



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
FIZIOTERAPIJA

**DEJAVNIKI, KI SO POVEZANI Z UPORABO
NA DOKAZIH PODPRTE PRAKSE PRI
OBRAVNAVI MOŽGANSKE KAPI V
FIZIOTERAPIJI**

**FACTORS ASSOCIATED WITH THE
APPLICATION OF EVIDENCE-BASED
PRACTICE IN STROKE MANAGEMENT IN
PHYSIOTHERAPY**

Mentorica: dr. Monika Zadnikar, viš. pred.
Somentorica: doc. dr. Sedina Kalender Smajlović

Kandidatka: Ula Rupnik

Jesenice, julij, 2022

ZAHVALA

Hvala mentorici dr. Moniki Zadnikar, viš. pred. za spodbudo in pomoč pri izdelavi diplomskega dela. Prav tako bi se rada zahvalila somentorici doc. dr. Sedinii Kalender Smajlović in recenzentki Andrei Backović Juričan, viš. pred.

Rada bi se zahvalila tudi svoji družini, partnerju in prijateljem, ki so mi dajali podporo skozi celoten študij in pri pisanju diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Glede na epidemiološke podatke, je možganska kap glavni vzrok kronične oviranosti po vsem svetu. V zadnjem desetletju se je umrljivost po možganski kapi znatno zmanjšala, povečalo pa se je število preživelih s hudimi kroničnimi okvarami, zato je izboljšanje rehabilitacije nujno potrebno.

Cilj: Cilj diplomskega dela je raziskati stališča, stopnjo znanja in stopnjo uporabe na dokazih podprte prakse (DPP) s strani fizioterapevtov pri obravnavi pacienta po možganski kapi.

Metoda: Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja, na namenskem neslučajnostnem vzorcu fizioterapevtov ($n = 55$). Kot orodje za analizo smo uporabili statistično programsko opremo SPSS, verzija 22.0. Uporabili smo metode opisne statistike, Levenov test, t-test za neodvisne vzorce in ANOVO. Za povezanost testov smo uporabili Pearsonov koeficient korelacije. Zanesljivost vprašalnika smo preverili s pomočjo Cronbach alfa koeficienta. Rezultate smo kot statistično značilne vrednotili pri vrednosti $p \leq 0,05$.

Rezultati: Anketiranci najpogosteje svoje paciente sprašujejo glede njihovih želja in vrednot ter jih pri svojem odločanju upoštevajo ($M = 4,45$; $SO = 0,662$). Anketiranci le občasno o DPP razpravljajo na delovnem mestu, prav tako pa zelo pogosto uporabljajo internet kot svoj glavni vir informacij v klinični praksi in se zanašajo na osebne izkušnje pri postopkih odločanja. Anketiranci so bili pri vprašanju, da za večino postopkov, ki jih uporabljajo pri pacientih po možganski kapi, ne primanjkuje znanstvenih dokazov, dokaj neodločni, v večini se niti ne strinjajo, niti strinjajo s tem ($M = 3,04$; $SO = 0,922$). Statistično pomembna razlika ($p = 0,042$) je med anketiranci glede na stopnjo izobrazbe, saj se anketiranci z višjo stopnjo izobrazbe v povprečju bolj strinjajo s trditvijo, da DPP olajša odločanje pri izbiri zdravljenja.

Razprava: Ugotovili smo, da je stopnja znanja in stopnja uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi med fizioterapevti dobra. Stališča fizioterapevtov do uporabe DPP so pozitivna.

Ključne besede: rehabilitacija, klinične smernice, pacient, nevrofizioterapija, fizioterapevt

SUMMARY

Background: According to epidemiological data, stroke is a leading cause of chronic disability worldwide. Over the past decade, the mortality after stroke has decreased significantly; however, the number of survivors with severe chronic disabilities increased, making improvements to the course of rehabilitation urgently needed.

Aims: The diploma thesis aims to explore the attitudes, the level of knowledge and the level of use of evidence-based practice (EBP) in the treatment of patients after stroke.

Methods: We used a quantitative research method, on a purposive sample of physiotherapists ($n = 55$). SPSS statistical software, version 22.0, was used to analyse data. We used the methods of descriptive statistics, Leven's test, t- test for independent samples and ANOVA. Pearson's correlation coefficient was used to connect the tests. The reliability of the questionnaire was checked using the Cronbach's alpha coefficient. The results were evaluated as statistically significant at $p \leq 0.05$.

Results: Respondents most often ask their patients about their preferences and values and take them into account in their decision-making ($M = 4.45$; $SD = 0.662$). Respondents only occasionally discuss EBP in the workplace, and they also very often use the Internet as their main source of information in clinical practice and rely on personal experience in decision-making processes. Respondents were quite undecided when asked whether there is no lack of scientific evidence for most of the procedures used in stroke patients, with most neither agreeing nor agreeing with this ($M = 3.04$; $SD = 0.922$). There is a statistically significant difference ($p = 0.042$) between the respondents in terms of the level of education, as respondents with higher level of education on average agree more strongly with the statement that the EBP facilitates decision-making when choosing a treatment.

Discussion: Our research has shown that the level of knowledge and level of use of EBP in treating stroke among physiotherapists is high. The attitudes of physiotherapists towards the use of EBP are positive.

Key words: Rehabilitation, clinical guidelines, patient, neurophysiotherapy, physiotherapist

KAZALO

1	UVOD.....	1
2	TEORETIČNI DEL.....	2
3	EMPIRIČNI DEL	7
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	7
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	7
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	7
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	7
3.3.2	Opis merskega instrumenta	8
3.3.3	Opis vzorca.....	9
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	11
3.4	REZULTATI.....	12
3.4.1	Stališča fizioterapevtov do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi... 12	
3.4.2	Stališča fizioterapevtov do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi glede na izobrazbo anketirancev	13
3.4.3	Stališča fizioterapevtov do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi glede na raven zdravstvenega varstva	16
3.4.4	Stopnja znanja o DPP pri obravnavi možganske kapi.....	19
3.4.5	Stopnja znanja o DPP pri obravnavi možganske kapi glede na izobrazbo .	23
3.4.6	Stopnja znanja o DPP pri obravnavi možganske kapi glede na starost.....	24
3.4.7	Stopnja znanja o DPP pri obravnavi možganske kapi glede na raven zdravstvenega varstva.....	24
3.4.8	Mnenje o lastnem znanju o DPP in stališča do znanja	26
3.4.9	Stopnja uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi med fizioterapevti ...	27
3.5	RAZPRAVA	29
3.5.1	Stališča fizioterapevtov do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi... 29	
3.5.2	Stopnja znanja o DPP pri obravnavi možganske kapi med fizioterapevti ..	30
3.5.3	Stopnja uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi med fizioterapevti ...	31
4	ZAKLJUČEK.....	32
5	LITERATURA	33

6	PRILOGE	36
6.1	INSTRUMENT	36

KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika (sklopov) - Chronbach koeficient alfa	9
Tabela 2: Demografski podatki anketirancev	10
Tabela 3: Starost anketirancev	11
Tabela 4: Stališča fizioterapevtov do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi	12
Tabela 5: Izobrazba (združeno)	13
Tabela 6: Stališča fizioterapevtov do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi glede na izobrazbo anketirancev	15
Tabela 7: Raven zdravstvenega varstva anketirancev (združeno).....	16
Tabela 8: Stališča fizioterapevtov do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi glede na raven zdravstvenega varstva zaposlenih (2 skupini).....	17
Tabela 9: Stališča fizioterapevtov do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi glede na raven zdravstvenega varstva zaposlenih (4 skupine).....	18
Tabela 10: Definicija točkovnika za sklop »Znanje o DPP pri obravnavi možganske kapi«	20
Tabela 11: Rezultati sklopa »Znanje o DPP pri obravnavi možganske kapi«	21
Tabela 12: Skupno znanje anketirancev o DPP pri obravnavi možganske kapi	23
Tabela 13: Skupno znanje anketirancev o DPP pri obravnavi možganske kapi glede na izobrazbo zaposlenih	24
Tabela 14: Povezanost med skupnim znanjem anketirancev o DPP pri obravnavi možganske kapi in starostjo anketirancev	24
Tabela 15: Skupno znanje anketirancev o DPP pri obravnavi možganske kapi glede na raven zdravstvenega varstva (2 skupini)	25
Tabela 16: Skupno znanje anketirancev o DPP pri obravnavi možganske kapi glede na raven zdravstvenega varstva (4 skupine).....	26
Tabela 17: Rezultati sklopa »Mnenje o lastnem znanju o DPP in stališča do znanja« ..	27
Tabela 18: Stopnja uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi med fizioterapevti	28

SEZNAM KRAJŠAV

CPA	ang. Canadian Pysiotherapy Association
DPP	na dokazih podprta praksa
EBP	Evidence-based practice
EU	Evropska unija
FZAB	Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
M	Mediana
SD	Standardni odklon
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TIA	Predhodni ishemični napad
ZDA	Združene države Amerike

1 UVOD

Možganska kap je opredeljena kot klinični sindrom, za katerega so značilni hitro razvijajoči simptomi možganske okvare, ki trajajo več kot 24 ur ali pa se končajo s smrtjo. Možganska kap je klinična diagnoza, ki obsega tri vrste kapi. To so ishemična, hemoragična in predhodna ishemična možganska kap (TIA). Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije je možganska kap definirana kot akutna nevrološka motnja žilja z nenadnim pojavom simptomov, ki prizadene določen del možganov (Sinur, 2013).

Poklic fizioterapevta se je razvil iz prakse, ki je temeljila predvsem na običajnih empiričnih podatkih, načelih anatomije in fiziologije, na podlagi strokovnega mnenja in kliničnih izkušnjah. DPP je pripomogla k boljšem kliničnem odločanju z ustreznimi dokazi. Klinično odločanje se je tako razširilo na vključevanje potreb in vrednot posameznega pacienta. Klinični postopek odločanja je tako vključitev najboljših razpoložljivih dokazov, lastno strokovno znanje ter upoštevanje vrednot in potreb pacienta, ki prejema oskrbo/obravnavo (Canadian Pysiotherapy Association - CPA, 2012).

Kanadsko združenje fizioterapevtov (CPA, 2012) trdi, da praksa, ki temelji na dokazih, pomeni zagotavljanje najboljše razpoložljive oskrbe za določeno populacijo pacientov v posebnem kliničnem okolju. Iz dokazov izhaja najboljša razpoložljiva oskrba, ki temelji na interakciji med z dokazi podprtimi znanji, kliničnimi izkušnjami in potrebami pacientov.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 MOŽGANSKA KAP

Možganska kap je stanje pri katerem pride do prekinjenega dotoka krvi v določen predel možganov. Glede na etiologijo ločimo ishemično in hemoragično možgansko kap, lahko pride pa do tranzistornega ishemičnega napada (Rehar & Menih, 2017). Vzrok za možgansko kap je v 85 % posledica prekinitve dotoka krvi, v 10 % je posledica možganske krvavitve in v 5 % nastopi zaradi drugih vzrokov. Posledice možganske kapi se kažejo v različnih oblikah. Pogosto se pojavi oslabelost ali ohromelost roke in noge ene polovice telesa, ohromelost polovice obraza, motnje ravnotežja, motnje govora in vida, težave pri požiranju in druge motnje (Sinur, 2013).

2.2 EPIDEMIOLOŠKI PODATKI

Nevrološke motnje so glavni vzrok kronične oviranosti po vsem svetu, med katerimi je možganska kap vodilni vzrok. Napredno zdravljenje oseb po možganski kapi je v zadnjem desetletju znatno zmanjšalo umrljivost, posledično se je povečalo število preživelih s hudimi kroničnimi okvarami. Zmanjšanje smrtnosti ni potekalo vzporedno s terapevtskimi in rehabilitacijskimi strategijami, ki bi omogočile izboljšano funkcionalno okrevanje oseb po možganski kapi (Alaweih, et al., 2016). Žvan in Zupan (2012) navajata, da se trenutno z možgansko-žilnimi boleznimi po svetu bori 15 milijonov ljudi. V svetovnem merilu 5 milijonov oseb letno postane dolgotrajno telesno prizadetih, enako število oseb umre. Na začetku 21. stoletja je približno 1,1 milijona prebivalcev Evrope vsako leto utrpelo možgansko kap. Ishemična možganska kap je predstavljala 80 % vseh primerov. Zaradi staranja prebivalstva se pričakuje močno povečanje števila možganskih kapi. Do leta 2025 naj bi 1,5 milijona prebivalstva v Evropi doživela možgansko kap (Bejot, et al., 2016). V ZDA možganska kap letno prizadene okoli 800.000 posameznikov, pri večini se razvijejo dolgoročni fizični primanjkljaji (Alaweih, et al., 2016). Leta 2012 se je v Sloveniji zaradi možganske kapi zdravilo okoli 4400 posameznikov, okoli 2100 jih je umrlo; je tretji najpogostejši vzrok smrti med ženskami (Žvan & Zupan, 2012).

