



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

Magistrsko delo

visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje

ZDRAVSTVENA NEGA

**ODNOS VISOKOŠOLSKO IZOBRAŽENIH
MEDICINSKIH SESTER V PRIMARNEM
ZDRAVSTVENEM VARSTVU DO NA
DOKAZIH PODPRTE PRAKSE**

**ATTITUDES OF MEDICAL NURSES WITH
HIGHER EDUCATION IN PRIMARY
HEALTH CARE TOWARDS EVIDENCE-
BASED PRACTICE**

Mentorica: izr. prof. dr. Brigita Skela Savič. znan. svet. Kandidat: Urban Bole

Jesenice, november, 2018

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici izr. prof. dr. Brigiti Skela Savič za vse usmeritve in strokovno pomoč.

Zahvaljujem se doc. dr. Saši Kadivec in doc. dr. Branku Gabrovcu za recenzijo magistrskega dela.

Zahvaljujem se vsem zdravstvenim organizacijam v primarnem zdravstvenem varstvu, ki so sodelovale v raziskavi, in vsem anketirancem, ki so si vzeli čas in odgovorili na vprašalnik.

Zahvaljujem se Mileni Furek, prof. slovenščine, za lektoriranje dela, in g. Sašu Severju za pomoč pri statistični obdelavi podatkov.

Predvsem pa hvala moji družini za vso pomoč in podporo v času študija.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: V primarnem zdravstvenem varstvu se visokošolsko izobražene medicinske sestre v luči novih vlog srečujejo s kompleksnimi izzivi, ki za optimalno razrešitev potrebujejo najboljše razpoložljive, veljavne in ustrezne dokaze za spreminjanje in oblikovanje na dokazih podprte prakse.

Cilj: Cilj magistrskega dela je ugotoviti odnos in pogostost uporabe na dokazih podprte prakse visokošolsko izobraženih medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu.

Metoda: Uporabljena je bila kvantitativna neeksperimentalna metoda raziskovanja. V raziskavi sta bila, kot instrument uporabljena dva vprašalnika. Statistično populacijo so predstavljale vse visokošolsko izobražene medicinske sestre, zaposlene v primarnem zdravstvenem varstvu v Sloveniji, v končni vzorec je bilo vključenih 221 anketirancev ($n = 221$). Podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa SPSS, uporabili smo opisno statistiko, za analizo podatkov smo uporabili: t-test za neodvisne vzorce, Levenov test, ANOVO, Welchov test, Post Hoc, Pearsonovo korelacijo, faktorsko analizo ter regresijsko analizo. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,005 ali manj.

Rezultati: Pozitivni odnos anketirancev do na dokazih podprte prakse razloži višja stopnja izobrazbe ($F = 7,995$; $p = 0,001$), daljša delovna doba ($r = 0,176$; $p = 0,001$), izobraževanjem v zadnjih petih letih s področja raziskovanja ($F = 6,187$; $p = 0,001$), izobraževanja iz na dokazih podprte prakse ($F = 7,118$; $p = 0,001$) in prosta dostopnost do podatkovnih baz ($F = 4,892$; $p = 0,001$). Pri samooceni znanja ugotavljamo, da ima višja samoocena znanja iz raziskovanja pozitiven vpliv na odnos ($\beta_1 = 0,210$, $p = 0,001$) in pogostost uporabe na dokazih podprte prakse ($\beta_1 = 0,352$ $p = 0,001$).

Razprava: Visokošolsko izobražene medicinske sestre imajo v primarnem zdravstvenem varstvu pozitivna prepričanja o na dokazih podprti praksi, vendar jo le redko implementirajo v klinična okolja.

Ključne besede: odnos, na dokazih podprta praksa, implementacija, medicinska sestra

ABSTRACT

Background: In primary health care, nurses with a higher education are facing complex challenges in the light of new roles, and need valid, relevant and the best available evidence for changing and designing evidence-based practice and determining optimal solutions.

Objective: The objective of the master's thesis is to determine the attitude and frequency of applying evidence-based practice among nurses with a higher education working in primary health care.

Method: A quantitative, non-experimental research design was employed. Two validated questionnaires were used as the study instrument. Statistical population included all nurses with a higher education employed in Slovenian primary health care; 221 respondents were included in the final sample ($n = 221$). The data was processed using SPSS computer program, descriptive statistics was used. Data was analysed using: t-test for independent samples, Levene's test, ANOVA, Welch's test, Post Hoc, Pearson's correlation, factor analysis, and regression analysis. The level of statistical significance was set at $p \leq 0.005$.

Results: Respondents' positive attitude towards evidence-based practice can be explained by a higher educational achievement ($F = 7.995$; $p = 0.001$), longer length of employment ($r = 0.176$; $p = 0.001$), training in the field of research in the past five years ($F = 6.187$; $p = 0.001$), training in evidence-based practice ($F = 7.118$; $p = 0.001$), and free access to databases ($F = 4.892$; $p = 0.001$). For self-assessment of knowledge, we found that a higher self-assessment in research knowledge positively affected the attitude ($\beta_1 = 0.210$, $p = 0.001$) and frequency of applying evidence-based practice ($\beta_1 = 0.352$, $p = 0.001$).

Discussion: Nurses with a higher education have positive opinions on evidence-based practice in primary health care; however, they rarely implement it in clinical settings.

Key words: attitude, evidence-based practice, implementation, nurse

KAZALO

1	UVOD.....	1
2	TEORETIČNI DEL.....	4
2.1	NA DOKAZIH PODPRTA PRAKSA V ZDRAVSTVENI NEGI.....	4
2.2	MODELI NA DOKAZIH PODPRTE PRAKSE	5
2.3	KOMPETENCE NA DOKAZIH PODPRTE PRAKSE V ZDRAVSTVENI NEGI	9
2.4	KORAKI IMPLEMENTACIJE NA DOKAZIH PODPRTE PRAKSE V KLINIČNO OKOLJE.....	11
2.4.1	Korak nič: Oblikovanje podporne klime v organizaciji za spodbujanje medicinskih sester k raziskovanju in implementaciji na dokazih podprte prakse	11
2.4.2	Prvi korak: postavljanje pravega vprašanja	12
2.4.3	Drugi korak: iskanje dokazov	13
2.4.4	Hierarhija dokazov v zdravstveni negi	14
2.4.5	Tretji korak: implementacija dokazov v klinično prakso	15
2.4.6	Četrti korak: evalvacija implementacije na dokazih podprte prakse	19
3	EMPIRIČNI DEL	20
3.1	OPIS RAZISKOVALNEGA PROBLEMA IN CILJI RAZISKOVANJA.....	20
3.2	RAZISKOVALNE HIPOTEZE	20
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	21
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	21
3.3.2	Opis spremenljivk in merskega instrumenta.....	22
3.3.3	Rezultati o zanesljivosti, veljavnost in verodostojnost instrumenta	23
3.3.4	Opis vzorca	27
3.3.5	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	28
3.4	REZULTATI.....	29
3.4.1	Opisna statistika vprašalnika po posameznih trditvah	29
3.4.2	Preverjanje hipotez.....	31
3.5	RAZPRAVA	49
3.5.1	Omejitve raziskave.....	59
4	ZAKLJUČEK.....	60

5	LITERATURA.....	62
6	PRILOGE	
6.1	INSTRUMENT	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Modeli DPP	8
Tabela 2: Kompetence DPP medicinskih sester	10
Tabela 3: PICOT konceptualni okvir	13
Tabela 4: Hierarhija dokazov	15
Tabela 5: Potek implementacije DPP v klinično okolje	16
Tabela 6: Ukrepi za krepitev sodelovanja zaposlenih pri implementaciji DPP	17
Tabela 7: Faktorska analiza pri Odnosu do DPP	25
Tabela 8: Faktorska analiza pri Implementaciji DPP	26
Tabela 9: Opis vzorca	27
Tabela 10: Odnos visokošolsko izobraženih medicinskih sester/zdravstvenikov v primarnem zdravstvenem varstvu do DPP	29
Tabela 11: Implementacija DPP visokošolsko izobraženih medicinskih sester/zdravstvenikov v primarnem zdravstvenem varstvu	30
Tabela 12: Primerjava odnosa do DPP glede na stopnjo izobrazbe anketirancev	31
Tabela 13: Primerjava pogostosti implementacije DPP glede na stopnjo izobrazbe	32
Tabela 14: Korelacijski koeficienti med delovno dobo anketirancev in odnosom do DPP	33
Tabela 15: Korelacijski koeficienti med delovno dobo in pogostostjo implementacije DPP visokošolsko izobraženih medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu	34
Tabela 16: Primerjava odnosa anketirancev do DPP in izobraževanja iz raziskovanja v zdravstveni negi	35
Tabela 17: Primerjava odnosa anketirancev do DPP in izobraževanja s področja DPP	35
Tabela 18: Primerjava odnosa anketirancev do DPP in izobraževanje iz vsebin etike ..	36
Tabela 19: Primerjava odnosa anketirancev do DPP in izobraževanja iz vsebin mentorstva študentom zdravstvene nege	36
Tabela 20: Primerjava pogostosti uporabe DPP in izobraževanja s področja raziskovanja v zdravstveni negi	37
Tabela 21: Primerjava pogostosti uporabe DPP in izobraževanjem iz področja DPP ...	38
Tabela 22: Primerjava pogostosti uporabe DPP in izobraževanja iz vsebin s področja	

