C., Iwamoto, H.H., Galvão, C.M., Pereira, G.A., Andrade, R.B. & Masso, G.C., 2018. Competences and barriers for the evidence-based practice in nursing: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), pp. 2030-2038.

Correa de Araujo, R., 2016. Evidence-based practice in the United States: challenges, progress, and future directions. *Health care for women international*, 37(1), pp. 2-22.

Cullen, L., 2015. Models for implementation and integration of evidence-based practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(2), pp. 51-60.

Dalheim, A., Harthug, S., Nilsen, R.M. & Nortvedt, M.N., 2012. Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. *BMC Health Services Research*, 12(367), doi:10.1186/1472-6963-12-367.

Djulbegovic, B., Hamm, R.M., Mayrhofer, T., Hozo, I. & Van den Ende, J., 2015. Rationality, practice variation and person-centred health policy: a threshold hypothesis. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(6), pp. 1121-1124.

Fei, J., Li, Y., Gao, W. & Li, J., 2018. Efficacy of evidence-based medicine training for primary healthcare professionals: a non-randomized controlled trial. *BMC Medical Education*, 18(299), doi: 10.1186/s12909-018-1404-y.

González-Torrente, S., Pericas-Beltrán, J., Bennasar-Veny, B., Adrover-Barceló, R., Morales-Asencio, J.M. & De Pedro-Gómez, J., 2012. Perception of evidence-based practice and the professional environment of Primary Health Care nurses in the Spanish

context: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12, doi: 10.1186/1472-6963-12-227.

Helfrich, C.D., Damschroder, L.J., Hagedorn, H.J., Daggett, G.S., Sahay, A., Ritchie, M., Damushm T., Guihan, M., Ullrich, P.M. & Stetler, C.B., 2010. A critical synthesis of literature on the promoting action on research implementation in health services (PARIHS) framework. *Implementation Science*, 5(82), doi: 10.1186/1748-5908-5-82.

Hockenberry, M.J., Brown, T.L. & Mazurek Melnyk, B., 2011. Implementing Evidence in Clinical Settings. In: B. Mazurek Melnyk & F. Overholt, eds. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Lippincott: Williams & Wilkins, pp. 205-226.

Iowa Model Collaborative, 2017. Iowa Model of Evidence-Based Practice: Revisions and Validation. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(3), pp. 175-182.

Jost, S.G., Bonnell, M., Chacko, S.J. & Parkinson, D.L., 2010. Primary nursing: staff perception of changes in ward atmosphere and role. *Integral Primary Nursing*, 34(3), pp. 208-216.

Korhonen, A. & Kangasniemi, M., 2013. It's time for updating primary nursing in pediatric oncology care: qualitative study highlighting the perceptions of nurses, physicians and parents. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), pp. 732-738.

Kusk, K.H. & Groenkjaer, M., 2016. Effectiveness of primary nursing in the care and satisfaction of adult inpatients: a systematic review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(6), pp. 14-22.

Lehane, E., Leahy-Warren, P., O'Riordan, C., Savage, E., Drennan, J., Tuathaigh, C.M., O'Connor, M., Corrigan, M., Burke, F., Hayes, M., Lynch, H., Sahm, L., Heffernan, E., O'Keeffe, L., Blake, C., Horgan, F. & Hegarty, J., 2019. Evidence-based practice

education for healthcare professions: an expert view. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 24(3), doi: dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2018-111019.

Laycock, A., Harvey, G., Percival, N., Cunningham, F., Bailie, J., Matthews, V., Copley, K., Patel, L. & Bailie, R., 2018. Application of the i-PARIHS framework for enhancing understanding of interactive dissemination to achieve wide-scale improvement in Indigenous primary healthcare. *Health Research policy and Systems*, 16(117), doi: 10.1186/s12961-018-0392-z.

Levin, R.F., Fineout Overholt, E., Melnyk, B.M., Barnes, M. & Vetter, M.J., 2011. Fostering evidence-based practice to improve nurse and cost outcomes in a community health setting: a pilot test of the advancing research and clinical practice through close collaboration model. *Nursing Administration Quarterly*, 35(1), pp. 21-33.

Lindstrom, A.C. & Bernhardsson, S., 2018. Evidence-based practice in primary care occupational therapy: a cross-sectional survey in Sweden. *Occupational Therapy International*, doi: 10.1155/2018/5376764.

Mahmoud, M.H. & Abdelrasol, Z.F.M., 2019. Obstacles in employing evidence-based practice by nurses in their clinical settings: a descriptive study. *Frontiers of Nursing*, 6(2), pp. 123-133.

Majid, S., Foo, S., Luyt, B., Zhang, X., Theng, Y.L., Chang, Y.K. & Mokhtar, I.A., 2011. Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers. *Journal of the Medical Library Association*, 99(3), pp. 229-236.

McCrae, N., 2012. Whither nursing models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *Journal of advanced nursing*, 68(1), pp. 222-229.

Melnyk, B.M., 2013. Educational programming in undergraduate and graduate academic curricula: Friend or foe to accelerating evidence-based practice? *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 10(4), pp. 185-186.

Melnyk, B.M., Fineout-Overholz, E., Giggelman, M. & Choy, K., 2017. A test of the ARCC© model improves implementation of evidence-based practice, healthcare culture, and patient outcomes. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 14(1), pp. 5-9.