2.3 NEVROFIZIOTERAPIJA

Motorično okrevanje po poškodbi možganov je zapleten, dinamičen in več faktorski proces, v katerem medsebojno vplivajo genetski, patofiziološki, sociodemografski in rehabilitacijski oziroma terapevtski dejavniki. Okrevanje po možganski kapi je najbolj raziskana oblika okrevanja živčevja po poškodbi, vendar kljub temu še vedno ni temeljitega razumevanja patofiziologije in drugih dejavnikov, ki vplivajo na okrevanje po možganski kapi (Alaweih, et al., 2016).

Pristope v fizioterapiji lahko glede na teoretično ozadje razdelimo na nevrološki pristop in na motorično učenje. Pred letom 1940 so bili pacienti z nevrološkimi okvarami prepuščeni pasivnemu čakanju. Model mišične re-edukacije je bil prvi fizioterapevtski pristop, ki je bil usmerjen v delo z nevrološkimi pacienti. Cilj modela je bilo izolirano in zavestno aktiviranje posameznih mišic. Vendar pa se je model mišične re-edukacije izkazal kot slabo uporaben, saj so imeli pacienti težave z izoliranim aktiviranjem mišic. Tako so se začeli razvijati nevrofiziološki pristopi v fizioterapiji. Od osemdesetih let prejšnjega stoletja se je povečalo zavedanje, da je v koncept nevrofizioterapije potrebno vključevati dognanja raziskav iz relevantnih znanstvenih področij. Za dober razvoj DPP je potrebno ugotovitve raziskav preizkusiti v fizioterapevtski praksi (Puh, 2010).

2.4 NA DOKAZIH PODPRTA FIZIOTERAPIJA

DPP (angleško: evidence based practice; EBP) je vedno bolj aktualna tema v rehabilitaciji in fizioterapiji. Čeprav je zanimanje zanjo vedno večje, se klinični strokovnjaki in raziskovalci še ne strinjajo o pravilni opredelitvi na dokazih podprte fizioterapije. Svetovna konfederacija za fizioterapijo (angleško: The World Confederation for Physical Therapy) je DPP opredelilo kot zavezanost k uporabi najboljših razpoložljivih dokazov za informiranje o odločanju pri oskrbi posameznika. Omenjeno definicijo so leta 1996 zasnovali po definiciji na dokazih podprti medicini. Klinični strokovnjaki so v vseh teh letih iskali bolj primeren način za opisovanje na dokazih podprte fizioterapije. Veras, et al. (2016) so tako predlagali novo definicijo, ki zajema na dokazih podprto fizioterapijo s področij študija, raziskav in prakse v kateri

klinične odločitve temeljijo na najboljših razpoložljivih dokazih, ki vključujejo tako prakso kot strokovno znanje z etičnimi načeli.

V zadnjem desetletju se vse bolj pričakuje, da rehabilitacija pacienta temelji na DPP. Pomisleki o uporabi kliničnih smernic, temelječih na dokazih, pogosto temeljijo na teoretičnem znanju, osebnih izkušnjah in mnenju drugih strokovnih kolegov. Nedavni pregledi literature kažejo, da imajo zdravstveni delavci pozitiven odnos do kliničnih smernic, ki so oblikovane na podlagi dokazov. Pri izvajanju pa temu ni tako. DPP se pri izvajanju ne upošteva v zadostni meri. Večina oseb po možganski kapi potrebuje rehabilitacijo zaradi oslabljenih telesnih funkcij in omejitvah pri vsakodnevnih aktivnostih. Rehabilitacija mora biti zato ciljno usmerjena, postati mora večdimenzionalni proces s ciljem olajšati, obnoviti ali prilagoditi se izgubi določene funkcije (Kristensen, et al., 2016).

Leta 2014 je Kraljevsko Nizozemsko društvo za fizioterapijo (Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie) objavilo trenutno najnovejše klinične smernice za obravnavo pacientov po možganski kapi v Evropi (Veerbeek, et al., 2014). Predhodne smernice so leta 2011 oblikovali na Danskem, Danska zdravstvena organizacija (Danish Health Technology Assessment - HTA). Te smernice so poudarjale interdisciplinarno, zgodnjo, ciljno usmerjeno in dobro usklajeno rehabilitacijo, ki temelji na najnovejšem znanstvenem znanju in v najvišji meri vključuje pacienta (Kristensen, et al., 2016). Smernice, ki so jih oblikovali na Nizozemskem, so le posodobitev, s poudarkom izboljšanja kakovosti, preglednosti in enotnosti fizioterapije pri obravnavi oseb po možganski kapi. Klinične smernice so prilagodili na podlagi novejših znanstvenih raziskav in na podlagi soglasij med fizioterapevti v Evropski uniji (EU) na primarni, sekundarni in terciarni ravni (Veerbeek, et al., 2014). Obstajajo dokazi, da uporaba DPP in upoštevanje pacientovega mnenja poveča zadovoljstvo in uspešnost rehabilitacije, zato vse klinične smernice priporočajo, da vsi posegi temeljijo na skupnem postavljanju ciljev in vključevanju svojcev, v kolikor pacient meni, da je to pomembno in potrebno (Kristensen, et al., 2016).

The Health Technology Assessment programme (program ocenjevanja zdravstvene tehnologije) v Veliki Britaniji je 2013 izvedlo raziskavo o pregledu učinkovitosti, razširjanju in uporabi DPP za obravnavo možganske kapi med zdravstvenimi strokovnjaki. Upoštevanje kliničnih smernic je izraz, ki se uporablja v literaturi in se sklicuje na vse dejavnike, ki vplivajo na uporabo priporočene prakse v skladu z raziskovalnimi dokazi. V preteklosti je več raziskav raziskovalo ukrepe za izboljšanje in spoštovanje kliničnih smernic (Donnellan, et al., 2013).

Do leta 2013, ko so raziskavo izvedli v Veliki Britaniji, ni bilo še nobene raziskave o spoštovanju kliničnih smernic na področju rehabilitacije po možganski kapi. Z raziskavo so želeli zaznati prednosti in ovire pri upoštevanju DPP. V raziskavo je bilo po pregledu literature vključenih 27 člankov. S pregledom literature so prišli do zaključka, da je nujno potrebno izboljšati pripadnost zdravstvenih delavcev, ki sodelujejo v rehabilitaciji oseb po možganski kapi. Potrebno bi bilo dodatno izobraževanje zdravstvenih delavcev, da bi se predstavilo pomembnost in učinkovitost kliničnih smernic (Donnellan, et al., 2013).

Mickan, et al. (2011) so izvedli sistematični pregled uporabi DPP skozi objektiv Pathmanovega modela. To je štiri stopenjski model, ki ga je Pathman razvil v letu 1996. Govori o tem, da se mora zdravstveni delavec najprej seznaniti s kliničnimi smernicami, nato se z njimi strinjati, jih osvojiti in spoštovati. V raziskavi so ugotovili, da so določeni primanjkljaji na vsaki stopnji modela. Zato je potrebno razmisliti o strategiji, ki bi ciljala na ozaveščenost, sprejetje in spoštovanje kliničnih smernic.

Alshehri, et al. (2017) so izvedel raziskavo v Savdski Arabiji, v kateri so ugotavljali znanje in stališča fizioterapevtov do DPP in njihovo povezanost z uporabo le-teh. V raziskavi je sodelovalo 376 fizioterapevtov. Skozi raziskavo so opazili, da je med fizioterapevti kar 81 - 95 % takih, ki menijo da je v kliničnem odločanju potrebno uporabljati DPP. Kar 95 % fizioterapevtov se je močno strinjalo s trditvijo, da je branje relevantne strokovne literature potrebno za nadgrajevanje znanja. Vendar pa rezultati, ki opisujejo znanje o DPP ni tako prepričljivo. Samo 12 % anketiranih fizioterapevtov popolnoma razume izraz DPP in njene postopke. Ta raziskava je pokazala omejeno zavedanje in poznavanje DPP pri večini anketiranih fizioterapevtov v Savdski Arabiji.

Upoštevati moramo, da so v raziskavi sodelovali samo fizioterapevti, ki delujejo v javnih kliničnih praksah.

Na podlagi pregledane literature menimo, da je potrebno izvesti več raziskav, ki bi opisovale znanje, stališča in uporabo DPP pri obravnavi pacientov po možganski kapi. Glede na epidemiološke podatke je izboljšanje rehabilitacije po možganski kapi nujno potrebno. V prej omenjenih raziskavah lahko opazimo, da fizioterapevti menijo, da je uporaba DPP nujna, vendar se v praksi zaradi primanjkljaja znanja ne uporablja. S pomočjo anketiranja je potrebno pridobiti podatke o stališčih fizioterapevtov, njihovo znanje in uporabo DPP v Sloveniji pri fizioterapevtski obravnavi oseb po možganski kapi.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je preučiti dejavnike, ki so povezani z uporabo DPP pri obravnavi možganske kapi.

Cilji diplomskega dela so:

- Ugotoviti stališča fizioterapevtov do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi.
- Ugotoviti stopnjo znanja fizioterapevtov o DPP pri obravnavi možganske kapi med fizioterapevti.
- Ugotoviti stopnjo uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi med fizioterapevti.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kakšna so stališča fizioterapevtov do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi?
2. Kakšna je stopnja znanja o DPP pri obravnavi možganske kapi med fizioterapevti?
3. Kakšna je stopnja uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi med fizioterapevti?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za teoretični del in opredelitev problema smo pregledali domačo in tujo literaturo v podatkovnih bazah. Uporabili smo naslednje podatkovne baze: Google Scholar, PEDro, Cinahl, PubMed in Cobiss. V tujih podatkovnih bazah smo uporabili naslednje ključne besede: »stroke, rehabilitation, use of, guidelines, physiotherapy, clinical guidelines,

knowledge, evidence based, implementaton, barriers, adherence«. V Cobissu pa smo uporabili naslednje besedne zveze: »možganska kap, rehabilitacija, klinične smernice, na dokazih podprta praksa, uporaba, znanje, implementacija, ovire, aderenza«. Za povezovanje oz. kombiniranje ključnih besed smo uporabili operaterja AND in OR.

Uporabili smo omejitvene kriterije, s katerimi smo zožili izbor pridobljenih podatkov in sicer: celostno besedilo člankov, angleški in slovenski jezik ter obdobje od 2010 do 2021.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za pridobivanje podatkov smo uporabili kvantitativno metodo raziskovanja s tehniko spletnega anketiranja. Uporabili smo vprašalnik zaprtega tipa, ki smo ga oblikovali po pregledu literature naslednjih avtorjev: Bernhardsson, & Larsson, 2013; Silva, et al., 2015; Alshehri, et al., 2017. Uporabili smo različne tipe vprašanj - vprašanja s ponujenimi odgovori, Likertovo lestvico stališč, kjer so vprašanja ocenjena z ocenami od 1 do 5 (1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 - niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 - se strinjam, 5 - se popolnoma strinjam in 1 - nikoli, 2 - redko, 3 - včasih, 4 - pogosto, 5 - vedno). Anketa je vsebovala štiri sklope. Prvi sklop je zajemal demografske podatke (spol, starost, itd.). V drugem nas je zanimalo znanje o DPP, v tretjem stališča do DPP pri obravnavi možganske kapi v fizioterapevtski praksi, v četrtem sklopu smo spraševali po uporabi DPP.