etike	38
Tabela 23: Primerjava pogostosti uporabe DPP glede na izobraževanje iz vsebin mentorstva študentom zdravstvene nege.....	39
Tabela 24: Primerjava odnosa do DPP, glede na vodstvene funkcije anketirancev	39
Tabela 25: Primerjava pogostosti uporabe DPP glede na vodstvene funkcije anketirancev	40
Tabela 26: Primerjava odnosa do DPP glede na prosti dostop do podatkovnih baz anketirancev	41
Tabela 27: Primerjava pogostosti uporabe DPP glede na prosti dostop do podatkovnih baz anketirancev	41
Tabela 28: Rezultati regresijske analize vpliva samoocene znanja raziskovanja na faktorje Odnosa do DPP	43
Tabela 29: Rezultati regresijske analize vpliva samoocene znanja raziskovanja na Implementacijo DPP	44
Tabela 30: Rezultati regresijske analize vpliva samoocene znanja DPP na faktorje Odnosa do DPP	45
Tabela 31: Rezultati regresijske analize vpliva samoocene znanja iz DPP na faktorje Implementacijo DPP	46
Tabela 32: Rezultati regresijske analize vpliva samoocene zadovoljstva na delovnem mestu na faktorje Odnosa do DPP	47
Tabela 33: Rezultati regresijske analize vpliva samoocene zadovoljstva na delovnem mestu na faktorje Implementacije DPP	48

1 UVOD

Kakovostno primarno zdravstveno varstvo je temelj zdravstvenih sistemov, ki uporabnikom zagotavljajo visokokakovostno zdravstveno oskrbo. Uporaba na dokazih podprte prakse pa pripomore k izboljšanju zdravstvenih obravnav, saj ima močan vpliv na prezgodnjo umrljivost prebivalstva in zmanjšuje nenakosti na področju obravnav enakih stanj. Z novimi kompetencami se medicinske sestre v primarnem zdravstvenem sistemu srečujejo z novimi vlogami, proaktivnega vodenja kroničnih bolezni, ki zdravstveni negi omogoča kakovostno poseganje v zdravje celotnega prebivalstva (De Maeseneer & Twagirumukiza, 2010; Starfield, 2011; Pericas-Beltran, et al., 2014).

V zadnjem desetletju sta koncept in definicija na dokazih podprte prakse (v nadaljevanju DPP) doživela evolucijski razvoj. DPP je pristop za reševanje kliničnih problemov, ki združuje najboljše dokaze iz dobro zasnovanih raziskav v kombinaciji s strokovnim znanjem in notranjimi dokazi, ki izhajajo iz uporabnikove ocene in podatkov. DPP omogoča kakovostno zdravstveno obravnavo, ki pozitivno vpliva na varnost uporabnikov, povečuje produktivnost in znižuje stroške zdravstvenih obravnav. Po podatkih raziskovalcev Farokhzadian in sodelavcev (2015) prejema DPP polovica uporabnikov zdravstvenega varstva, kar vpliva na pogosta nihanja klinične obravnave za enaka stanja, prav omenjene razlike v obravnavi enakih stanj pa povečujejo stroške zdravstvenih obravnav po nekaterih ocenah kar za tretjino (Brown, et al., 2009; Starfield, 2011; McCrae, 2012; Yi-Hao, et al., 2013).

Ovire, s katerimi se srečujejo medicinske sestre pri uporabi DPP, so si zelo podobne. Majid in sodelavci (2011) ugotavljajo, da so najpogostejše ovire za implementacijo DPP: nezadostno znanje in spretnosti pri implementaciji DPP, pomanjkanje časa medicinskih sester, nerazumevanje statističnih podatkov in pomanjkanje znanja o raziskovanju, predvsem pa ostajajo nejasne kompetence DPP visokošolsko izobraženih medicinskih sester. Ammouri in sodelavci (2014) ugotavljajo podobne ovire, kot so pomanjkanja časa za iskanje dokazov pomanjkanje znanja kritičnega ocenjevanja in implementacije dokazov v klinična okolja, ugotavljajo pomanjkanje potrebnih virov za iskanje dokazov. Farokhzadian in sodelavci (2015) ugotavljajo, da so največje ovire za uporabo DPP pri medicinskih sestrah pomanjkanje znanja raziskovanja v zdravstveni

negi in neznanje ocenjevanja kakovosti dokazov. Mallion in Brooke (2016) pri medicinskih sestrah tradicionalna prepričanja vidita kot glavno oviro, ki preprečuje prenos znanja. Raziskovalci ugotavljajo, da so najpogostejše ovire s katerimi se srečuje vodstvo zdravstvenih organizacij slaba usposobljenost vodji, pomankljivo znanje raziskovanja in implementacije DPP, neznanje povezovanja med zdravstvenimi organizacijami in izobraževalnimi ustanovami ter ovire pri zagotavljanju finančnih spodbud politike pri implementaciji DPP (Melnik, et al., 2008; Boström, et al., 2013; White Williams, et al., 2013; Farokhzadian, et al., 2015).

Odnos do DPP v zdravstveni negi tako niha od pozitivnega do negativnega. Majid in sodelavci (2011) ugotavljajo, da ima polovica anketirancev pozitiven odnos do DPP. Köpke in sodelavci (2013) v nemških bolnišnicah ugotavljajo pozitiven odnos večine medicinskih sester do DPP, vendar ostaja implementacija dokazov v klinična okolja redka. Nasprotno pa je v Vietnamu, kjer Nguyen in Wilson (2016) ugotavljata, da bi bila le tretjina medicinskih sester pripravljenih spremeniti lastno klinično prakso in uporabo znanstvenih dokazov uporabiti namesto znanja, pridobljenega iz lastnih izkušenj in lastnih opazovanj. V Sloveniji so odnos in pogostost uporabe DPP raziskovali Skela Savič in sodelavci (2016), ki med visokošolsko izobraženimi medicinskimi sestrami v sekundarnem zdravstvenem varstvu ugotavljajo pozitiven odnos do DPP, čeprav znanstvene dokaze v prakso implementirajo le redko. Raziskovalci tako ugotavljajo, da bi se s povečanjem znanja in spretnosti s področja DPP izboljšali tako razumevanje kot odnos do DPP na področju zdravstvene nege (Skela-Savič, et al., 2017).

Kljub močnem vplivu DPP na zdravje celotne populacije ostajajo raziskave DPP redke. V Španiji Pericas Beltran in sodelavci (2014) s kvalitativno raziskavo ugotavljajo pozitiven odnos anketirancev do DPP, vendar zaradi neprepoznavanja pomebnosti DPP vodji zdravstvene nege in pomakanja kompetenc, dokaze le redko implementirajo v klinično okolje. González Torrente in sodelavci (2012) v raziskavi opozarjajo na pomembno vlogo organizacijske kulture v zagotavljanju DPP v primarnem zdravstvenem varstvu. Potrebna je zaveza vodstvenih kadrov k ustvarjanju delovnega okolja za spodbujanje inovativnosti in raziskovanja v zdravstveni negi, ki mogoča

podporo k prenosu znanja. V Sloveniji odnos in implementacija DPP med visokošolsko izobraženimi medicinskimi sestrami v primarnem zdravstvenem varstvu še ni bila raziskana. Zaradi pomanjkanja raziskav tako v Sloveniji kot v tujini smo se v magistrskem delu odločili raziskati odnos slovenskih diplomiranih medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu do DPP in pogostost implementacije DPP v klinična okolja.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 NA DOKAZIH PODPRTA PRAKSA V ZDRAVSTVENI NEGI

DPP je svetovno priznani zlati standard za zagotavljanje najvišje kakovosti zdravstvene obravnave in omogoča najboljše izide zdravljenja za pacienta. Raziskave kažejo, da pristop, ki temelji na dokazih, v primerjavi s klinično prakso, temelječo na intuiciji, tradiciji in zastarelih politikah, omogoča kakovostne zdravstvene, varnostne in stroškovne rezultate, vključno z nižjo obolevnostjo in smrtnostjo pacientov. V trenutnem zdravstvenem sistemu, prihaja do velikih nihanj zdravstvenih obravnav za enaka stanja, kar povečuje stroške zdravstvenih obravnav za tretinjo. Implementacijo DPP štejejo strokovnjaki kot temelj izboljšanja zdravstvene obravnave (Yi-Hao, et al., 2013; Djulbegovic, et al., 2015; Farokhzadian, et al., 2015).

Priljubljenost je DPP pridobila v zadnjem delu 20. stoletja v upanju, da bo prevladujoča tema v klinični praksi, politiki, menedžmentu in izobraževanju po vsem svetu. Odločanje in nivo znanja sta se v zdravstveni negi dramatično spremenila. Od medicinskih sester se pričakuje, da odločitve, ki jih sprejemajo, temeljijo na najboljših možnih dokazih. Praksa tako temelji na štirih zaporednih korakih: prvič – oblikovanje vprašanja, ki temelji na kliničnem problemu, drugič – iskanje ustreznih dokazov v literaturi, tretjič – klinična presoja veljavnosti raziskav ter četrtič – uporaba znanstvenih dokazov v klinični praksi (Wilkinson, et al., 2011; Zijpp, et al., 2016).