Melnyk, B.M., Fineout Overholt, E., Stillwell, S.B. & Williamson, K.M., 2010. Evidence-based practice: step by step: the seven steps of evidence-based practice. *The American journal of nursing*, 110(1), pp. 51-53.

Melnyk, B.M. & Gallagher-Ford, L., 2015. Implementing the new essential evidence-based practice competencies in real-world clinical and academic settings: moving from evidence to action in improving healthcare quality and patient outcomes. *World views on a Evidence Based Practice*, 12(2), pp. 67-69.

Melnyk, B.M., Gallagher Ford, L., Long, L.E. & Fineout Overholt, E., 2014. The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: Proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 11(1), pp. 5-15.

Missal, B., Schafer, B.K., Halm, M.A. & Schaffer, M.A., 2010. A university and healthcare organization partnership to prepare nurses for evidence-based practice. *Journal of Nursing Education*, 49(8), pp. 456-461.

Mitchell, S., Fisher, C., Hastings, C., Silverman, L. & Wallen, G., 2010. A thematic analysis of theoretical models for translational science in nursing: mapping the field. *Nursing Outlook*, 58(3), pp. 287-300.

Payne, R. & Steakley, B., 2015. Establishing a primary nursing model of care. *Nursing Management*, 46(12), pp. 11-13.

Pereira, F., Salvi, M. & Verloo, H., 2018. Beliefs, Knowledge, Implementation, and Integration of Evidence-Based Practice Among Primary Health Care Providers. *JMIR Research Protocol*, 6(8), doi: 10.2196/resprot.7727.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2014. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams and Wilkins.

Riva, J.J., Malik, K.M.P., Burnie, S.J., Endicott, A.R. & Busse, J.W., 2012., What is your research question? An introduction to the PICOT format for clinicians. *The Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 56(3), pp. 167-171.

Sabadin, T., 2015. Prihodnost v zdravstveni negi. *Slovenska Pediatrija*, 22(1), pp. 22-27.

Schaffer, M.A., Sandau, K.E. & Diedrick, L., 2012. Evidence-based practice models for organizational change: overview and practical applications. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), pp. 1197-1209.

Shayan, S.J., Kiwanuka, F. & Nakaye, Z., 2019. Barriers associated with evidence-based practice among nurses in low- and middle-income countries: a systematic review. *World views on a Evidence Based Practice*, 16(1), pp.12-20.

Skela Savič, B., 2012. Pomen raziskovanja in na dokazih temelječega delovanja za razvoj zdravstvene nege. In: T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dvoršak & D. Klemenc, eds. *Z dokazi v prakso*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Nacionalni center za strokovni, karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 21-33.

Skela Savič, B., 2015. *V čem se na dokazih podprta zdravstvena nega razlikuje od na dokazih podprte medicine?* [Online] Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin. Available at: <https://www.fzab.si/blog/2015/11/10/v-cem-se-na-dokazih-podprta-zdravstvena-nega-razlikuje-od-na-dokazih-podprte-medicine/> [Accessed 1 May 2019].

Stevens, K., 2013. The impact of evidence-based practice in nursing an the next big ideas. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2), p. 4.

Stetler, C.B., 2010. Stetler model. In: J. Rycroft-Malone & T. Bucknall, eds. *Models and Frameworks for Implementing Evidence-Based Practice: Linking Evidence to Action*. West Sussex: Wiley-Blackwell, pp. 51-88.

Stetler, C.B., Damschroder, L.J., Helfrich, C.D. & Hagedorn, H.J., 2011. A Guide for applying a revised version of the PARIHS framework for implementation. *Implementation Science*, 6(1), p. 99.

Strojan, N., Zurca, J. & Skela Savič, B., 2012. Odnos medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(1), pp. 47-55.

Verloo, H., Desmedt, M. & Morin, D., 2017. Beliefs and implementation of evidence-based practice among nurses and allied healthcare providers in the Valais Hospital, Switzerland. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(1), pp. 139-148.

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, p. 18.

Wallen, G.R., Mitchell, S.A., Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E., Miller-Davis, C., Yates, J. & Hastings, C., 2010. Implementing evidence-based practice: effectiveness of a structured multifaceted mentorship programme. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), pp. 2761-2771.

Welch, V., Petticrew, M., Tugwell, P., Moher, D., O'Neill, J., Waters, E. & White, H., 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.

Wilkinson, J., Kent, S. & Davies, H., 2011. An exploration of the roles of nurses managers in evidence- based practice implementation. *Worldviews on evidence-based Nursing*, 4(1), pp. 236-246.

Xie, H.T., Zhou, Z.Y., Xu, C.Q., Ong, S. & Govindasamy, A., 2017. Nurses' attitudes towards research and evidence based practice: perspectives from psychiatric setting. *Nursing & Health Care*, 3(5), pp. 1-7.

Zijpp, T.J., Niessen, T., Eldh, A.C., Hawkes, C., McMullan, C., Mockford, C., Wallin, L., McCormack, B., Rycroft-Malone, J. & Seers, K., 2016. A Bridge Over Turbulent Waters: Illustrating the Interaction Between Managerial Leaders and Facilitators When Implementing Research Evidence. *Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*, 13(1), pp. 25-31.