Pri sklopu »*Stopnja uporabe DPP*« (11 trditvev) smo trditvama »Internet uporabljam kot moj glavni vir informacij v klinični praksi« in »Moje osebne izkušnje na mojem področju so najpomembnejši dejavnik pri postopku odločanja« invertirali Likertovo lestvico in nato trditvam spremenili pomen in sicer v »Interneta NE uporabljam kot moj glavni vir informacij v klinični praksi« in »Moje osebne izkušnje na mojem področju NISO najpomembnejši dejavnik pri postopku odločanja«.

Pri sklopu »*Stališča fizioterapevtov do uporabe na dokazih podprte prakse pri obravnavi možganske kapi*« (7 trditvev) smo invertirali Likertovo lestvico pri tretji trditvi sklopa »Za večino postopkov, ki jih uporabljam pri pacientih po možganski kapi,

primanjkuje znanstvenih dokazov« in popravili pomen trditve v »Za večino postopkov, ki jih uporabljam pri pacientih po možganski kapi, ne primanjkuje znanstvenih dokazov«, tako da je za vseh 7 trditev višje strinjanje pomenilo pozitivna stališča.

Za dokaz zanesljivosti vprašalnika smo vsak sklop (trije sklopi) preverili s pomočjo izračuna koeficienta Cronbach alfa, pri katerem je zanesljivost vprašalnika boljša, ko je Cronbach koeficient alfa bliže vrednosti števila 1 (Cencič, 2009).

Pri prvem sklopu (Tabela 1) »Uporaba DPP« smo dosegli dovolj visoko stopnjo zanesljivosti, in sicer smo presegli mejno stopnjo zanesljivosti 0,7 ($\alpha = 0,731 > 0,7$). Prav tako vidimo, da smo pri drugem sklopu »Stališča fizioterapevtov do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi« dosegli dovolj visoko stopnjo zanesljivosti in presegli mejno stopnjo zanesljivosti 0,7 ($\alpha = 0,729 > 0,7$), podobno smo ugotovili tudi pri tretjem sklopu »Mnenje o lastnem znanju o DPP in stališča do znanja« ($\alpha = 0,746 > 0,7$).

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika (sklopov) - Chronbach koeficient alfa

Sklop	Število trditev	Cronbach α
Uporaba na dokazih podprte prakse	11	0,731
Stališča fizioterapevtov do uporabe na dokazih podprte prakse pri obravnavi možganske kapi	7	0,729
Mnenje o lastnem znanju o DPP in stališča do znanja	7	0,746

3.3.3 Opis vzorca

Izbran vzorec za anketiranje je bil neslučajnostni, namenski. Raziskavo smo posredovali po elektronski pošti fizioterapevtom, ki so zaposleni na nevroloških in negovalnih oddelkih, fizioterapevtom v domovih za starejše in zasebnim izvajalcem fizioterapevtske dejavnosti, ki se ukvarjajo s pacienti po možganski kapi. Podatke smo pridobili iz seznama Mreže javne zdravstvene službe Republike Slovenije in seznama javnih in zasebnih domov za starejše občane. Od predvidenih 80 fizioterapevtov je vprašalnik v celoti izpolnilo 55 anketirancev, kar predstavlja 68,8 % realizacije vzorca.

V Tabeli 2 prikazujemo demografske podatke anketirancev. Moškega spola je bila petina anketirancev (n = 11; 20,0 %), ženskega spola pa štiri petine anketirancev (n = 44; 80,0 %). Največji delež, in sicer približno tri četrtine anketirancev, ima visokošolsko izobrazbo (n = 42; 76,4 %), manjša deleža anketirancev imata magisterij ali doktorat fizioterapije oziroma druge zdravstvene smeri (n = 9; 16,4 %) ter višješolsko diplomu (n = 4; 7,3 %).

Največji delež anketirancev je zaposlenih na primarni ravni zdravstvenega varstva (vključuje: osnovno zdravstveno dejavnost, socialnovarstvene zavode) (n = 20; 36,4 %), skoraj četrtina anketirancev je zaposlena v zasebni praksi (n = 13; 23,6 %) in petina anketirancev na sekundarni ravni (vključuje: splošne in specialne bolnišnice) (n = 11; 20,0 %) oziroma terciarni ravni zdravstvenega varstva (vključuje: klinike, klinične oddelke in inštitute) (n = 10; 18,2 %). Eden od anketirancev je izbral možnost »drugo« (1,8 %), vendar svojega odgovora, kje točno dela, ni podal.

Tabela 2: Demografski podatki anketirancev

Demografski podatki	Odgovor	n	%
Spol	Moški	44	80,0
	Ženski	11	20,0
	Skupaj	55	100,0
Izobrazba	Višješolska	4	7,3
	Visokošolska	42	76,4
	Magisterij fizioterapije ali druge zdravstvene smeri ali doktorat fizioterapije ali druge zdravstvene smeri	9	16,4
	Skupaj	55	100,0
Zaposlitev glede na raven zdravstvenega varstva	Primarna raven (vključuje: osnovno zdravstveno dejavnost, socialnovarstvene zavode)	20	36,4
	Sekundarna raven (vključuje: splošne in specialne bolnišnice)	11	20,0
	Terciarna raven (vključuje: klinike, klinične oddelke in inštitute)	10	18,2
	Zasebna praksa	13	23,6
	Manjkajoči odgovor	1	1,8
	Skupaj	55	100,0

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

Minimalna starost anketirancev je bila 22 let, maksimalna 62 let. Povprečna starost anketirancev je bila $M = 37,93$ let; $SO = 11,074$ let (Tabela 3).

Tabela 3: Starost anketirancev

Spremenljivka	n	Min	Max	M	SO
Starost	55	22	62	37,93	11,074

Legenda: n = število odgovorov; M = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Min = Minimalna vrednost; Max = Maksimalna vrednost.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za ankete, ki smo jih poslali v različne ustanove, smo pridobili soglasja zavoda za raziskovanje v okviru diplomskega dela. Istočasno smo anketo objavili tudi na družabnem omrežju Facebook, kjer so v zaprti skupini združeni fizioterapevti. Anketa je bila aktivna v mesecu decembru 2021 in januarju 2022.

S pomočjo računalniškega programa IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) verzija 22.0, smo pridobljene podatke statistično obdelali. Uporabljene so bile statistične metode opisne statistike: standardni odklon (SO), povprečje (M), minimum in maksimum.

Z Levenovim testom smo preverili enakost varianc dveh skupin. Za primerjavo povprečij med dvema neodvisnima vzorcema smo uporabili t-test za neodvisna vzorca. Za primerjavo povprečij več različnih skupin smo uporabili ANOVA test. Za preverjanje statistično značilnih povezav med dvema številske spremenljivkama smo uporabili Pearsonov korelacijski test. Uporabili smo stopnjo značilnosti za vrednost $\alpha = 0,05$. Če je bila statistična značilnost p manj kot 0,05, smo zaključili, da statistično značilne razlike oziroma statistično značilne povezave obstajajo, pri stopnji tveganja 5 %. Iz analize smo izločili neveljavne oziroma manjkajoče odgovore.

3.4 REZULTATI

3.4.1 Stališča fizioterapevtov do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi

Z opisno statistiko (Tabela 4), ki je zajemala trditve sklopa »Stališča fizioterapevtov do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi« smo ugotovili, da se s šestimi izmed sedmih trditev anketiranci v povprečju strinjajo, z eno trditvijo pa se v povprečju niti ne strinjajo, niti strinjajo. Anketiranci se v povprečju najbolj strinjajo s trditvami, da je »Pri obravnavi pacientov po možganski kapi pomembno uporabljati na dokazih temelječe smernice klinične prakse« ($M = 4,15$; $SO = 0,650$), da »Na dokazih temelječe klinične smernice za obravnavo pacientov po možganski kapi olajšajo odločanje pri izbiri zdravljenja le-teh« ($M = 4,13$; $SO = 0,695$) ter da je DPP nujno potrebno uporabljati v vsakodnevni fizioterapevtski praksi ($M = 4,09$; $SO = 0,650$). Anketiranci se v povprečju niti ne strinjajo, niti strinjajo s tem, da »Za večino postopkov, ki jih uporabljamo pri pacientih po možganski kapi, ne primanjkuje znanstvenih dokazov« ($M = 3,04$; $SO = 0,922$).

Tabela 4: Stališča fizioterapevtov do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi

Spremenljivka	n	Min	Max	M	SO
DPP je nujno potrebno uporabljati v vsakodnevni fizioterapevtski praksi.	55	2	5	4,09	0,823
Pri obravnavi pacientov po možganski kapi je pomembno uporabljati na dokazih temelječe smernice klinične prakse.	55	3	5	4,15	0,650
Za večino postopkov, ki jih uporabljamo pri pacientih po možganski kapi, ne primanjkuje znanstvenih dokazov.	55	1	4	3,04	0,922
Na dokazih temelječe klinične smernice za obravnavo pacientov po možganski kapi olajšajo odločanje pri izbiri zdravljenja le-teh.	55	3	5	4,13	0,695

Spremenljivka	n	Min	Max	M	SO
Na dokazih temelječe klinične smernice zagotavljajo, da so pacienti po možganski kapi deležni najboljšega možnega zdravljenja.	55	2	5	3,91	0,800
Na dokazih temelječe klinične smernice zagotavljajo, da so pacienti po možganski kapi deležni enakega zdravljenja.	55	2	5	3,53	0,790
DPP izboljša zdravljenje pacientov po možganski kapi.	55	2	5	3,87	0,721

Legenda: n = število odgovorov; Min = Minimalna vrednost; Max = Maksimalna vrednost, M = povprečna vrednost; SO = standardni odklon, DPP = dokazih podprta praksa;. Likertova lestvica 1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 = se strinjam, 5 = popolnoma se strinjam.

3.4.2 Stališča fizioterapevtov do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi glede na izobrazbo anketirancev

Zanimalo nas je, ali se anketiranci z višjo izobrazbo v povprečju bolj strinjajo s stališči do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi, kot anketiranci z nižjo izobrazbo. Najprej smo anketirance združili v dve skupini izobrazbe, in sicer skupino z nižjo izobrazbo (višješolska/visokošolska) in višjo izobrazbo (magisterij/doktorat fizioterapije ali druge zdravstvene smeri).

Velika večina anketirancev ima višješolsko oziroma visokošolsko izobrazbo (n = 46; 83,6 %), manjši delež anketirancev pa ima bodisi magisterij bodisi doktorat fizioterapije ali druge zdravstvene smeri (n = 9; 16,4 %) (Tabela 5).

Tabela 5: Izobrazba (združeno)

Izobrazba	n	%
Višješolska/ Visokošolska	46	83,6
Magisterij fizioterapije ali druge zdravstvene smeri ali doktorat fizioterapije ali druge zdravstvene smeri	9	16,4
Skupaj	55	100,0

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

Za testiranje statistično značilnih razlik v povprečnem stališču anketirancev do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi glede na izobrazbo anketirancev (2 skupini,

prikazani v Tabeli 5) smo izvedli t-test za dva neodvisna vzorca. Rezultati so prikazani v Tabeli 6.

Pred izvedbo t-testa smo z Levenovim testom preverili, ali so variance stališč za skupino z višjo izobrazbo enake variancam stališč za skupino z nižjo izobrazbo. Levenov test nam potrди enakost varianc med skupinama izobrazbe za 5 od 7 stališč ($p > 0,05$), zato za vseh 5 stališč uporabimo osnovno različico t-testa, ki predpostavlja enake variance med skupinama. Za stališči »Na dokazih temelječe klinične smernice zagotavljajo, da so pacienti po možganski kapi deležni najboljšega možnega zdravljenja« ($p = 0,045 < 0,05$) in »Na dokazih temelječe klinične smernice zagotavljajo, da so pacienti po možganski kapi deležni enakega zdravljenja« ($p = 0,029 < 0,05$) nam Levenov test ne potrди enakosti varianc med skupinama izobrazbe, zato za ti dve stališči uporabimo različico t-testa, ki ne predpostavlja homogenih varianc (Tabela 6).