Skela Savič (2008) opisuje fenomen v slovenskem zdravstvu, kjer je dovolj, da so izobraženi le zdravniki, vsi drugi sodelujoči pa so le njihovi pomočniki. Vendar je zdravstvena nega znanstvena disciplina, ki temelji na dokazih najnovejših ter najboljših znanstvenih raziskav in je njen cilj izboljšanje zdravstvene nege ter zdravstvene obravnave pacientov. Raziskovanje je potrebno za pridobivanje novega znanja ter razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Medicinske sestre potrebujejo raziskovanje kot sestavni del svojega dela s pacienti. Raziskovanje je tako osnova znanja za na dokazih podprto zdravstveno nego, ki izboljšuje zdravstveno obravnavo. Vendar Skela Savič in Kiger (2015) ugotavljata, da medicinske sestre v Sloveniji le dva odstotka svojega delovnega časa namenijo raziskovanju. Medicinske sestre bi morale

imeti podporo ter pogum za raziskovanje ter uporabo DPP. Postavljati prava vprašanja, poiskati najboljši znanstveni dokaz ter zagotoviti prenos dokazov v prakso so v današnji obravnavi pacientov nepogrešljivi (Polit & Beck, 2008; Kirkpatrick, et al., 2012).

2.2 MODELI NA DOKAZIH PODPRTE PRAKSE

Raziskovalci Giomuso in sodelavci (2014) v svojem pregledu literature izpostavijo pet modelov, med katerimi izbira menedžment zdravstvene nege pri implementaciji DPP v klinično okolje. Njihov namen je razčleniti kompleksnost implementacije dokazov v klinično okolje. Razčlenitev modelov DPP preprečuje neuspehe implementacije in posledično preprečevanje finančnih in časovnih izgub, ki se pojavijo ob implementaciji modelov, ki se v kliničnih okoljih ne obnesejo (Van Achterberg, et al., 2008, Mitchell, et al., 2010; Wilson, et al., 2010; Fineout Overholt, et al., 2011; Ciliska, et al., 2011).

Aplikativni model IOWA Iowa Model Collaborative (2017) je model DPP, ki korak za korakom usmerja implementacijo DPP v klinično okolje. Prvotno je bil model razvit kot raziskovalni model univerzitetne klinike v Iowi, da bi se osredotočal na izvajanje DPP na organizacijski ravni. Začne se s sprožilcem oziroma problemom, ki ga zaznajo medicinske sestre v kliničnih okoljih. Identifikacija sprožilca vodi v oblikovanje skupine, ki poišče, sintetizira in kritično oceni dokaze v strokovni literaturi. Po identifikaciji ustreznih dokazov se oblikuje pilotni projekt, ki oceni primernost implementacije dokazov v klinično okolje. Namenjen je uporabi v kliničnih okoljih za izboljšanje pacientove zdravstvene oskrbe s sistematično uporabo dokazov v klinični praksi. Pri modelu IOWA je pomembno eksplicitno vključevanje pacientovih socialnih preferenc. V literaturi obstaja veliko primerov uporabe DPP modela IOWA. Kowal (2010) v bolnišnici v New Yorku je model uporabil pri opazovanju bolečine v intenzivni enoti. Sprožilec je bil prepoznavanje medicinskih sester o neustreznosti orodja za obravnavo bolečine pri neverbalni komunikaciji pacienta v intenzivni enoti. V sodelovanju z medicinsko sestro s specialnimi znanji so oblikovali raziskovalno vprašanje in začeli iskanje dokazov v strokovni literaturi. Po temeljitem pregledu literature in sintezi dokazov so pilotno oblikovali orodje za neverbalno oceno bolečine pri pacientih v intenzivni enoti (Gordon, et al., 2008; Hermes & Lee 2009; Missal, et al., 2010; Kowal, 2010).

Stetler (2010) je model implementacije DPP usmerjen predvsem k posameznikom. Model upošteva značilnosti posameznika strokovnjaka pri njegovi uporabi. Stetler v svojem modelu uporablja logično in kritično razmišljanje, ki poudarja evalvacijo pridobljenih dokazov. Primeren je za strokovnjake z več izkušnjami pri implementaciji DPP v klinično okolje. Sestavljen je iz petih faz: prvo fazo sestavljajo definicija, ocena in iskanje virov, v drugi fazi poteka ocenjevanje pridobljenih dokazov, v tretji fazi sintetiziranje dokazov, pri katerih je treba upoštevati zunanje in notranje dejavnike, pri četrti fazi se dokazi implementirajo v klinično prakso in v peti fazi se vrednoti prispevek izboljšav v klinično prakso. Romp in Kiehl (2009) sta uporabila Stetlerjev model pri preoblikovanju programa za izboljšanje ravni zadovoljstva na delovnem mestu in zmanjševanja strokovnih napak pri izvajanju negovalnih intervencij. S pregledom literature so razširili priporočila menedžmentu zdravstvene nege. Zadovoljstvo medicinskih sester na delovnem mestu se je povečalo in stopnja napak pri negovalnih intervencijah se je zmanjšala za tretjino. Model je bil uporabljen pri spreminjanju klinične prakse negovalnih intervencij pacientov s karcinomom, orodju za oceno anksioznosti in pri pacientih s Parkinsonovo boleznijo (Snyder, et al., 2011).

Johns Hopkinsov model DPP je rezultat sodelovanja med menedžmentom zdravstvene nege bolnišnice John Hopkins in Univerzo za zdravstveno nego John Hopkins. Vključuje ocenjevalno lestvico zanesljivosti dokazov. Glavni poudarek modela je implementacija najboljših dokazov kliničnih medicinskih sester v klinično okolje. Model ponuja tri glavne korake opredelitev problema v klinični praksi, zbiranje dokazov in implementacija dokazov v klinično okolje in vključuje orodja, kot so razvoj vprašalnikov, lestvic in merilo za ocenjevanje dokazov. Visoko izobražene medicinske sestre iz kliničnih okolji so v sodelovanju s študenti Univerze v zdravstveni negi zagotovili iskanje najboljših dokazov za klinična vprašanja medicinskih sester. Model DPP John Hopkins je bil večkrat implementiran v klinično okolje. V sodelovanju z univerzo so v bolnišnici John Hopkins uspešno spremenili prakso zdravstvene nege pri preprečevanju venske trombolije, negovalne intervencije pri zdravljenju pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, negovalne intervencije za preprečevanje ponovnih sprejemov zaradi enake diagnoze v bolnišnično oskrbo (Missal, et al., 2010).

Star Model of Knowledge Transformation je model razumevanja znanja, ki se uporablja v različnih vidikih na DPP. Model je sestavljen kot pettočkovna zvezda, ki ponazarja pet glavnih stopenj modela: odkritja raziskav, sinteza dokazov, implementacija dokazov v smernice, implementacijo smernic v klinično prakso in izidi implementacij smernic v klinično prakso. Model je bil uporabljen pri opredelitvi na dokazih podprtih kompetenc kliničnih medicinskih sester in za obvladovanje z ventilatorjem povzročenih pljučnic. Star model lahko uporablja tako posameznik kot vodstvo organizacije. Poudarek modela na preoblikovanju obstoječega znanja prispeva k napredku zdravstvene nege kot samostojne discipline in omogoča kakovostnejšo obravnavo pacienta (Kring, 2008; McCrae, 2012).

Advancing Research and Clinical Practice through Close (ARCC) model se osredotoča na izvajanje in spodbujanje DPP na nivoju organizacijske ravni posamezne ustanove (Melnik, et al., 2010; Levin, et al., 2011). Model ima pet korakov implementacije DPP. Prvi korak je ocena organizacijske kulture in pripravljenost organizacije za izvajanje DPP, pri drugem koraku se identificirajo ovire za implementacijo DPP v organizaciji, v tretjem koraku je treba določiti mentorje za implementacijo DPP, v četrtem koraku implementirati dokaze v organizacijo in pri zadnjem koraku ovrednotiti rezultate sprememb klinične prakse po implementaciji dokazov. Ključna značilnost ARCC-modela so mentorji DPP v kliničnih okoljih, ki omogočijo pridobitev spretnosti in prenos znanja za uporabo dokazov kliničnim medicinskim sestram. Levin in sodelavci (2011) so uspešno implementirali ARCC-model v klinično prakso medicinskih sester, ki zdravstveno nego izvajajo na domovih. V raziskavi je kontrolna skupina z edukacijo, literaturo in mentorjem o DPP zmanjšala število strokovnih napak za polovico.