Statistično značilne razlike v stališču glede na skupino izobrazbe ugotovimo v povprečnem stališču anketirancev »Na dokazih temelječe klinične smernice za obravnavo pacientov po možganski kapi olajšajo odločanje pri izbiri zdravljenja le-teh« ($t = -2,082$; $p = 0,042 < 0,05$), in sicer se anketiranci z nižjo stopnjo izobrazbe (višješolska/visokošolska diploma) v povprečju manj strinjajo ($M = 4,04$; $SO = 0,698$) s tem, da na dokazih temelječe klinične smernice za obravnavo pacientov po možganski kapi olajšajo odločanje pri izbiri zdravljenja le-teh, kot anketiranci z višjo stopnjo izobrazbe (magisterij/doktorat fizioterapije ali druge zdravstvene smeri) ($M = 4,56$; $SO = 0,527$). Statistično značilnih razlik v povprečnem strinjanju anketirancev z ostalimi povprečnimi stališči glede na izobrazbo ne ugotovimo (Tabela 6).

Tabela 6: Stališča fizioterapevtov do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi glede na izobrazbo anketirancev

Spremenljivka	Izobrazba (združeno)	n	M	SO	F	p	t	p
DPP je nujno potrebno uporabljati v vsakodnevni fizioterapevtski praksi.	Višješolska diploma/ Visokošolska diploma	46	4,04	0,842	0,026	0,872	-0,966	0,338
	Magisterij/doktorat fizioterapije ali druge zdravstvene smeri	9	4,33	0,707				
Pri obravnavi pacientov po možganski kapi je pomembno uporabljati na dokazih temelječe smernice klinične prakse.	Višješolska diploma/ Visokošolska diploma	46	4,11	0,674	0,156	0,694	-0,947	0,348
	Magisterij/doktorat fizioterapije ali druge zdravstvene smeri	9	4,33	0,500				
Za večino postopkov, ki jih uporabljam pri pacientih po možganski kapi, ne primanjkuje znanstvenih dokazov.	Višješolska diploma/ Visokošolska diploma	46	3,02	0,906	0,253	0,617	-0,264	0,793
	Magisterij/doktorat fizioterapije ali druge zdravstvene smeri	9	3,11	1,054				
Na dokazih temelječe klinične smernice za obravnavo pacientov po možganski kapi olajšajo odločanje pri izbiri zdravljenja le-teh.	Višješolska diploma/ Visokošolska diploma	46	4,04	0,698	0,001	0,974	-2,082	0,042
	Magisterij/doktorat fizioterapije ali druge zdravstvene smeri	9	4,56	0,527				
Na dokazih temelječe klinične smernice zagotavljajo, da so pacienti po možganski kapi deležni najboljšega možnega zdravljenja.	Višješolska diploma/ Visokošolska diploma	46	3,93	0,742	4,206	0,045	0,413*	0,689*
	Magisterij/doktorat fizioterapije ali druge zdravstvene smeri	9	3,78	1,093				
Na dokazih temelječe klinične smernice zagotavljajo, da so pacienti po možganski kapi deležni enakega zdravljenja.	Višješolska diploma/ Visokošolska diploma	46	3,54	0,721	5,065	0,029	0,253*	0,806*
	Magisterij/doktorat fizioterapije ali druge zdravstvene smeri	9	3,44	1,130				

Spremenljivka	Izobrazba (združeno)	n	M	SO	F	p	t	p
DPP izboljša zdravljenje pacientov po možganski kapi.	Višješolska/ Visokošolska	46	3,80	0,687	1,061	0,308	-1,612	0,113
	Magisterij/doktorat fizioterapije ali druge zdravstvene smeri	9	4,22	0,833				

Legenda: n = število odgovorov; M = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; F = Levenov test enakosti varianc; p = statistična značilnost; t = t-test; * = uporabljena je različica t-testa, ki ne predpostavlja homogenih varianc. Likertova lestvica 1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 = se strinjam, 5 = popolnoma se strinjam

3.4.3 Stališča fizioterapevtov do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi glede na raven zdravstvenega varstva

Sledi analiza razlik v stališčih anketirancev do uporabe DPP glede na raven zdravstvenega varstva, kjer so zaposleni anketiranci. V ta namen smo anketirance združili v dve skupini (javno in zasebno), in sicer primarna, sekundarna in terciarna raven spadajo pod javno raven zdravstvenega varstva, zasebna praksa pa v zasebno raven. Tri četrtine vseh anketirancev, ki so odgovorili na vprašanje (n = 54) je zaposlenih v javnem zdravstvu (primarni, sekundarni, terciarni ravni) (n = 41; 75,9 %), četrtina anketirancev pa je zaposlenih v zasebni praksi (n = 13; 24,1 %) (Tabela 7).

Tabela 7: Raven zdravstvenega varstva anketirancev (združeno)

Raven	n	%
Javno (primarna raven, sekundarna, terciarna raven)	41	75,9
Zasebna praksa	13	24,1
Skupaj	54	100,0

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

V nadaljevanju smo za testiranje statistično značilnih razlik v povprečnem stališču anketirancev do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi glede na raven zdravstvenega varstva (2 skupini) uporabili t-test za dva neodvisna vzorca.

Levenov test (Tabela 8) potrdi enakost varianc med skupinama ravni zdravstvenega varstva za vseh 7 stališč ($p > 0,05$), zato za vseh 7 stališč uporabimo osnovno različico t-testa, ki predpostavlja enake variance med skupinama.

Statistično značilne razlike v stališčih do uporabe DPP ugotovimo v povprečnem stališču anketirancev »Na dokazih temelječe klinične smernice za obravnavo pacientov po možganski kapi olajšajo odločanje pri izbiri zdravljenja le-teh« ($t = -2,013$; $p = 0,048$)

< 0,05), in sicer se anketiranci, ki so zaposleni v javnem zdravstvu (primarni, sekundarni ali terciarni ravni) v povprečju manj strinjajo ($M = 4,02$; $SO = 0,689$), kot anketiranci, zaposleni v zasebni praksi ($M = 4,46$; $SO = 0,660$) s tem, da na dokazih temelječe klinične smernice za obravnavo pacientov po možganski kapi olajšajo odločanje pri izbiri zdravljenja le-teh. Statistično značilnih razlik v povprečnem strinjanju anketirancev z ostalimi povprečnimi stališči glede na raven zdravstvenega varstva anketirancev ne ugotovimo.

Tabela 8: Stališča fizioterapevtov do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi glede na raven zdravstvenega varstva zaposlenih (2 skupini)

Spremenljivka	Raven zdravstvenega varstva	n	M	SO	F	p	t	p																																																												
DPP je nujno potrebno uporabljati v vsakodnevni fizioterapevtski praksi.	Javno (primarna raven, sekundarna, terciarna raven)	41	3,98	0,880	1,194	0,280	-1,882	0,065																																																												
	Zasebna praksa	13	4,46	0,519					Pri obravnavi pacientov po možganski kapi je pomembno uporabljati na dokazih temelječe smernice klinične prakse.	Javno (primarna raven, sekundarna, terciarna raven)	41	4,12	0,678	0,095	0,760	-0,517	0,607	Zasebna praksa	13	4,23	0,599	Za večino postopkov, ki jih uporabljam pri pacientih po možganski kapi, ne primanjkuje znanstvenih dokazov.	Javno (primarna raven, sekundarna, terciarna raven)	41	3,10	0,917	0,313	0,578	0,846	0,401	Zasebna praksa	13	2,85	0,987	Na dokazih temelječe klinične smernice za obravnavo pacientov po možganski kapi olajšajo odločanje pri izbiri zdravljenja le-teh.	Javno (primarna raven, sekundarna, terciarna raven)	41	4,02	0,689	0,526	0,472	-2,013	0,048	Zasebna praksa	13	4,46	0,660	Na dokazih temelječe klinične smernice zagotavljajo, da so pacienti po možganski kapi deležni najboljšega možnega zdravljenja.	Javno (primarna raven, sekundarna, terciarna raven)	41	3,90	0,768	0,763	0,386	-0,080	0,937	Zasebna praksa	13	3,92	0,954	Na dokazih temelječe klinične smernice zagotavljajo, da so pacienti po možganski kapi deležni enakega zdravljenja.	Javno (primarna raven, sekundarna, terciarna raven)	41	3,54	0,778	0,001	0,976	-0,319
Pri obravnavi pacientov po možganski kapi je pomembno uporabljati na dokazih temelječe smernice klinične prakse.	Javno (primarna raven, sekundarna, terciarna raven)	41	4,12	0,678	0,095	0,760	-0,517	0,607																																																												
	Zasebna praksa	13	4,23	0,599					Za večino postopkov, ki jih uporabljam pri pacientih po možganski kapi, ne primanjkuje znanstvenih dokazov.	Javno (primarna raven, sekundarna, terciarna raven)	41	3,10	0,917	0,313	0,578	0,846	0,401	Zasebna praksa	13	2,85	0,987	Na dokazih temelječe klinične smernice za obravnavo pacientov po možganski kapi olajšajo odločanje pri izbiri zdravljenja le-teh.	Javno (primarna raven, sekundarna, terciarna raven)	41	4,02	0,689	0,526	0,472	-2,013	0,048	Zasebna praksa	13	4,46	0,660	Na dokazih temelječe klinične smernice zagotavljajo, da so pacienti po možganski kapi deležni najboljšega možnega zdravljenja.	Javno (primarna raven, sekundarna, terciarna raven)	41	3,90	0,768	0,763	0,386	-0,080	0,937	Zasebna praksa	13	3,92	0,954	Na dokazih temelječe klinične smernice zagotavljajo, da so pacienti po možganski kapi deležni enakega zdravljenja.	Javno (primarna raven, sekundarna, terciarna raven)	41	3,54	0,778	0,001	0,976	-0,319	0,751	Zasebna praksa	13	3,62	0,768								
Za večino postopkov, ki jih uporabljam pri pacientih po možganski kapi, ne primanjkuje znanstvenih dokazov.	Javno (primarna raven, sekundarna, terciarna raven)	41	3,10	0,917	0,313	0,578	0,846	0,401																																																												
	Zasebna praksa	13	2,85	0,987					Na dokazih temelječe klinične smernice za obravnavo pacientov po možganski kapi olajšajo odločanje pri izbiri zdravljenja le-teh.	Javno (primarna raven, sekundarna, terciarna raven)	41	4,02	0,689	0,526	0,472	-2,013	0,048	Zasebna praksa	13	4,46	0,660	Na dokazih temelječe klinične smernice zagotavljajo, da so pacienti po možganski kapi deležni najboljšega možnega zdravljenja.	Javno (primarna raven, sekundarna, terciarna raven)	41	3,90	0,768	0,763	0,386	-0,080	0,937	Zasebna praksa	13	3,92	0,954	Na dokazih temelječe klinične smernice zagotavljajo, da so pacienti po možganski kapi deležni enakega zdravljenja.	Javno (primarna raven, sekundarna, terciarna raven)	41	3,54	0,778	0,001	0,976	-0,319	0,751	Zasebna praksa	13	3,62	0,768																					
Na dokazih temelječe klinične smernice za obravnavo pacientov po možganski kapi olajšajo odločanje pri izbiri zdravljenja le-teh.	Javno (primarna raven, sekundarna, terciarna raven)	41	4,02	0,689	0,526	0,472	-2,013	0,048																																																												
	Zasebna praksa	13	4,46	0,660					Na dokazih temelječe klinične smernice zagotavljajo, da so pacienti po možganski kapi deležni najboljšega možnega zdravljenja.	Javno (primarna raven, sekundarna, terciarna raven)	41	3,90	0,768	0,763	0,386	-0,080	0,937	Zasebna praksa	13	3,92	0,954	Na dokazih temelječe klinične smernice zagotavljajo, da so pacienti po možganski kapi deležni enakega zdravljenja.	Javno (primarna raven, sekundarna, terciarna raven)	41	3,54	0,778	0,001	0,976	-0,319	0,751	Zasebna praksa	13	3,62	0,768																																		
Na dokazih temelječe klinične smernice zagotavljajo, da so pacienti po možganski kapi deležni najboljšega možnega zdravljenja.	Javno (primarna raven, sekundarna, terciarna raven)	41	3,90	0,768	0,763	0,386	-0,080	0,937																																																												
	Zasebna praksa	13	3,92	0,954					Na dokazih temelječe klinične smernice zagotavljajo, da so pacienti po možganski kapi deležni enakega zdravljenja.	Javno (primarna raven, sekundarna, terciarna raven)	41	3,54	0,778	0,001	0,976	-0,319	0,751	Zasebna praksa	13	3,62	0,768																																															
Na dokazih temelječe klinične smernice zagotavljajo, da so pacienti po možganski kapi deležni enakega zdravljenja.	Javno (primarna raven, sekundarna, terciarna raven)	41	3,54	0,778	0,001	0,976	-0,319	0,751																																																												
	Zasebna praksa	13	3,62	0,768																																																																

Spremenljivka	Raven zdravstvenega varstva	n	M	SO	F	p	t	p
DPP izboljša zdravljenje pacientov po možganski kapi.	Javno (primarna raven, sekundarna, terciarna raven)	41	3,83	0,704	0,054	0,817	-1,085	0,283
	Zasebna praksa	13	4,08	0,760				

Legenda: n = število odgovorov; M = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; F = Levenov test enakosti varianc; p = statistična značilnost, $p < 0,05$; t = t-test, DPP = dokazih podprta praksa. Likertova lestvica 1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 = se strinjam, 5 = popolnoma se strinjam.

Dodatno smo z ANOVO preverili tudi statistično značilne razlike v povprečnem stališču anketirancev do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi glede na vse štiri ravni zdravstvenega varstva (4 skupine). Statistično značilnih razlik v povprečnem strinjanju anketirancev s stališči do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi glede na štiri ravni zdravstvenega varstva (primarno, sekundarno, terciarno raven, zasebno prakso) ne ugotovimo (Tabela 9).

Tabela 9: Stališča fizioterapevtov do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi glede na raven zdravstvenega varstva zaposlenih (4 skupine)

Spremenljivka	Raven zdravstvenega varstva	n	M	SO	F	p
DPP je nujno potrebno uporabljati v vsakodnevni fizioterapevtski praksi.	Primarna raven	20	4,05	0,759	1,641	0,192
	Sekundarna raven	11	3,73	1,104		
	Terciarna raven	10	4,10	0,876		
	Zasebna praksa	13	4,46	0,519		
	Skupaj	54	4,09	0,830		
Pri obravnavi pacientov po možganski kapi je pomembno uporabljati na dokazih temelječe smernice klinične prakse.	Primarna raven	20	4,20	0,696	0,296	0,828
	Sekundarna raven	11	4,09	0,701		
	Terciarna raven	10	4,00	0,667		
	Zasebna praksa	13	4,23	0,599		
	Skupaj	54	4,15	0,656		
Za večino postopkov, ki jih uporabljam pri pacientih po možganski kapi, ne primanjkuje znanstvenih dokazov.	Primarna raven	20	3,10	0,852	0,308	0,819
	Sekundarna raven	11	3,00	1,000		
	Terciarna raven	10	3,20	1,032		
	Zasebna praksa	13	2,85	0,987		
	Skupaj	54	3,04	0,930		
Na dokazih temelječe klinične smernice za obravnavo pacientov po možganski kapi olajšajo odločanje pri izbiri zdravljenja le-teh.	Primarna raven	20	4,10	0,641	1,499	0,226
	Sekundarna raven	11	3,91	0,831		
	Terciarna raven	10	4,00	0,667		
	Zasebna praksa	13	4,46	0,660		
	Skupaj	54	4,13	0,702		

Spremenljivka	Raven zdravstvenega varstva	n	M	SO	F	p
Na dokazih temelječe klinične smernice zagotavljajo, da so pacienti po možganski kapi deležni najboljšega možnega zdravljenja.	Primarna raven	20	4,00	0,649	0,261	0,853
	Sekundarna raven	11	3,73	1,009		
	Terciarna raven	10	3,90	0,738		
	Zasebna praksa	13	3,92	0,954		
	Skupaj	54	3,91	0,807		
Na dokazih temelječe klinične smernice zagotavljajo, da so pacienti po možganski kapi deležni enakega zdravljenja.	Primarna raven	20	3,50	0,761	0,613	0,610
	Sekundarna raven	11	3,36	0,809		
	Terciarna raven	10	3,80	0,789		
	Zasebna praksa	13	3,62	0,768		
	Skupaj	54	3,56	0,769		
DPP izboljša zdravljenje pacientov po možganski kapi.	Primarna raven	20	4,00	0,649	1,195	0,321
	Sekundarna raven	11	3,73	0,786		
	Terciarna raven	10	3,60	0,699		
	Zasebna praksa	13	4,08	0,760		
	Skupaj	54	3,89	0,718		

Legenda: n = število odgovorov; M = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; F = ANOVA test; p = statistična značilnost $p < 0,05$, DPP = dokazih podprta praksa. Likertova lestvica 1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 = se strinjam, 5 = popolnoma se strinjam.

3.4.4 Stopnja znanja o DPP pri obravnavi možganske kapi

V nadaljevanju nas je zanimalo, kakšna je stopnja znanja anketirancev o DPP pri obravnavi možganske kapi (sklop »Znanje o DPP pri obravnavi možganske kapi«). Pri obravnavi sklopa »Znanje o DPP pri obravnavi možganske kapi« vpeljemo točkovnik, s katerim glede na stopnjo strinjanja anketirancev s posamezno trditvijo ocenimo znanje anketirancev o posamezni trditvi.

Trditve ovrednotimo tako, da pri večini trditev odgovoru 1 – sploh se ne strinjam pripišemo vrednost 0 točk (*povsem nepravilno*), odgovoru 2 – se ne strinjam pripišemo 1 točko (*ni pravilno*), odgovoru 3 – se niti ne strinjam, niti strinjam pripišemo 2 točki (*niti ni pravilno/niti pravilno*), odgovoru 4 – se strinjam pripišemo 3 točke (*pravilno*) in odgovoru 5 – popolnoma se strinjam pripišemo 4 točke (*povsem pravilno*). Pri trditvah »DPP je pristop, ki zapostavlja klinične izkušnje fizioterapevta.« in »Ključni koraki za izvajanje DPP (pregled relevantne literature, vrednotenje dokazov in njihova integracija v prakso) zahtevajo malo časa.«, kjer višja stopnja strinjanja pomeni nepravilen odgovor pa točke dodelimo na invertirani lestvici, kot je prikazano v Tabeli 10.

Tabela 10: Definicija točkovnika za sklop »Znanje o DPP pri obravnavi možganske kapi«

Trditvev	1	2	3	4	5
DPP je proces sistematičnega raziskovanja s cilji pridobivanja novih znanj in preizkušanja teorij.	povsem ni pravilno 0 točk	ni pravilno 1 točka	ni ni pravilno / niti pravilno 2 točki	pravilno 3 točke	popolnoma pravilno 4 točke
Glavni cilj DPP je ugotoviti vzroke za raziskovalne probleme in poiskati rešitve zanje.	povsem ni pravilno 0 točk	ni pravilno 1 točka	ni ni pravilno / niti pravilno 2 točki	pravilno 3 točke	popolnoma pravilno 4 točke
Večina fizioterapevtskih postopkov je podprtih z najnovejšimi znanstvenimi dokazi.	povsem ni pravilno 0 točk	ni pravilno 1 točka	ni ni pravilno / niti pravilno 2 točki	pravilno 3 točke	popolnoma pravilno 4 točke
Poudarek DPP je upoštevanje pacientovih vrednot in želja.	povsem ni pravilno 0 točk	ni pravilno 1 točka	ni ni pravilno / niti pravilno 2 točki	pravilno 3 točke	popolnoma pravilno 4 točke
DPP je pristop, ki zapostavlja klinične izkušnje fizioterapevta.	popolnoma pravilno 4 točke	pravilno 3 točke	ni ni pravilno / niti pravilno 2 točki	ni pravilno 1 točka	povsem ni pravilno 0 točk
Ključni koraki za izvajanje DPP (pregled relevantne literature, vrednotenje dokazov in njihova integracija v prakso) zahtevajo malo časa.	popolnoma pravilno 4 točke	pravilno 3 točke	ni ni pravilno / niti pravilno 2 točki	ni pravilno 1 točka	povsem ni pravilno 0 točk

Rezultati odgovorov na posamezne trditve iz sklopa »Znanje o DPP pri obravnavi možganske kapi« so prikazani v Tabeli 11. Najboljše znanje so anketiranci izkazali pri trditvah »DPP je proces sistematičnega raziskovanja s cilji, pridobivanja novih znanj in preizkušanja teorij«. 58,2 % (n = 32) anketirancev je odgovorilo z odgovorom pravilno in 25,5 % (n = 14) je odgovorilo z odgovorom povsem pravilno. Pri trditvi; »Glavni cilj DPP je ugotoviti vzroke za raziskovalne probleme in poiskati rešitve zanje.« je 60,0 % (n = 33) anketirancev odgovorilo s pravilno in 20,0 % (n = 11) anketirancev je odgovorilo s povsem pravilno. Pri danih trditvah je več kot polovica anketirancev odgovorila pravilno (3 točke) oziroma povsem pravilno (4 točke). Anketiranci so zelo dobro znanje izkazali tudi pri trditvi »Ključni koraki za izvajanje DPP (pregled relevantne literature, vrednotenje dokazov in njihova integracija v prakso) zahtevajo

malo časa«, in sicer je 49,1 % (n = 27) anketirancev odgovorilo s pravilno (3 točke), skoraj tretjina anketirancev pa je odgovorila s povsem pravilno (4 točke). Skupno so tako zelo dobro znanje anketiranci izkazali za tri izmed šestih trditvev (Tabela 11).

Prav tako so anketiranci dobro znanje izkazali pri trditvah »Večina fizioterapevtskih postopkov je podprtih z najnovejšimi znanstvenimi dokazi«, 40,0 % (n = 22) anketirancev je odgovorilo s pravilno in 14,5 % (n = 8) anketirancev je odgovorilo s povsem pravilno. Pri trditvi »Poudarek DPP je upoštevanje pacientovih vrednot in želja«, je 35,2 % (n = 19) anketirancev odgovorilo s pravilno in 16,7 % (n = 9) anketirancev je odgovorilo s povsem pravilno. Ugotovimo, da je pri obeh trditvah več kot polovica anketirancev odgovorila s pravilno (3 točke) oziroma s povsem pravilno (4 točke). Pri vseh omenjenih štirih trditvah skoraj nihče ni odgovoril s povsem nepravilno (0 točk) (Tabela 11).

Na trditev »DPP je pristop, ki zapostavlja klinične izkušnje fizioterapevta« je 32,7 % (n = 18) anketirancev odgovorilo z niti pravilno, niti nepravilno (2 točki), 27,3 % (n = 15) jih je odgovorilo s pravilno (3 točke) in 27,3 % (n = 15) z nepravilno (1 točka) (Tabela 11).

Tabela 11: Rezultati sklopa »Znanje o DPP pri obravnavi možganske kapi«

Trditev	Odgovor	n	%
DPP je proces sistematičnega raziskovanja s cilji, pridobivanja novih znanj in preizkušanja teorij.	povsem ni pravilno (0 točk)	0	0,0
	ni pravilno (1 točka)	1	1,8
	niti ni pravilno/niti pravilno (2 točki)	8	14,5
	pravilno (3 točke)	32	58,2
	povsem pravilno (4 točke)	14	25,5
	Skupaj	55	100,0%
Glavni cilj DPP je ugotoviti vzroke za raziskovalne probleme in poiskati rešitve zanje.	povsem ni pravilno (0 točk)	0	0,0
	ni pravilno (1 točka)	4	7,3
	niti ni pravilno/niti pravilno (2 točki)	7	12,7
	pravilno (3 točke)	33	60,0
	povsem pravilno (4 točke)	11	20,0
	Skupaj	55	100,0%

Trditev	Odgovor	n	%
Večina fizioterapevtskih postopkov je podprtih z najnovejšimi znanstvenimi dokazi.	povsem ni pravilno (0 točk)	0	,0
	ni pravilno (1 točka)	10	18,2
	niti ni pravilno/niti pravilno (2 točki)	15	27,3
	pravilno (3 točke)	22	40,0
	povsem pravilno (4 točke)	8	14,5
	Skupaj	55	100,0%
Poudarek DPP je upoštevanje pacientovih vrednot in želja.	povsem ni pravilno (0 točk)	1	1,9
	ni pravilno (1 točka)	10	18,5
	niti ni pravilno/niti pravilno (2 točki)	15	27,8
	pravilno (3 točke)	19	35,2
	povsem pravilno (4 točke)	9	16,7
	Skupaj	54	100,0%
DPP je pristop, ki zapostavlja klinične izkušnje fizioterapevta.	povsem ni pravilno (0 točk)	3	5,5
	ni pravilno (1 točka)	15	27,3
	niti ni pravilno/niti pravilno (2 točki)	18	32,7
	pravilno (3 točke)	15	27,3
	povsem pravilno (4 točke)	4	7,3
	Skupaj	55	100,0
Ključni koraki za izvajanje DPP (pregled relevantne literature, vrednotenje dokazov in njihova integracija v prakso) zahtevajo malo časa.	povsem ni pravilno (0 točk)	0	0,0
	ni pravilno (1 točka)	5	9,1
	niti ni pravilno/niti pravilno (2 točki)	7	12,7
	pravilno (3 točke)	27	49,1
	povsem pravilno (4 točke)	16	29,1
	Skupaj	55	100,0

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

V nadaljevanju izračunamo celotno skupno znanje anketirancev, in sicer tako, da seštejemo točke pri vsakem izmed anketirancev. Minimalna vrednost znanja je tako 0 točk, maksimalna vrednost pa 24 točk (za vsako izmed 6 vprašanj 4 točke). Zadostno znanje predstavlja 12 ali več točk, kar predstavlja srednjo vrednost lestvice točkovnika.