V letu 2010 je bila objavljena sinteza literature za konceptualni okvir modela Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS) (Stetler, et al., 2011). Avtorji vidijo PARISH kot okvir in ne model za implementacijo DPP. PARISH je tako konceptualni okvir, ki zajema tri ključne elemente, ki vplivajo na uspešno implementacijo in izvajanje DPP, E (evidence), C (context) in F (facilitation). Dokaz kot prvi element je opisan kot vir znanja, drugi element je kontekst in opisuje kakovost okolja, v katero je implementirana raziskava in tretji element so orodja, s katerimi se

omogoča zaposlenim, da uvedejo spremembo. PARISH konceptualni okvir so uporabili v raziskavi Hack in sodelavci (2011) pri onkoloških pacientih, katerih posvetovanja so digitalno posneli in so pacienti kasneje lahko dostopali do posnetkov, kar jim je omogočilo razjasnitev nejasnosti o poteku zdravljenja bolezni. Raziskovalci zaključujejo, da so z implementacijo konceptualnega modela PARISH zmanjšali anksioznost, izboljšali komunikacijo in zadovoljstvo pri onkoloških pacientih. V raziskavi McKillop in sodelavci (2011) so z uporabo PARISH konceptualnega okvirja s pomočjo strokovnjakov raziskali dejavnike tveganja za kardiovaskularne bolezni na Novi Zelandiji in s pomočjo pridobljenih podatkov oblikovali nacionalne smernice. PARISH okvir tako omogoča implementacijo zapletenih procesov DPP, saj prepoznava nepredvidljive in hitro se spreminjajoče faktorje, ki vplivajo na uspešnost implementacije. V tabeli 1 so prikazani modeli DPP po posameznih korakih implementacije v klinična okolja.

Tabela 1: Modeli DPP

Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS)	Stetlerjev model	IOWA model	Johns Hopkins nursing model	ACE Star Model of knowledge Transformation	Advancing Research and Clinical Practice through Close (ARCC)
1. E (evidence) 2. C (context) 3. F (facilitation)	1. Priprava: zbiranje dokazov. 2. Preverjanje: ocena ter sinteza dokazov. 3. Primerjava: odločanje o uporabi dokazov 4. Aplikacija dokazov. 5. Ocena: je implementacija dokazov rešila problem.	1. Znanje ali problem sproži vprašanja pri medicinskih sestrah. 2. Analiza, ali je problem prednostna naloga organizacije. 3. Oblikovanje interdisciplinarnega tima. 4. Zbiranje dokazov. 5. Kritična ocena dokazov ter sinteza. 6. Ugotoviti, ali dokazi odgovarjajo na vprašanje. 7. Če je dokazov	1. Identifikacija kliničnega vprašanja. 2. Zbiranje dokazov. 3. Načrtovanje, implementacija, evalvacija in komunikacija.	1. Odkrivanje znanja. 2. Povzetek znanja. 3. Zbiranje dokazov. 4. Implementacija dokazov v klinično prakso. 5. Evalvacija.	1. Oceniti organizacijsko kulturo in pripravljenost za systemske spremembe. 2. Identifikacija ovir. 3. Identifikacija mentorjev na dokazih podprte prakse znotraj organizacije. 4. Implementacija dokazov v klinično prakso. 5. Evalvacija izidov.

Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS)	Stetlerjev model	IOWA model	Johns Hopkins nursing model	ACE Star Model of knowledge Transformation	Advancing Research and Clinical Practice through Close (ARCC)
		dovolj, pilotni projekt, če ne, ponoviti raziskavo. 8. Odločitev. 9. Če je sprememba dobra, sprožiti spremembo prakse. 10. Stalno spremljanje rezultatov spremembe. 10. Razširiti rezultate.			

(Vir: Gawlinski & Rutledge, 2008 str. 296)

2.3 KOMPETENCE NA DOKAZIH PODPRTE PRAKSE V ZDRAVSTVENI NEGI

Implementacija kompetenc DPP medicinskim sestram v kliničnih okoljih in organizacijam zagotavlja najboljše izide zdravljenja. Razvijanje spretnosti in znanj posameznika pa postaja ključno za zdravstvenene organizacije, saj omogoča tako razvoj organizacije kot stroke. Kompetence so koncept, ki vključuje znanje, spretnosti in stališča za izvedbo določene intervencije (Ilic, 2009; Melnyk, et al., 2014).

Različni zdravstveni poklici so uporabili kompetence kot mehanizem za zagotavljanje kakovostne oskrbe (Williams, et al., 2010; Gallagher-Ford, et al., 2014). Za zagotavljanje kulture varnosti so Sammer in sodelavci (2010) izpostavil sedem kategorij, ki omogočajo varno zdravljenje pacientov: vodenje, skupinsko delo, DPP, komunikacijo, izobraževanje, pravičnost in osredotočenost na pacienta. V zdravstveni negi pa so v projektu Kakovosti in varnosti na področju izobraževanja zdravstvene nege (QSEN) razvili šest kompetenc za izboljšanje varnosti in kakovosti dela v zdravstveni negi. Kompetence QSEN tako vključujejo: oskrbo pacienta, timsko delo in sodelovanje, DPP, izboljšanje kakovosti in varnosti ter informatiko (Hunt, 2012). Vključitev tretje

kompetence DPP je temeljno orodje, ki menedžmentu zdravstvenih organizacij omogoča izboljšati kakovost zdravstvene oskrbe ter prehod iz tradicionalnih znanj na znanje, pridobljeno iz dokazov. Kompetence o DPP morajo biti osnovno vodilo študentom zdravstvene nege, ki znanje o DPP prenesejo v klinična okolja (Melyn, 2013; Gallagher-Ford, et al., 2014; Melyn, et al., 2014).

Melyn in sodelavci (2014) v raziskavi med osemdesetimi mentorji DPP izpostavijo štiriindvajset kompetenc DPP, med katerimi ločijo kompetence diplomiranih medicinskih sester in kompetence diplomiranih medicinskih sester s specializacijo, specialnimi znanji oziroma magistrsko izobrazbo, predstavljene v tabeli 2.

Tabela 2: Kompetence DPP medicinskih sester

Izobrazba	Kompetence na dokazih podprte prakse
Kompetence DPP diplomiranih medicinskih sester	Kritično ocenjevanje klinične prakse z namenom izboljšanja kakovosti oskrbe; opisovanje kliničnih problemov z uporabo notranjih dokazov, pridobljenih ob pacientu; sodelovanje pri oblikovanju kliničnih vprašanj z uporabo konceptualnega modela PICOT; iskanje zunanjih dokazov na klinična vprašanja; sodelovanje pri ocenjevanju smernic, protokolov in politik organizacije, ki so podprte na dokazih; sodelovanje pri ocenjevanju raziskav z namenom ocenjevanja kakovosti raziskav in uporabnosti v kliničnih okoljih; sodelovanje pri vrednotenju in sintezi dokazov za uporabo v kliničnih okoljih; sistematično zbiranje podatkov o klinični praksi; sinteza zunanjih in notranjih dokazov za načrtovanje na dokazih podprtih sprememb; izvajanje praktičnih sprememb, ki so podprte na dokazih; ocenjevanje izidov implementacije na dokazih podprtih sprememb v klinični praksi; razširitev najboljše na dokazih podprte prakse za izboljšanje kakovosti obravnave pacienta; sodelovanje v strategijah za ohranjanje kulture na dokazih podprte prakse.
Kompetence DPP s specializacijo in magistrov zdravstvene nege	Sistematično iskanje zunanjih dokazov za iskanje z dokazi podprtih odgovorov na klinična vprašanja; kritično ocenjevanje kliničnih smernic, primarnih raziskav, vključno s sintezo dokazov; združevanje zunanjih dokazov s področja zdravstvene nege in sorodnih področij, vodenje multidisciplinarnih timov za sintetiziranje dokazov, ki omogočajo izboljšanje zdravja posameznikov in skupin prebivalstva; ustvarjanje notranjih dokazov, pridobljenih s formalnim in neformalnim izraževanju ter kliničnih izkušenj pridobljenih neposredno pri delu ob pacientu vodenje projektov na dokazih podprte prakse, ukrepanje v procesih na dokazih podprte prakse, oblikovanje politik in protokolov, ki temeljijo na dokazih podprti praksi; sodelovanje pri pridobivanju zunanjih dokazov z drugimi zdravstvenimi

Izobrazba	Kompetence na dokazih podprte prakse
	delavci; mentorstvo na dokazih podprte prakse; izvajanje strategij za ohranjanje kulture na dokazih podprte prakse; posredovanje na dokazih podprtih dokazov posameznikom, skupinam in oblikovalcem politike.

(Vir: Melynk, et al., 2014 str. 11)

2.4 KORAKI IMPLEMENTACIJE NA DOKAZIH PODPRTE PRAKSE V KLINIČNO OKOLJE

2.4.1 Korak nič: Oblikovanje podporne klime v organizaciji za spodbujanje medicinskih sester k raziskovanju in implementaciji na dokazih podprte prakse

Delovna klima organizacij, ki jo ustvarja menedžment zdravstvene nege, je povezana s številnimi rezultati, ki pomembno vplivajo na implementacijo, motivacijo ter implementacijo inovativnih praks. Dobro delovno klimo v organizacijah gradi menedžment s sistemskim vodenjem in oblikovanjem delovnih skupin. Izbira transformacijskega vodenja organizacije pa zaposlene inspirira in motivira pri doseganju zastavljenih ciljev organizacije. Predvsem pa je potrebno kontinuirano vodenje, s katerim se podpira raziskovanje v zdravstveni negi in z njim posledično pogostejša implementacija DPP (Aarons, et al., 2011; Doody & Doody, 2012; Aarons, et al., 2012).