Rezultati povprečnega celotnega skupnega znanja anketirancev so prikazani v Tabeli 12. Opozorimo, da je skupno število anketirancev $n = 54$, saj eden od anketirancev na enega od vprašanj ni odgovoril.

Povprečno znanje anketirancev je *dobro* ($M = 16,05$ točk, $SO = 2,877$ točk), in sicer je najmanjše število doseženih točk anketirancev $Min = 8$ točk, največje pa $Max = 23$ točk (Tabela 12).

Tabela 12: Skupno znanje anketirancev o DPP pri obravnavi možganske kapi

Spremenljivka	n	Min	Max	M	SO
Skupno znanje anketirancev o DPP pri obravnavi možganske kapi.	54	8,0	23,0	16,05	2,877

Legenda: n = število odgovorov; M = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Min = Minimalna vrednost; Max = Maksimalna vrednost, DPP = dokazih podprta praksa.

Celotno skupno znanje anketirancev o DPP pri obravnavi možganske kapi je dobro, a ne najboljše. Največ znanja so anketiranci izkazali pri vidikih, da je »DPP proces sistematičnega raziskovanja s cilji, pridobivanja novih znanj in preizkušanja teorij«, da je »Glavni cilj DPP ugotoviti vzroke za raziskovalne probleme in poiskati rešitve zanje« ter, da »Ključni koraki Za izvajanje DPP (pregled relevantne literature, vrednotenje dokazov in njihova integracija v prakso) zahtevajo malo časa«.

3.4.5 Stopnja znanja o DPP pri obravnavi možganske kapi glede na izobrazbo

V nadaljevanju za testiranje statistično značilnih razlik v povprečnem znanju o DPP pri obravnavi možganske kapi glede na izobrazbo anketirancev uporabimo t-test za dva neodvisna vzorca. Rezultati so prikazani v Tabeli 13.

Z Levenovim testom zopet najprej preverimo enakost varianc, in sicer nam Levenov test ne potrди enakosti varianc skupnega znanja med skupinama izobrazbe ($F = 4,193$; $p = 0,046 < 0,05$), zato v nadaljevanju uporabimo prilagojeno različico t-testa, ki ne predpostavlja enake variance med skupinama. S t-testom statistično značilnih razlik v povprečnem znanju anketirancev o DPP pri obravnavi možganske kapi glede na izobrazbo ne ugotovimo ($p > 0,05$) (Tabela 13), kar nam potrjuje tudi podobno povprečno število točk, ki sta jih dosegli obe skupini.

Tabela 13: Skupno znanje anketirancev o DPP pri obravnavi možganske kapi glede na izobrazbo zaposlenih

Spremenljivka	Izobrazba	n	M	SO	F	p	t	p
Skupno znanje anketirancev o DPP pri obravnavi možganske kapi.	Višješolska diploma/ Visokošolska diploma	45	15,96	2,662	4,193	0,046	-	0,437*
	Magisterij/doktorat fizioterapije ali druge zdravstvene smeri	9	16,56	3,941				

Legenda: n = število odgovorov; M = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; F = Levenov test enakosti varianc; p = statistična značilnost $p < 0,05$; t = t-test, *uporabljena je prilagojena različica t-testa, DPP = na dokazih podprta praksa.

3.4.6 Stopnja znanja o DPP pri obravnavi možganske kapi glede na starost

V nadaljevanju za testiranje statistično značilnih povezav med povprečnim znanjem anketirancev o DPP pri obravnavi možganske kapi in starostjo anketirancev (številski spremenljivki) uporabimo Pearsonov korelacijski test. Rezultati so prikazani v Tabeli 14.

Statistično značilne povezave med skupnim znanjem anketirancev o DPP pri obravnavi možganske kapi in starostjo anketirancev ne ugotovimo ($p > 0,05$) (Tabela 14).

Tabela 14: Povezanost med skupnim znanjem anketirancev o DPP pri obravnavi možganske kapi in starostjo anketirancev

Spremenljivka	Statistika	Starost
Skupno znanje o na dokazih podprti praksi pri obravnavi možganske kapi	r	-0,100
	p	0,470
	n	54

Legenda: n = število odgovorov; r = Pearsonov korelacijski koeficient, p = statistična značilnost $p < 0,05$

3.4.7 Stopnja znanja o DPP pri obravnavi možganske kapi glede na raven zdravstvenega varstva

V nadaljevanju preverimo statistično značilne razlike v povprečnem znanju o DPP pri obravnavi možganske kapi glede na raven zdravstvenega varstva anketirancev (javno in zasebno). Zopet uporabimo t-test za dva neodvisna vzorca. Rezultati so prikazani v Tabeli 15. Opozorimo, da eden od anketirancev, ki je zaposlen v zasebni praksi, ni odgovoril na vsa vprašanja, iz katerih smo izračunali povprečno znanje, eden od

anketirancev tudi ni podal svojega odgovora o ravni zdravstvenega varstva, kjer je zaposlen, zato je skupno število $n = 53$.

Levenov test nam potrdi enakost varianc med skupinama izobrazbe ($p > 0,05$), zato uporabimo osnovno različico t-testa, ki predpostavlja enake variance med skupinama. Statistično značilnih razlik v povprečnem znanju anketirancev o DPP pri obravnavi možganske kapi glede na raven zdravstvenega varstva anketirancev ne ugotovimo ($p > 0,05$) (Tabela 15).

Tabela 15: Skupno znanje anketirancev o DPP pri obravnavi možganske kapi glede na raven zdravstvenega varstva (2 skupini)

Spremenljivka	Raven zdravstvenega varstva	n	M	SO	F	p	t	p
Skupno znanje anketirancev o na dokazih podprti praksi pri obravnavi možganske kapi.	Javno (primarna raven, sekundarna, terciarna)	41	16,07	2,553	2,450	0,124	-0,186	0,853
	Zasebna praksa	12	16,25	3,911				

Legenda: n = število odgovorov; M = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; F = Levenov test enakosti varianc; p = statistična značilnost, $p < 0,05$; t = t-test, DPP = dokazih podprta praksa.

Dodatno preverimo tudi statistično značilne razlike v povprečnem znanju o DPP pri obravnavi možganske kapi glede na vse štiri skupine ravni zdravstvenega varstva anketirancev (primarno, sekundarno, terciarno raven in zasebno prakso), in sicer uporabimo ANOVO test. Rezultati so prikazani v Tabeli 16.

Statistično značilnih razlik v povprečnem znanju anketirancev o DPP pri obravnavi možganske kapi glede na štiri skupine ravni zdravstvenega varstva zaposlenih ne ugotovimo ($p > 0,05$), čeprav opazimo, da so za naš vzorec anketiranci, zaposleni v primarni ravni zdravstvenega varstva, dosegli najvišje povprečno število točk ($M = 17,00$; $SO = 2,596$), anketiranci, zaposleni v terciarni ravni pa najnižje povprečno število točk ($M = 14,90$; $SO = 1,197$). Povprečno znanje anketirancev, ki so zaposleni na sekundarni ravni zdravstvenega varstva ($M = 15,45$; $SO = 2,911$) ali v zasebni praksi ($M = 16,25$; $SO = 3,911$), je boljše od anketirancev, zaposlenih na terciarni ravni in slabše od anketirancev, zaposlenih na primarni ravni (Tabela 16).

Tabela 16: Skupno znanje anketirancev o DPP pri obravnavi možganske kapi glede na raven zdravstvenega varstva (4 skupine)

Spremenljivka	Raven zdravstvenega varstva	n	M	SO	F	p
Skupno znanje anketirancev o na dokazih podprti praksi pri obravnavi možganske kapi.	Primarna raven	20	17,00	2,596	1,470	0,234
	Sekundarna raven	11	15,45	2,911		
	Terciarna raven	10	14,90	1,197		
	Zasebna praksa	12	16,25	3,911		

Legenda: n = število odgovorov; M = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; F = ANOVA test; p = statistična značilnost, $p < 0,05$.

3.4.8 Mnenje o lastnem znanju o DPP in stališča do znanja

V nadaljevanju smo preverili kakšna stališča do znanja imajo anketiranci oziroma kakšno je njihovo lastno mnenje o znanju za sklop »Mnenje o lastnem znanju o DPP in stališča do znanja« (7 trditev, uporabljena Likertova lestvica 1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 = se strinjam, 5 = popolnoma se strinjam). Rezultati so prikazani v Tabeli 17.

Anketiranci se v povprečju strinjajo s 6 od 7 trditev sklopa, z eno od trditev pa se anketiranci v povprečju ne strinjajo. Ugotovimo, da se anketiranci v povprečju najmočneje strinjajo s trditvijo »Vem, da obstajajo na dokazih temelječe smernice klinične prakse za obravnavo pacientov po možganski kapi« ($M = 4,35$; $SO = 0,637$), in sicer se s trditvijo strinjajo. Prav tako se anketiranci strinjajo s trditvijo »Želim si nadaljnjega poglobljanja svojega znanja o DPP« ($M = 4,17$; $SO = 0,666$). Anketiranci se v povprečju ne strinjajo s trditvijo »Menim, da sem dobil zadostno znanje o DPP med dodiplomski študijem« ($M = 2,36$; $SO = 0,890$) (Tabela 17).

Tabela 17: Rezultati sklopa »Mnenje o lastnem znanju o DPP in stališča do znanja«

Spremenljivka	n	Min	Max	M	SO
Vem, da obstajajo na dokazih temelječe smernice klinične prakse za obravnavo pacientov po možganski kapi.	55	2	5	4,35	0,673
Vem kako in kje najti smernice klinične prakse za obravnavo pacienta po možganski kapi.	55	2	5	4,09	0,845
Verjamem, da imam dovolj znanja za izvajanje DPP pri pacientih po možganski kapi.	53	1	5	3,68	0,996
Menim, da sem dobil zadostno znanje o DPP med dodiplomski študijem.	55	1	4	2,36	0,890
Prepričan/a sem v svoje sposobnosti obravnavanja pacientov po možganski kapi v skladu z najnovejšimi znanstvenimi dognanji.	55	1	5	3,58	0,917
Sposoben/a sem kritično ovrednotiti znanstveni članek.	55	2	5	3,62	0,850
Želim si nadaljnjega poglobljanja svojega znanja o DPP.	54	2	5	4,17	0,666

Legenda: n = število odgovorov; M = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Min = Minimalna vrednost; Max = Maksimalna vrednost, DPP = dokazih podprta praksa. Likertova lestvica 1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = niti se ne strinjam, 4 = se strinjam, 5 = popolnoma se strinjam.

3.4.9 Stopnja uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi med fizioterapevti

Zanimalo nas je, kolikšna je stopnja uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi med fizioterapevti (11 trditev, uporabljena Likertova lestvica 1 = nikoli, 2 = redko, 3 = včasih, 4 = pogosto, 5 = vedno).

V Tabeli 18 prikažemo opisno statistiko vseh enajstih trditev. V kolikor si ogledamo povprečne vrednosti, ugotovimo, da anketiranci v povprečju pogosto uporabljajo večino od enajstih načinov, in sicer 8 od 11 načinov uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi v povprečju uporabljajo pogosto ($M > 3,5$), enega od načinov občasno ($2,5 < M < 3,5$) in enega od načinov redko ($M < 2,5$).