Pred začetkom uveljavljenih korakov za implementacijo DPP je ključnega pomena, da organizacija in njen menedžment spodbuja zaposlene k raziskovanju. Menedžerji v vlogi motivatorjev spodbujajo medicinske sestre pri kritičnem razmišljanju in raziskovanju. Brez organizacijske kulture, ki spodbuja kritično razmišljanje in raziskovanje, implementacija DPP v klinična okolja ne bo uspešna (Rycroft-Malone, 2008; Fineout-Overholt, et al., 2011).

Za spreminjanje organizacijske kulture in spodbujanje raziskovanja, kritičnega mišljenja in uporabe dokazov v klinični praksi raziskovalci priporočajo naslednje ukrepe (Yi-Hao, et al., 2013; Farokhzadian, et al., 2015; Black, et al., 2015):

- oblikovanje organizacijske kulture, ki spodbuja DPP;
- oblikovanje politike organizacije, ki spodbuja raziskovanje in ima vključeno

- raziskovanje v poslanstvo organizacije;
- sistem filozofije, poslanstva in klinične promocije, ki temelji na DPP;
- sposobnost menedžerjev in vodij za spodbujanje vseh zaposlenih v zdravstveni obravnavi h kritičnemu razmišljanju o dosedanji klinični praksi;
- v organizaciji vzpostaviti kader mentorjev z znanji DPP, ki imajo poglobljena znanja in veščine za premagovanje ovir pri implementaciji DPP;
- zagotavljanje infrastrukture, ki omogoča dostop do orodij, ki izboljšujejo pogoje za implementacijo DPP, kot so: dostop do računalnikov, IT-tehnologije, podatkovnih baz podatkov;
- spodbujati kontinuirano izobraževanje vseh zaposlenih v zdravstveni obravnavi iz DPP;
- zagotavljanje sredstev za implementacijo DPP;
- formirati delovne skupine s področja DPP;
- nagrajevanje zaposlenih za uporabo DPP.

Rokstad in sodelavci (2015) vidijo vodje v zdravstveni negi pri implementaciji DPP kot aktivne vzornike, ki znajo z znanjem prepoznati probleme, poiskati dokaze, dokaze kritično oceniti in jih s pomočjo izbranega modela DPP implementirati v klinično okolje. Plath (2013) izpostavlja dodatna znanja komunikacije vodij zdravstvene nege, ki omogočajo vodji vzpostaviti in vzdrževati kakovostne odnose z drugimi zdravstvenimi organizacijami in zdravstvenimi fakultetami.

2.4.2 Prvi korak: postavljanje pravega vprašanja

Vse zahtevnejše oblike zdravljenja pacientov od zdravstvenih delavcev zahtevajo vedno spretnejše iskanje relevantnih dokazov. Dostop do podatkovnih baz in dostop do računalniške opreme je osnovno zagotovilo zdravstvenim delavcem za pridobitev potrebnih informacij, ki jih potrebujejo pri svojem delu. Vendar pa dostopnost do računalniške opreme in podatkovnih baz v zdravstveni negi še vedno ostaja ena izmed glavnih ovir pri implementaciji DPP v klinična okolja (Pericas-Beltran, et al., 2014; Khammarnia, et al., 2015).

Brez kliničnih vprašanj DPP ne bi bila potrebna, saj se osredotoča na vprašanja, ki se

zastavljajo v kliničnih okoljih. Raziskovalci tako ugotavljajo, da je eden izmed najtežjih korakov pri implementaciji DPP oblikovati pravilno vprašanje, ki bo dalo odgovore na zastavljena klinična vprašanja. Sposobnost oblikovanja pravega vprašanja je temelj iskanja ustreznih dokazov. Nestrukturirana uporaba ključnih besed pri iskanju dokazov povzroči izgubo časa zaradi pridobitve obsežne in nepomembne literature. Prvi korak pri uspešni implementaciji DPP je zastavljanje jasno opredeljenega strukturiranega vprašanja (Thabane, et al., 2009; Mills, et al., 2009; Rios, et al., 2010).

Tabela 3: PICOT konceptualni okvir

PICOT konceptualni okvir	
P = pacient/populacija/bolezen	Pacient, populacija, diagnoza ali problem: <ul style="list-style-type: none"> - starost, - spol, - diagnoza, - zdravstveno stanje, - ključni problem.
I = intervencija	Intervencije, ključni problem: <ul style="list-style-type: none"> - terapija, - izpostavljenost bolezni, - dejavniki tveganja.
C = primerjalna intervencija	Primerjava intervencij npr.: <ul style="list-style-type: none"> - alternativno zdravljenje, - placebo terapija, - brez bolezni, - odsotnost dejavnikov tveganja.
O = rezultati/izidi	Rezultati ali izidi kliničnega vprašanja: <ul style="list-style-type: none"> - rezultati zdravljenja (npr.: razjede zaradi pritiska), - nevarnost določne bolezni, - natančnost diagnoze, - stopnja pojavljanj neželenih zidov.
T = časovni okvir	Čas, potreben za predstavitev izidov: <ul style="list-style-type: none"> - čas, potreben za doseg rezultata, - čas, v katerem se opazujejo pacient, populacija, diagnoza ali problem, - čas, v katerem se opazujejo pacient, populacija, diagnoza ali problem glede na specifično stanje.

(Vir: Riva, et al., 2012, str. 168)

2.4.3 Drugi korak: iskanje dokazov

V vsakem kliničnem okolju obstajajo številni viri, iz katerih je mogoče črpati dokaze, ki izboljšajo pacientovo zdravstveno oskrbo ali omogočajo izboljšanje postopkov, standardov in protokolov. Relevantnost dokazov je povezana s kakovostjo raziskav, iz katerih prihajajo dokazi. Pridobljeni dokazi se delijo na notranje dokaze, ki izhajajo iz

zdravstvene dokumentacije, in zunanje dokaze, ki izhajajo iz znanstvenih člankov. Zunanji dokazi se v zadnjem času iz tiskane oblike vse bolj selijo v digitalno, ki je bistvena za iskanje odgovorov na klinična vprašanja (Price, et al., 2015).

Pomen znanja je na začetku 21. Stoletja najverjetneje večji kot kadarkoli v zgodovini. Temelj razvoja znanja je raziskovalno delo, ki je sistematično poizvedovanje, pri čemer se uporabljajo raziskovalne metode, ki omogočajo poiskati odgovore na raziskovalna vprašanja. Končni cilj raziskovanja je razvoj novega znanja, redefinicija obstoječega znanja in razširitev na novo ugotovljenega znanja v procesu raziskovanja. V želji zbrati najučinkovitejše dokaze vsaka klinična odločitev ali ukrep temelji na znanju. Znanje izhaja iz različnih virov, med katerimi avtorji izpostavljajo: teorije, klinične izkušnje, tradicijo, avtoriteto in klinično znanje (Polit & Beck, 2008; Skela Savič, 2008).

Naslednji korak pri implementaciji DPP je iskanje relevantnih dokazov v elektronskih podatkovnih bazah. Za iskanje najboljših dokazov raziskovalci navajajo naslednje elektronske podatkovne baze: MEDLINE, EMBASE, CINAHL in The Cochrane Library (Lefebvre, et al., 2013; Brueton, et al., 2017).

2.4.4 Hierarhija dokazov v zdravstveni negi

Hierarhija dokazov zagotavlja smernice, ki omogočajo iskanje najboljših dokazov za implementacijo v klinično okolje. Strokovnjaki s področja DPP so razvili številna orodja za hierarhično ocenjevanje dokazov. Moč in kakovost znanstvenih dokazov zagotavlja mehanizem hierarhije dokazov, ki omogoča vrednotenje raziskav za implementacijo najboljših dokazov v klinično okolje. Za intervencijska klinična vprašanja hierarhija dokazov uvršča kvantitativni model raziskovanja, predvsem sistematični pregled randomiziranih raziskav, kot dokaze, ki zagotavljajo zanesljivejše odgovore na klinična vprašanja (Fineout Overholt, et al., 2008; Guyatt, et al., 2008).

Razvrščanje pridobljenih dokazov omogoča uporabo pristopa od najbolj zanesljivih dokazov, pridobljenih iz sistematičnih pregledov, randomiziranih kliničnih raziskav navzdol. DPP z uporabo hierarhije razvršča raziskave na podlagi metodologije raziskovalnih metod. Na dokazih podprti praksi dajejo teže dokazi, zbrani na hierarhični

način, ki ga Polit in Beck (2008) razvrščata v hierarhični sistem, prikazan v tabeli 4.

Tabela 4: Hierarhija dokazov

Hierarhija dokazov
Nivo 1 Sistematični pregled randomiziranih kliničnih raziskav. Sistematični pregled nerandomiziranih kliničnih raziskav.
Nivo 2 Posamezne randomizirane klinične raziskave. Število vključenih strokovnih besedil.
Nivo 3 Sistematični pregled raziskav s korelacijami/opazovanji. Število vključenih strokovnih besedil.
Nivo 4 Posamezne raziskave s korelacijami/opazovanji. Število vključenih strokovnih besedil.
Nivo 5 Sistematični pregled opisnih/kvalitativnih raziskav. Število vključenih strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: intervju. Število vključenih strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: fokusna skupina. Število strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: delfi metoda.
Nivo 6 Posamične opisne/kvalitativne raziskave.
Nivo 7 Mnenja avtorjev, ekspertnih komisij. Število vključenih strokovnih besedil.

(Vir: Polit & Beck 2008, str. 32)

2.4.5 Tretji korak: implementacija dokazov v klinično prakso

Implementacija dokazov je eden izmed najtežjih korakov v procesu prenosa dokazov v klinična okolja. Ne zadostuje le poznavanje najboljših dokazov, saj je ugotovitve treba implementirati v klinično okolje. V koraku implementacije dokazov v klinično okolje je bistveno oblikovanje mehanizmov, ki spodbujajo klimo v kliničnem okolju, ki je podprto z uporabo dokazov. Avtorji med bistvene mehanizme, ki spodbujajo implementacijo dokazov v klinična okolja, navajajo vizijo, vključenost zaposlenih, razvoj strokovnjakov iz področja DPP v fazi implementacije, oceni podpornih sistemov in prepoznavanje ovir za implementacijo DPP. Zdravstvene ustanove, ki uvajajo uspešne programe implementacije DPP, imajo jasno zastavljeno vizijo na dokazih podprte prakse in razumevanje ciljev, ki jih je potrebo doseči. Jasna in razumljiva vizija organizacije DPP daje vsebino potrebnim ukrepom za preoblikovanje dosedanje prakse v klinično prakso, podprto na dokazih. Vizija DPP omogoča jasno sliko zelenih

sprememb klinične prakse, ki motivira zaposlene, da z implementacijo dokazov sledijo vizijam organizacije spremembe klinične prakse, ki izboljšuje kakovost obravnave pacientov in znižuje stroške zdravljenja (Mashiach Eizenberg, 2011; Stetler, et al., 2014; Mick, 2017).

Tabela 5: Potek implementacije DPP v klinično okolje

Cilji	Strategije
Vzpostavitev formalnih timov za implementacijo DPP	Vključevanje strokovnjakov v implementacijo sprememb na sistemski ravni (npr.: medicinska sestra s specialnim znanji DPP). Vključevanje strokovnjakov za zagotavljanje klinične uporabnosti in sprejetosti dokazov v klinično okolje.
Ustvarjanje podporne klime	Spodbujanje sprememb v klinični praksi. Vključevanje vodij za promocijo sprememb v klinični praksi. Z izobraževanjem navdušiti medicinske sestre za kritično ocenjevanje lastne prakse in implementacijo sprememb.
Razširitev in promocija dokazov	Uporabiti dodatne strategije za premagovanje primanjkljaja znanja. Spodbujanje delitev kliničnih izkušenj dobrih praks pri implementaciji DPP. Zagotavljanje dodatnega časa za implementacijo novih praks.
Razvijanje kliničnih orodij	Predvideti orodja in protokole za preoblikovanje klinične prakse. Zagotoviti enostaven dostop do notranjih informacij. Vključiti opomnike in opozorila v delovne procese. Medicinske sestre neprestano izpostavljati informacijam, ki so podprti z dokazi.
Pilotno testiranje	Izbira pravih pilotnih projektov. Obravnava osnovnih vzrokov za klinične težave v pilotnih testiranjih. Odločitev za sprejetje, prilagoditev ali opustitev kliničnih praks DPP po končanem pilotnem testiranju.
Zagotavljanje in zaščita resursov	Vključevanje podpornega osebja. Izvajanje manjših obvladljivih projektov. Predvideti pomanjkljivosti pri implementaciji.
Zagotoviti zadosten časovni okvir	Razviti posamezne korake implementacije. Predvideti časovni načrt.
Nagrajevanje uspeha	Nagrajevanje zaposlenih v procesu. Pohvale, nagrajevanje s strani nadrejenih. Vključitev posameznikov v predstavitev.

(Vir: Hockenberry, et al., 2011, str. 208)

Pri jasni in razumljivi viziji DPP je ključna vključenost vseh zaposlenih. Vključevanje vseh zaposlenih in vodij, pri katerih so potrebne spremembe klinične prakse, omogoča lažje sprejemanje in razumevanje sprememb, ki sledijo vizijam organizacije (Stetler, et al., 2014; Zijpp, et al., 2016; Friesen, et al., 2017).

Tabela 6: Ukrepi za krepitev sodelovanja zaposlenih pri implementaciji DPP

Cilji	Strategije
Vključevanje zaposlenih pri identifikaciji in odpravi ovir za implementacijo DPP.	Vključevanje zaposlenih v proces izobraževanja in spoznavanje strategij za spremembo klinične prakse. Poiskati informacije in mnenja o spremembi klinične prakse neposredno od zaposlenih. Vključevanje tako vodij kot zaposlenih v razprave, kolegije, ki odločajo o spremembi klinične prakse.
Izpostavitve kliničnih problemov.	Pridobiti informacije o kliničnih problemih s strani vseh zaposlenih. Izbira kliničnih problemov za implementacijo DPP, ki že imajo trdne empirične dokaze. Promocija dobrih praks z implementacijo DPP.
Ocena podpornih sistemov.	Opolnomočenje posameznikov in skupin za odločanje o DPP. Pridobitev dodatnega časa in osebja za implementacijo DPP. Vključevanje strokovnjakov, mentorjev za DPP. Zagotoviti dostop do podatkovnih baz in prosto dostopnih člankov.
Razvijati strokovnjake v procesu implementacije DPP.	Opolnomočenje vodij znotraj organizacije z dodatnimi znanji DPP ali oblikovanje akademskega partnerstva, ki zagotavlja strokovno znanje, oblikovanje in vrednotenje implementacije DPP. Oblikovanje skupin za iskanje in vrednotenje pridobljenih dokazov. Zagotoviti mentorje z dodatnimi znanji DPP za pomoč zaposlenim pri iskanju, vrednotenju raziskav za uporabo dokazov v kliničnih okoljih.

(Vir: Hockenberry, et al., 2011, str. 208)

Pasivni izobraževalni pristopi so običajno neučinkoviti in ne bodo imeli za posledico spremembe v dosedanji klinični praksi. Izobraževanje medicinskih sester je treba načrtovati za odpravo primanjkljaja v znanju. Zaposlenim je treba razložiti, zakaj so potrebne spremembe in kako bodo spremembe vplivale na klinično prakso. Treba je deliti pozitivne izide implementacije sprememb, vključno z notranjimi in zunanjimi dokazi, kot so podatki o izboljšanju kakovosti obravnave, pozitivne izkušnje pacientov po implementaciji DPP (Williams & Cullen, 2016).

Za uspešno implementacijo sprememb mora skupina za implementacijo DPP načrtovati nove procese in orodja, ki bodo medicinskim sestram pomagali pri uporabi nove prakse v kliničnih okoljih. Orodja lahko vključujejo pisne smernice, povzetke DPP, algoritme, standarde in protokole. Opozorila in opomniki so lahko koristni, če so dobro integrirani v delovne procese. Namestitev papirnih ali elektronskih opomnikov je bistvena pri časovnem načrtovanju, saj omogočajo optimalne časovne okvirje, ki olajšajo implementacijo DPP v klinična okolja. Uporaba opomnikov in opozoril zmanjšuje

strokovne napake v zdravstvu in izboljšuje izide zdravljenja pacientov (Jia, et al., 2016; Backman, et al., 2017).

Implementacija DPP zahteva prestrukturiranje vsakodnevnega dela, kar za vsako klinično okolje pomeni dodatno delo, ki lahko postane naporno in lahko povzroči opustitev sprememb. Pilotno testiranje omogoča implementacijo sprememb v klinično okolje postopoma, po korakih in omogoča pridobivanje povratnih informacij o učinkih implementacije nove prakse. Implementacije DPP po posameznih korakih s pomočjo pilotnega testiranja omogočajo preverjanje pozitivnih učinkov na manjših populacijah, omogočajo preglednost finančnih stroškov, ki jih prinaša implementacija nove prakse, in pri pozitivnih učinkih pozitivno vpliva na motivacijo zaposlenih za spreminjanje klinične prakse (Purdy & Melwak, 2009; Friesen, et al., 2017).

Spremembe v fazi implementacije DPP v klinično okolje pomenijo dodatne obremenitve za zaposlene v organizaciji. Potrebna je dodatna pazljivost pri dodatnih obremenitvah zaposlenih, ki so vključeni v proces implementacije. Povezovanje z dodatnimi strokovnjaki s področja DPP med implementacijo ohranja zagon in energijo projekta (Hockenberry, et al., 2011).

Za lažjo in hitrejšo implementacijo DPP v klinična okolja je treba oceniti in prepoznati ovire, s katerimi se srečujejo medicinske sestre pri uporabi dokazov v praksi. Na uporabo na dokazih temelječe prakse v kliničnih okoljih pomembno vplivajo ovire, s katerimi se srečujejo medicinske sestre pri implementaciji dokazov v klinično prakso (Matthew-Maich, et al., 2013; Middlebrooks, et al., 2016).