Anketiranci v povprečju najpogosteje svoje paciente sprašujejo glede njihovih želja in vrednot ter jih pri svojem odločanju upoštevajo ($M = 4,45$; $SO = 0,662$), prav tako v povprečju najpogosteje svojim pacientom predstavijo možnosti zdravljenja in jih vključijo v odločanje ($M = 4,44$; $SO = 0,660$) ter poskušajo uporabljati najboljše znanstvene dokaze za reševanje kliničnih vprašanj ($M = 3,87$; $SO = 0,818$).

Anketiranci v povprečju občasno o DPP razpravljajo na delovnem mestu ($M = 3,27$; $SO = 1,062$). Dva izmed načinov uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi, ki ju anketiranci v povprečju uporabljajo najmanj pogosto, in sicer redko, sta, da interneta ne uporabljajo kot svoj glavni vir informacij v klinični praksi ($M = 2,18$; $SO = 0,819$) in da njihove osebne izkušnje na področju niso najpomembnejši dejavnik pri postopku odločanja ($M = 2,24$; $SO = 0,769$). Z drugimi besedami, anketiranci v povprečju pogosto uporabljajo internet kot svoj glavni vir informacij, prav tako so njihove osebne izkušnje pogosto najpomembnejši dejavnik pri postopku odločanja (Tabela 18).

Tabela 18: Stopnja uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi med fizioterapevti

Spremenljivka	n	Min	Max	M	SO
Na mojem delovnem mestu se spodbuja uporaba najnovejših raziskav.	55	1	5	3,71	1,048
O DPP razpravljamo na delovnem mestu.	55	1	5	3,27	1,062
Uporabljam na dokazih temelječe klinične smernice vsak dan pri obravnavi pacienta po možganski kapi.	55	1	5	3,58	0,994
Poskušam uporabljati najboljše znanstvene dokaze, za reševanje mojih kliničnih vprašanj.	55	2	5	3,87	0,818
Večina mojih odločitev glede zdravljenja pacientov po možganski kapi vključuje DPP.	55	1	5	3,71	0,956
Svoje paciente sprašujem glede njihovih želja in vrednot in jih pri svojem odločanju upoštevam.	55	2	5	4,45	0,662
Svojim pacientom predstavim možnosti zdravljenja in jih vključim v odločanje.	55	2	5	4,44	0,660
Pogosto dostopam do podatkovnih baz in iščem znanstvene članke, ki so pomembni za moje klinično delo.	55	2	5	3,73	0,870
Interneta ne uporabljam kot moj glavni vir informacij v klinični praksi.	55	1	4	2,18	0,819
Mnenje strokovnjaka na mojem področju je najpomembnejši dejavnik v mojem postopku odločanja.	55	2	5	3,62	0,828
Moje osebne izkušnje na mojem področju niso najpomembnejši dejavnik pri postopku odločanja.	55	1	4	2,24	0,769

Legenda: n = število odgovorov; M = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Min = Minimalna vrednost; Max = Maksimalna vrednost, DPP = dokazih podprta praksa. Likertova lestvica 1 = nikoli, 2 = redko, 3 = včasih, 4 = pogosto, 5 = vedno.

3.5 RAZPRAVA

3.5.1 Stališča fizioterapevtov do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi

Ugotovili smo, da se zaposleni v povprečju strinjajo z večino, in sicer šestimi od sedmih stališč do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi, z enim od stališč pa se v povprečju niti ne strinjajo, niti strinjajo. Če zapišemo z drugimi besedami; v povprečju so stališča anketirancev večinoma pozitivna. V naši raziskavi smo ugotovili, da imajo fizioterapevti pozitiven odnos do kliničnih smernic, ki so oblikovane na podlagi dokazov, vendar pa pregled literature (Kristensen, et al., 2016) pravi, da pri izvajanju ni tako. Zaposleni se v povprečju najbolj strinjajo s stališči, »Da je pri obravnavi pacientov po možganski kapi pomembno uporabljati na dokazih temelječe smernice klinične prakse«, »Da na dokazih temelječe klinične smernice za obravnavo pacientov po možganski kapi olajšajo odločanje pri izbiri zdravljenja le-teh« ter, »Da je DPP nujno potrebno uporabljati v vsakodnevni fizioterapevtski praksi«. Po drugi strani se zaposleni v povprečju niti ne strinjajo, niti strinjajo s stališčem, »Da za večino postopkov, ki jih uporabljajo pri pacientih po možganski kapi, ne primanjkuje znanstvenih dokazov«. Podobno ugotavlja tudi Kristensen, et al. (2016). V izvedeni raziskavi smo ugotovili, da imajo fizioterapevti pozitiven odnos do kliničnih smernic, ki so oblikovane na podlagi dokazov, vendar pa Kristensen, et al. (2016) ugotavlja, da pri izvajanju ni tako.

Prav tako smo ugotovili statistično značilne razlike v povprečnem strinjanju zaposlenih z enim od stališč glede na stopnjo izobrazbe in glede na raven zdravstvenega varstva zaposlenih, in sicer s stališčem, »Da na dokazih temelječe klinične smernice za obravnavo pacientov po možganski kapi olajšajo odločanje pri izbiri zdravljenja le-teh«. S tem stališčem se zaposleni z višjo stopnjo izobrazbe v povprečju strinjajo bolj kot zaposleni z nižjo stopnjo izobrazbe. Prav tako se zaposleni v zasebni praksi s tem stališčem strinjajo bolj kot tisti, zaposleni na primarni, sekundarni ali terciarni ravni zdravstvenega varstva.

Zaključimo, da so povprečna stališča fizioterapevtov do uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi pozitivna in se ne razlikujejo bistveno glede na starost, izobrazbo ali zdravstveno raven zaposlenih.

3.5.2 Stopnja znanja o DPP pri obravnavi možganske kapi med fizioterapevti

S pomočjo opisne statistike smo ugotovili, da je stopnja znanja zaposlenih o DPP najvišja za vidike, »Da je DPP proces sistematičnega raziskovanja s cilji, pridobivanja novih znanj in preizkušanja teorij«, »Da je glavni cilj DPP ugotoviti vzroke za raziskovalne probleme in poiskati rešitve zanje«, »Da je večina fizioterapevtskih postopkov podprtih z najnovejšimi znanstvenimi dokazi« ter »Da je poudarek DPP upoštevanje pacientovih vrednot in želja«. Ugotovili smo, da je povprečno znanje zaposlenih o DPP dobro. Leta 2013 so izvedli raziskavo v Veliki Britaniji (Donnellan, et al., 2013), v kateri so zaznali primanjkljaj na področju izobraževanja zdravstvenih delavcev o DPP. Prav tako smo v naši raziskavi zaznali, da bi si fizioterapevti želeli dodatnih izobraževanj na področju DPP, saj se anketiranci v povprečju niso strinjali s trditvijo »Menim, da sem dobil zadostno znanje o DPP med dodiplomskim študijem« in v povprečju so se strinjali s trditvijo »Želim si nadaljnjega poglobljanja svojega znanja o DPP«.

Statistično značilnih razlik v povprečnem znanju zaposlenih o DPP pri obravnavi možganske kapi glede na izobrazbo nismo ugotovili, prav tako nismo ugotovili statistično značilnih povezav med starostjo in povprečnim znanjem zaposlenih. Podobno statistično značilnih razlik v povprečnem znanju zaposlenih o na dokazih podprti praksi pri obravnavi možganske kapi glede na javno in zasebno raven zdravstva nismo ugotovili. Na koncu prav tako nismo ugotovili statistično značilnih razlik v povprečnem znanju glede na štiri skupine ravni zdravstvenega varstva zaposlenih.

Zaključimo, da je stopnja znanja zaposlenih o DPP v splošnem dobra in se ne razlikuje glede na izobrazbo, starost ali zdravstveno raven zaposlenih. Presenetljivo pa so v raziskavi Hasani, et al. (2020) ugotovili, da je 60 % fizioterapevtov poročalo, da pri svojem delu sprejemajo načela DPP. Navajajo, da so fizioterapevti z višjo stopnjo

izobrazbe pokazali bolj pozitiven odnos do DPP in višjo raven znanja o terminologiji in DPP. Usposabljanje fizioterapevtov v tujini se je pokazalo kot pozitivni odnos do uporabe izsledkov raziskav.

3.5.3 Stopnja uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi med fizioterapevti

Na osnovi izvedene raziskave smo ugotovili, da zaposleni v povprečju pogosto uporabljajo večino od načinov uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi, in sicer svoje paciente pogosto sprašujejo glede njihovih želja in vrednot ter jih pri svojem odločanju upoštevajo, prav tako v povprečju pogosto svojim pacientom predstavijo možnosti zdravljenja, jih vključijo v odločanje in v povprečju pogosto poskušajo uporabljati najboljše znanstvene dokaze za reševanje svojih kliničnih vprašanj.

O uporabi DPP zaposleni v povprečju občasno razpravljajo na delovnem mestu, medtem ko je v povprečju internet pogosto glavni vir informacij zaposlenih, prav tako pa so pri postopku odločanja pogosto osebne izkušnje zaposlenih najpomembnejši dejavnik.

Leta 2019 so v Nigeriji izvedli raziskavo, v kateri je bilo vključeno 170 fizioterapevtov. Zanimalo jih je s kakšnimi ovirami se srečujejo pri uporabljanju DPP na delovnem mestu. Tako kot v naši raziskavi, so tudi oni ugotovili, da je eden izmed glavnih razlogov pomanjkanje izobraževanj o DPP. Druge prepreke, ki so jih ugotavljali so bile: pomanjkanje časa, pomanjkanje organizacije, slaba sposobnost kritične ocene zaradi pomanjkanja znanja in nedostopnost virov (Ibikunle, et al., 2020).

Zaključimo, da je stopnja uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi med fizioterapevti visoka, in sicer zaposleni v povprečju pogosto uporabljajo večino od načinov uporabe na dokazih podprte prakse.

4 ZAKLJUČEK

Z raziskavo, v kateri smo ugotavljali stališča fizioterapevtov, stopnjo znanja in stopnjo uporabe DPP pri obravnavi možganske kapi smo ugotovili, da so stališča pozitivna, stopnja znanja in stopnja uporabe pa zadovoljiva. Anketiranci so navajali, da pri svojem odločanju svoje paciente sprašujejo glede njihovih želja in vrednot in jih pri tem upoštevajo. V povprečju najpogosteje tudi svojim pacientom predstavijo možnosti zdravljenja in jih vključijo v odločanje. Pri procesu odločanja pa se še vedno najbolj opirajo na lastne izkušnje, čeprav se v povprečju najbolj strinjajo s trditvami, ki se naslanjajo na to, da je pri obravnavi pacientov po možganski kapi pomembno uporabljati na dokazih temelječe smernice. Z drugimi besedami, fizioterapevti se zavedajo pomena DPP, vendar v praksi po navadi prevladajo lastne izkušnje. Do podobnih podatkov so prišli tudi v drugih raziskavah. V raziskavi smo prav tako iskali razlike glede stopnje izobrazbe, starosti in ravni zdravstvenega varstva. Le pri določenih trditvah je prišlo do manjših odstopanj, vendar v splošnem ni razlik glede na prej omenjene kriterije. Pri sklopu o znanju na področju DPP smo ugotovili, da imajo fizioterapevti v splošnem dobro znanje o DPP, vendar pa je nekaj odstopanj pri željah o nadaljnem poglobljanju znanja o DPP in pri mnenju o pridobivanju znanja o DPP v času študija. Ugotovili smo, da fizioterapevti menijo, da skozi dodiplomski študij niso pridobili zadostnega znanja in imajo željo po poglobljanju svojega znanja. Prav tako se premalokrat o tem razpravlja na delovnem mestu. Klinične smernice so pomembne, saj so zasnovane na dokazih, ki omogočajo najbolj optimalno rehabilitacijo in zdravljenje pacientov po možganski kapi.