Pomanjkanje znanja in spretnosti pri raziskovanju je ena izmed glavnih ovir, s katerimi se srečujejo medicinske sestre v kliničnih okoljih (Kim, et al., 2013). Medicinskim sestram primanjkuje samozavesti glede lastnega znanja in veščin, potrebnih za uporabo dokazov v kliničnem okolju (Thorsteinsson, 2013). Večina medicinskih sester se za informacije obrne k sodelavcem, namesto k raziskavam, čeprav jih večina navodila za uporabo elektronskih baz prejme že v dodiplomskem izobraževanju. Med najpogostejše ovire pa medicinske sestre uvrščajo pomanjkanje časa, slabo znanje in spretnosti s

področja raziskovanja, nepoznavanje angleškega jezika, pomanjkljivo znanje uporabe računalniške tehnologije, nepoznavanje statističnih izrazov, pomanjkanje izobraževanj, pomanjkljivo poznavanje podatkovnih baz (Weng, et al., 2013; Farokhzadian, et al., 2015; Weng, et al., 2015; Nguyen & Wilson, 2016; Zhou, et al., 2016; Gentizon, et al., 2016; Skela-Savič, et al., 2016; Saunders & Vehviläinen Julkunen, 2016).

Menedžment organizacij mora nameniti sredstva vključno z dodatnim časom, osebjem in finančno podporo za izobraževanje mentorjev za implementacijo DPP. Dodatni čas, izobraževanje in osebje pripomore k iskanju kliničnih problemov v praksi, postavitvi kliničnih vprašanj, iskanju in kritičnemu vrednotenju dokazov, omogoča analiziranje in vrednotenje notranjih dokazov, pripravo protokolov in smernic, razvijanje in vrednotenje projektov DPP v klinična okolja (Hockenberry, et al., 2011).

2.4.6 Četrty korak: evalvacija implementacije na dokazih podprte prakse

Peti korak v procesu implementacije DPP je evalvacija, v kateri je pomembno spremljati in ovrednotiti vse izide, tako pozitivne kot negativne, ki so bili doseženi. Evalvacija vključuje pregled vseh korakov implementacije: kateri notranji in zunanji dokazi so bili vključeni v implementacijo, katera metoda zbiranja dokazov je bila uporabljena, kako je bil oblikovan konceptualni model PICOT. Vključuje evalvacijo statističnih testov, kateri ukrepi so bili uporabljeni za spreminjanje obstoječe prakse, kako je bil zastavljen pilotni projekt in načrt za uvajanje sprememb. Katere ovire za implementacijo so bile identificirane, kakšni so bili stroški implementacije in kako so bili pridobljeni dokazi uporabljeni v kliničnem okolju (Melnik, et al., 2010).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 OPIS RAZISKOVALNEGA PROBLEMA IN CILJI RAZISKOVANJA

Promocija zdravja in proaktivno vodenje kroničnih bolezni diplomirane medicinske sestre/zdravstvenike v primarnem zdravstvenem varstvu postavlja v izjemen položaj, ki omogoča kakovostnejše poseganje v zdravje skupnosti. Klinična praksa, ki temelji na dokazih, je v mnogih zdravstvenih sistemih opredeljena kot prednostna naloga, vendar se v zadnjih letih občuti pomanjkanje implementacije dokazov v klinično prakso posebno v primarnem zdravstvenem varstvu. Raziskovalni problem magistrskega dela je proučiti odnos visokošolsko izobraženih medicinskih sester/zdravstvenikov v primarnem zdravstvenem varstvu do DPP in pogostost uporabe DPP v kliničnih okoljih.

Cilj magistrskega dela je ugotoviti odnos izvajalcev zdravstvene nege v primarnem zdravstvenem varstvu, ki so izobraženi na terciarni ravni, o DPP in pogostosti uporabe znanstvenih dokazov v praksi. Terciarno raven izobraževanja v zdravstveni negi v tem magistrskem delu opredelimo s strokovnimi naslovi viš. med. s., dipl. m. s., prof. zdrav. vzg. in mag. zdrav. neg. (v nadaljevanju visokošolsko izobražene medicinske sestre).

Cilji:

1. ugotoviti odnos visokošolsko izobraženih medicinskih sester/zdravstvenikov v primarnem zdravstvenem varstvu do DPP in pogostost uporabe DPP v kliničnih okoljih;
2. ugotoviti dejavnike, ki so povezani z odnosom do DPP v primarnem zdravstvenem varstvu in pogostostjo uporabe DPP v kliničnih okoljih.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE

Za proučevanja odnosa visokošolsko izobraženih medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu do DPP smo si v okviru magistrskega dela postavili naslednje raziskovalne hipoteze:

H1: Z večanjem stopnje izobrazbe v zdravstveni negi lahko napovemo pozitivnejši odnos do DPP in pogostejšo uporabo DPP anketirancev v primarnem

zdravstvenem varstvu.

- H2: Anketiranci z daljšo delovno dobo v primarnem zdravstvenem varstvu imajo pozitivnejši odnos do DPP in jo pogosteje uporabljajo.
- H3: Anketiranci, ki so se zadnjih pet let izobraževali iz raziskovanja v zdravstveni negi, področja DPP, kliničnega mentorstva študentom zdravstvene nege in etike, imajo pozitivnejši odnos do DPP.
- H4: Anketiranci, ki so se zadnjih pet let izobraževali iz raziskovanja v zdravstveni negi, področja DPP, kliničnega mentorstva študentom zdravstvene nege in etike, pogosteje uporabljajo DPP v kliničnih okoljih.
- H5: Anketiranci z višjimi vodstvenimi funkcijami imajo pozitivnejši odnos do DPP.
- H6: Anketiranci z višjimi vodstvenimi funkcijami pogosteje uporabljajo DPP.
- H7: Z dostopnostjo do podatkovnih baz anketirancev lahko napovemo pozitivnejši odnos do DPP in pogostejšo uporabno DPP v kliničnih okoljih.
- H8: Z višjo samooceno znanja o raziskovanju pri anketirancih lahko napovemo pozitivnejši odnos do DPP in pogostejšo uporabo DPP.
- H9: Z višjo samooceno znanja o DPP pri anketirancih, lahko napovemo pozitivnejši odnos do DPP in pogostejšo uporabo DPP.
- H10: Z višjo samooceno zadovoljstva na delovnem mestu pri anketirancih lahko napovemo pozitivnejši odnos do DPP in pogostejšo uporabo na DPP.

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V metasintezi pregleda znanstvene literature smo za iskanje podatkov uporabili podatkovne baze CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY in PUB MED. Uporabljanje so bile naslednje ključne besede: nurse, attitude, implementation, evidence based practice. V podatkovnih bazah smo postavili naslednje omejitvene kriterije: objava članka med letoma 2008 in 2017 in dostopnost celotnega besedila člankov v angleščini. Pregledali smo vse izvlečke izbranih zadetkov. Pri ponovnem pregledu smo vključili potencialno primerne zadetke in izbrali znanstvene prispevke, ki smo jih uporabili v pregledu. V podatkovnih bazah CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY smo uporabili Boolov operator

AND (slovensko IN), s katerim smo povezali nurse AND attitude AND implementations AND evidence based practice. V PubMed-u smo besede nurse, attitude, implementation, evidence based practice nizali brez Boolovih operatorjev. V podatkovnih bazah smo pridobili 2136 zadetkov. 224 zadetkov je izpolnjevalo začetna merila, zat smo jih pregledala bolj podrobno, v končnem pregledu pa je bilo uporabljenih 87 zadetkov. Pregled literature je potekal od januarja do maja 2017.

Pri empiričnem delu magistrskega dela smo uporabili kvantitativno deskriptivno metodo, podatke za empirični del smo zbirali z spletnim anketiranjem.

3.3.2 Opis spremenljivk in merskega instrumenta

Uporabili smo kvantitativno neeksperimentalno metodo raziskovanja. Podatke smo zbirali z anketiranjem, kot instrument pa uporabili strukturiran vprašalnik, v katerem smo uporabili odvisne in neodvisne spremenljivke. Vprašalnik je sestavljen iz treh delov. V prvem in drugem delu ga sestavljata vprašalnika, in sicer Prepričanje o na dokazih podprti praksi in Implementacija o dokazih podprte prakse (EBP Beliefs Scale in Implementation Scale), (Melnik, et al. 2008; cited in Skela Savič, et al., 2016). Tretji del vprašalnika obsega demografske podatke ter samoocene znanja iz raziskovanja in na dokazih temelječe prakse, udeležbe na izobraževanjih, dostopa do podatkovnih baz in zadovoljstva na delovnem mestu.

Prvi del vprašalnika, vključenega v raziskavo, vključuje trditve Prepričanja o na dokazih podprti praksi (EBP Beliefs Scale). Vprašalnik vsebuje 16 trditev, ki sestavljajo enodimenzionalno lestvico, ki meri prepričanja o vrednosti na dokazih podprte obravnave in sposobnostih za njeno implementacijo. Strinjanje anketirancev je bilo opredeljeno z Likertovo lestvico od 1 do 5: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se ne strinjam, delno se strinjam, 4 – se strinjam in 5 – popolnoma se strinjam. Najmanjše možno število točk v vprašalniku je 16, največje 80. Višji kot so rezultati točk, pozitivnejši je odnos do na dokazih podprte obravnave.