V preteklosti taka raziskava v Sloveniji še ni bila izvedena, zato predstavlja pomemben doprinos na področju dejavnikov, ki so povezani z uporabo DPP pri obravnavi možganske kapi. Prav tako predstavlja vpogled in razumevanje v odločanje fizioterapevtov pri načrtovanju obravnave rehabilitacije oseb po možganski kapi. Implementacija DPP v prihodnosti s to raziskavi dobiva še večji pomen.

5 LITERATURA

Alaweih, A., Zhao, J. & Feng, W., 2016. Factors affecting post-stroke motor recovery: Implications on neurotherapy after brain injury. *Behavioural Brain Research*, 340, 94-101. 10.1016/j.bbr.2016.08.029.

Alshehri, M.A., Alalawi, A., Alhasan, H., & Stokes, E. 2017. Physiotherapists' behaviour, attitudes, awareness, knowledge and barriers in relation to evidence-based practice implementation in Saudi Arabia. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 15(3), 127-141. 10.1097/XEB.000000000000106.

Bejot, Y., Bailly, H., Durier, J., & Giroud, M., 2016. Epidemiology of stroke in Europe and trend for the 21st century. *La Presse Medicale*, 45(21), 391-398. 10.1016/j.lpm.2016.10.003.

Bernhardsson, S., & Larsson, M.E.H., 2013. Measuring Evidence-Based Practice in Physical Therapy: Translation, Adaptation, Further Development, Validation, and Reliability Test of a Questionnaire. *Physical Therapy*, 93(6), 819-832. 10.2522/ptj.20120270.

Canadian Physiotherapy Association, 2012. *Evidence-Informed Practice in Physiotherapy*. [pdf] Canadian Physiotherapy Association. Available at: <https://physiotherapy.ca/sites/default/files/positionstatements/evidence-informed-practice-position-statement-english.pdf> [Accessed 20 April 2021].

Cencič, M., 2009. Kako poteka pedagoško raziskovanje: Primer empirične neeksperimentalne kvantitativne raziskave. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

Donnellan, C., Sweetman, S. & Shelley, E., 2013. Health professionals adherence to stroke clinical guidelines: A review of the literature. *Health Policy*, 111(3), 245-263. 10.1016/j.healthpol.2013.05.002.

Hasani, F., MacDermid, J.C., Tang, A. Kho, M., Alghadir, A.H., Anwer, S., 2020. Knowledge, Attitude and Implementation of Evidence-Based Practice among Physiotherapists Working in the Kingdom of Saudi Arabia: A Cross-Sectional Survey. *Healthcare*, 8(3), 354. 10.3390/healthcare8030354.

Ibikunle, P.O., Onwuakagba, I.U., Maduka, E.U., Okoye, E.C., & Umunna, J.O., 2020. Perceived barriers to evidence-based practice in stroke management among physiotherapists in a developing country. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27(2), 291-306. 10.1111/jep.13414.

Kristensen, H. K., Ytterberg, C., Jones, D. L., & Lund, H., 2016. Research-based evidence in stroke rehabilitation: an investigation of its implementation by physiotherapists and occupational therapist. *Disability and Rehabilitation*, 38(26), 2564-2574. 10.3109/09638288.2016.1138550.

Mickan, S., Burls, A. & Glasziou, P., 2011. Patterns of leakage in the utilisation of clinical guidelines: a systematic review. *Postgraduate Medical Journal*, 87(1032), 670-679. 10.1136/pgmj.2010.116012.

Puh, U., 2010. Z dokazi podprta nevrofizioterapija. *Rehabilitacija*, 9(1), pp. 19-26.

Rehar, D. & Menih, M., 2017. Možganska kap in prehodna možganska kap. In: P. Strnad, Š. Baznik & G. Prosen, eds. *Šola urgence 2017. Zreče, 1.-2. december 2017*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 38-47.

Silva, T.M., Costa, L.C.M., & Costa, L.O.P., 2015. Evidence-Based Practice: a survey regarding behavior, knowledge, skills, resources, opinions and perceived barriers of Brazilian physical therapists from São Paulo state. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 19(4), 294-303. 10.1590/bjpt-rbf.2014.0102.

Sinur, M., 2013. *Telesna aktivnost po možganski kapi: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.

Veras., M., Kairy, D., & Paquet, N., 2016. What is Evidence-Based Physiotherapy? *Physiotherapy Canada*, 68(2), 95-96. 10.3138/ptc.68.2.GEE.

Veerbeek, J.M., Van Wegen, E.E.H., Van Peppen, R.P.S., Hendriks, H.J.M., Rietberg, M.B., Van der Wees, J., Heijblom, K., Goos, A.A.G., Hanssen, W.O., Harmeling-van der We, B.C., De Jong, L.D., Kamphuis, J.F., Noom, M.M., Van der Schaft, R., Smeets, C.J., Vluggen, T.P.M.M., Vijsma, D.R.B., Vollmar, C.M., Kwakkel, G., 2014. Practice Guideline. In: Royal Dutch Society for Physical Therapy, ed. *KNGF Guideline: stroke. Netherlands, 2014*. Netherlands: Royal Dutch Society for Physical Therapy, p. 1.

Žvan, B. & Zupan, M., 2012. Možganska kap in novosti pri zdravljenju. In: Dolenc, P., ed. *XXI. Strokovni sestanek sekcije za hipertenzijo. Ljubljana, 22.-23. november 2012*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za hipertenzijo, pp. 47-83.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETNI VPRAŠALNIK

Pozdravljeni,

Sem Ula Rupnik, študentka 3. letnika fizioterapije na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. V okviru diplomskega dela izvajam raziskavo na temo "Dejavniki, ki so povezani z uporabo na dokazih podprte prakse pri obravnavi možganske kapi v fizioterapiji" pod mentorstvom dr. Monike Zadnikar. Raziskava je pomembna, saj bo pripomogla k učinkovitejši implementaciji uporabe na dokazih podprtih znanstvenih dognanj v klinični praksi. Anketa je popolnoma anonimna in rezultati bodo uporabljeni izključno za namen raziskave. Prosim, da si vzamete nekaj minut za izpolnitev naslednje ankete.

Hvala za vaše sodelovanje.

1. Sklop - demografija

Q1: Spol:

- 1) Ženski
- 2) Moški

Q2: Vaša starost?

_____ (vpišite leta)

Q3: Katera je vaša najvišja stopnja pridobljene izobrazbe na področju fizioterapije?

- 1) Višješolska diploma
- 2) Visokošolska diploma
- 3) Magisterij fizioterapije ali druge zdravstvene smeri ali doktorat fizioterapije ali druge zdravstvene smeri

Q4: Na kateri ravni zdravstvenega varstva delate?

- 1) Primarna raven (vključuje: osnovno zdravstveno dejavnost, socialnovarstvene zavode)
- 2) Sekundarna raven (vključuje: splošne in specialne bolnišnice)
- 3) Terciarna raven (vključuje: klinike, klinične oddelke in inštitute)
- 4) Zasebna praksa
- 5) Drugo: _____

2. Sklop – znanje o na dokazih podprti praksi

Q5: pri vsaki trditvi v tabeli označite odgovor, kako močno se strinjate ali se ne strinjate z naslednjimi trditvami?

1-sploh se ne strinjam; 2-se ne strinjam; 3-niti se ne strinjam niti se strinjam; 4-se strinjam; 5-popolnoma se strinjam

TRDITEV	1	2	3	4	5
DPP je proces sistematičnega raziskovanja s cilji pridobivanja novih znanj in preizkušanja teorij.					
Glavni cilj DPP je ugotoviti vzroke za raziskovalne probleme in poiskati rešitve zanje.					
Večina fizioterapevtskih postopkov je podprtih z najnovejšimi znanstvenimi dokazi.					
Poudarek DPP je upoštevanje pacientovih vrednot in želja.					

DPP je pristop, ki zapostavlja klinične izkušnje fizioterapevta.					
Ključni koraki za izvajanje DPP (pregled relevantne literature, vrednotenje dokazov in njihova integracija v prakso) zahtevajo malo časa.					

Legenda: DPP-na dokazih podprta praksa

Q6: Pri vsaki trditvi v tabeli označite odgovor, ki je najbližje vašemu mnenju.

1-sploh se ne strinjam; 2-se ne strinjam; 3-niti se ne strinjam niti se strinjam; 4-se strinjam; 5-popolnoma se strinjam

TRDITVE	1	2	3	4	5
Vem, da obstajajo na dokazih temelječe smernice klinične prakse za obravnavo pacientov po možganski kapi.					
Vem kako in kje najti smernice klinične prakse za obravnavo pacienta po možganski kapi.					
Verjamem, da imam dovolj znanja za izvajanje DPP pri pacientih po možganski kapi.					

Menim, da sem dobil zadostno znanje o DPP med dodiplomskim študijem.					
Prepričan/a sem v svoje sposobnosti obravnavanja pacientov po možganski kapi v skladu z najnovejšimi znanstvenimi dognanji.					
Sposoben/a sem kritično ovrednostiti znanstveni članek.					
Želim si nadaljnega poglobljanja svojega znanja o DPP.					

Legenda: DPP – na dokazih podprta praksa

3. Sklop – stališča do na dokazih podprte prakse pri obravnavi možganske kapi v fizioterapevtski praksi

Q7: Pri vsaki trditvi označite, v kolikšni meri se strinjate ali ne strinjate z njo.

1- sploh se ne strinjam; 2- se ne strinjam; 3- niti se strinjam niti se ne strinjam; 4- se strinjam; 5- se popolnoma strinjam

TRDITEV	1	2	3	4	5
DPP je nujno potrebno uporabljati v vsakodnevni fizioterapevtski praksi.					
Pri obravnavi pacientov po možganski kapi je pomembno					

uporabljati na dokazih temelječe smernice klinične prakse.					
Za večino postopkov, ki jih uporabljam pri pacientih po možganski kapi, primanjkuje znanstvenih dokazov.					
Na dokazih temelječe klinične smernice za obravnavo pacientov po možganski kapi olajšajo odločanje pri izbiri zdravljenja letih.					
Na dokazih temelječe klinične smernice zagotavljajo, da so pacienti po možganski kapi deležni najboljšega možnega zdravljenja.					
Na dokazih temelječe klinične smernice zagotavljajo, da so pacienti po možganski kapi deležni enakega zdravljenja.					
DPP izboljša zdravljenje pacientov po možganski kapi.					

Legenda: DPP – na dokazih podprta praksa

4. Sklop – uporaba na dokazih podprte prakse

Q8: V tabeli označite, kako pogosto pri svojem delu uporabljate na dokazih podprto prakso.

1-nikoli; 2-redko; 3-včasih; 4-pogosto; 5-vedno.

TRDITEV	1	2	3	4	5
Na mojem delovnem mestu se spodbuja uporaba najnovejših raziskav.					
O DPP razpravljamo na delovnem mestu.					
Uporabljam na dokazih temelječe klinične smernice vsak dan pri obravnavi pacienta po možganski kapi.					
Poskušam uporabljati najboljše znanstvene dokaze, za razreševanje mojih kliničnih vprašanj.					
Večina mojih odločitev glede zdravljenja pacientov po možganski kapi vključuje DPP.					
Svoje paciente sprašujem glede njihovih želja in vrednot in jih pri svojem odločanju upoštevam.					
Svojim pacientom predstavim možnosti zdravljenja in jih vključim v odločanje.					
Pogosto dostopam do					

podatkovnih baz in iščem znanstvene članke, ki so pomembni za moje klinično delo.					
Internet uporabljam kot moj glavni vir informacij v klinični praksi.					
Mnenje strokovnjaka na mojem področju je najpomembnejši dejavnik v mojem postopku odločanja.					
Moje osebne izkušnje na mojem področju so najpomembnejši dejavnik pri postopku odločanja.					

Legenda: DPP – na dokazih podprta praksa

Q9: Ste se kdaj že udeležili izobraževanja o na dokazih podpri praksi?

- 1) DA
- 2) NE

Q10: Če ste pri prejšnjem vprašanju odgovorili z JA, kakšne vrste izobraževanja ste se udeležili?

- a) Izobraževanje v sklopu dodiplomskega študija na fakulteti
- b) Celovito izobraževanje (enodnevno izobraževanje)
- c) Kratko izobraževanje (3-5 pedagoških ur)
- d) Enkratno predavanje (1-2 pedagoški uri)
- e) Vse naštet

Odgovorili ste na vsa vprašanja v tej anketi. Hvala za vaše sodelovanje.