Drugi del vprašalnika, vključenega v raziskavo, je vseboval trditve, ki se nanašajo na Implementacijo na dokazih podprte prakse (Implementation Scale). Sestavljen je iz 18

trditev in meri pogostost uporabe na dokazih podprte prakse v kliničnih okoljih. Anketiranci na trditve odgovarjajo z Likertovo lestvico, kolikokrat v določenem časovnem obdobju so uporabili na dokazih podprto prakso, in sicer: 1 – nikoli v zadnjih 8 tednih, 2 – 1–3-krat v zadnjih 8 tednih, 3 – 4–6-krat v zadnjih 8 tednih, 4 – 6–8-krat v zadnjih 8 tednih, 5 – več kot 8-krat v zadnjih osmih tednih.

Tretji del vprašalnika je zajemal demografske podatke. Demografija je bila sestavljena iz 15 vprašanj. Prvih 6 vprašanj, ki se nanašajo na podatke o spolu, izobrazbi, vodstvenih funkcijah in delovni dobi, sledilo je vprašanje o mentorstvu in času mentorstva študentom zdravstvene nege, nato je sledil sklop vprašanj o udeležbi na izobraževanju iz raziskovanja v zdravstveni negi, izobraževanja iz na dokazih podprte prakse, etike v zdravstveni negi in vsebin iz področja mentorstva študentom zdravstvene nege. V nadaljevanju so anketiranci imeli ponujeno petstopenjsko Likertovo lestvico (1 – zelo slabo, 2 – slabo, 3 – srednje, 4- dobro in 5 zelo dobro), s katero so samoocenjevali svoje znanje iz raziskovanja in na dokazih podprte prakse. Sledilo je vprašanje, pri katerem je bila anketirancem prav tako na voljo petstopenjska Likertova lestvica, s katero so samoocenjevali svoje zadovoljstvo na delovnem mestu (kjer je pomenilo 1 – zelo slabo, 2 – slabo, 3 – srednje, 4- dobro in 5 zelo dobro zadovoljstvo na delovnem mestu) zadnje vprašanje se je nanašalo na prosto dostopnost podatkovnih baz na delovnem mestu.

3.3.3 Rezultati o zanesljivosti, veljavnost in verodostojnost instrumenta

Vprašalnika Prepričanje o na dokazih podprti praksi (EBP Beliefs Scale) in Implementacije na dokazih podprte prakse (Implementation Scale) so na vzorcu 394 medicinskih sester razvili Melynk in sodelavci (2008). Cronbahov test zanesljivosti je bil pri obeh vprašalnik višji od 0,90. Analiza glavnih komponent je pokazala, da vsak vprašalnik omogoča merjenje enodimenzionalnega konstrukta.

V slovenskem prostoru so v raziskavi o na dokazih podprti praksi na sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva vprašalnikov Prepričanja o na dokazih podprti praksi (EBP Beliefs Scale) in Implementacije na dokazih podprte prakse (Implementation Scale) uporabili Skela-Savič in sodelavci (2016). V raziskavi so potrdili visoko

zanesljivost vprašalnikov. Cronbahov test zanesljivosti za vprašalnik Prepričanja o na dokazih podprti praksi (EBP Beliefs Scale) je zanašal 0,969, za vprašalnik Implementacijo na dokazih podprte prakse (Implementation Scale) pa 0,914. Bliže je Cronbahov koeficient alfa vrednosti števila 1, boljša je zanesljivost vprašalnika. Zanesljivost instrumenta je zelo dobra, če znaša koeficient 0,80 ali več, zmerna pri vrednosti od 0,60 do 0,80 in slaba vrednost koeficienta manj kot 0,60, ali če ni podatka o zanesljivosti (Sullivan, 2011).

V raziskavi Skela Savič in sodelavci (2016) je vprašalnik EBP Beliefs Scale dal tri faktorje, ki so skupaj pojasnjevali 57,88 % variance. Prvi faktor je pojasnjeval 44,36 % variance, drugi faktor 8,57 % variance in tretji faktor 4,93 % variance. Razvili so dva faktorja Pozitivna prepričanja o na dokazih podprti praksi in drugi faktor Nenaklonjenost do na dokazih podprte prakse, tretjega faktorja niso razvili, ker ni pojasnjeval več kot 5 % variance. Iz vprašalnika o Implementaciji na dokazih podprte prakse (Implementation Scale) so razvili en faktor, ki je pojasnjeval 63,58 % variance, poimenovali so ga Implementacija na dokazih podprte prakse.

Pri obeh vprašalnikih Prepričanja o na dokazih podprti praksi (EBP Beliefs Scale) in Implementacija na dokazih podprte prakse (Implementation Scale) smo v naši raziskavi izvedli faktorsko analizo z metodo glavnih osi Principal Axis Factoring ter poševno rotacijo Direct Oblimin, saj pričakujemo, da so faktorji med seboj korelirani. Najprej smo preverili primernost faktorske analize z uporabo Bartlettovega testa ter mere Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (Gaskin & Happell, 2014). Pri odločanju o izbiri števila faktorjev smo uporabili kombinacijo več kriterijev, in sicer lastne vrednosti, scree diagram, vsebinsko konsistentnost faktorjev ter zadostno število spremenljivk na faktor. Iz analize smo postopoma izločevali spremenljivke, katerih faktorske uteži niso presegle minimalne vrednosti 0,4, ter tiste, katerih faktorske uteži so presegle vrednost 0,4 za več kot en faktor (Pallant, 2010; Kassouf, et al., 2018).

V naši raziskavi smo s faktorsko analizo pri sklopu trditve, povezane s Prepričanja o na dokazih podprti praksi (EBP Beliefs Scale), razvili tri faktorje. Rezultat Bartlettovega testa je bil statistično značilen ($p < 0,001$), vrednost KMO pa je znašala 0,869.

Vprašalnik je ustvaril tri faktorje, katerih skupna pojasnjena varianca znaša 60,0 %. Pred rotacijo je največji delež pojasnjene variance pripadal prvemu faktorju, 47,3 %, nato drugemu, 12,9 %, in tretjemu, 8,42 %, kar nam omogoča razviti vse tri faktorje, saj pojasnjujejo več kot 5,5 % variance (Pallant, 2010; Kassouf, et al., 2018). Po rotaciji se je varianca porazdelila bolj enakomerno med vse tri faktorje. Po izločitvi spremenljivk, ki niso zadostovale kriterijem, jih je od začetnih 16 spremenljivk ostalo 12, ki so se razporedile med tri faktorje. Glede na vsebovane spremenljivke smo prvi faktor poimenovali »Znanje o uporabi DPP«, drugi faktor »Pozitivna prepričanja o DPP« in tretji faktor »Implementacija DPP«.

V naši raziskavi je Cronbahov koeficient alfa za sklop trditev, ki se nanašajo na Odnos do na dokazih podprte prakse, znašal 0,84 za celoten sklop. Iz sklopa smo s pomočjo faktorjske analize razvili tri faktorje (tabela 8), pri katerih je zanesljivost Cronbahov koeficient alfa bila naslednja:

- prvi faktor »Znanje o uporabi DPP« ($\alpha = 0,800$);
- drugi faktor »Pozitivna prepričanja o DPP« ($\alpha = 0,860$);
- tretji faktor »Implementacija DPP« ($\alpha = 0,860$).

Tabela 7: Faktorska analiza pri Odnosu do DPP

Prepričanja o na dokazih podprti praksi (Evidence- Based Practice Beliefs)	F1	F2	F3
Zadosti dobro vem, kako implementirati DPP, da dosežem spremembe v praksi.	0,936		
Vem, da zmorem implementirati PPP v svoje delo.	0,746		
Prepričan/-a sem, da lahko pridobim najboljše vire, da lahko implementiram DPP.	0,471		
Vem, kako meriti rezultate kliničnega dela.	0,448		
Prepričan/-a sem, da na dokazih podprte smernice lahko izboljšajo delo v kliničnih okoljih.		0,991	
Menim, da je kritična presoja dokazov obstoječih raziskav pomemben korak v procesu DPP.		0,735	
Menim, da uporaba na dokazih podprte prakse (DPP) vodi do najboljše oskrbe pacientov.		0,700	
Prepričan/-a sem, da bo uporaba DPP izboljšala moje delo s pacienti.		0,564	
Prepričan/-a sem, da lahko implementiram DPP v klinično okolje.		0,458	
Menim, da lahko premagam ovire pri implementaciji DPP.			0,879
Prepričan/-a sem, da lahko hitro in učinkovito implementiram DPP.			0,762
Meni, da lahko hitro in učinkovito poiščem najboljše dokaze za odgovore na klinična vprašanja.			0,717

Legenda: F1 = Znanje o uporabi DPP, F2 = Pozitivna prepričanja o DPP, F3 = »Implementacija DPP

Pri trditvah, ki se nanašajo na vprašalnik Implementacija na dokazih podprte prakse (Implementation Scale), je bil rezultat Bartlettovega statistično značilen ($p < 0,001$) vrednost KMO pa je znašala 0,915. Vprašalnik Implementacija na dokazih podprte prakse (Implementation Scale) je ustvaril tri faktorje, katerih skupna pojasnjena varianca je znašala 64,0 %. Pred rotacijo je največji delež pojasnjene variance pripadal prvemu faktorju, 55,5 %, drugemu faktorju, 7,9 %, in tretjemu faktorju, 6,8 %, kar nam omogoča razviti vse tri faktorje, saj pojasnjujejo več kot 5,5 % variance (Williams, et al., 2010). Po rotaciji se je varianca porazdelila bolj enakomerno med vse tri faktorje. Po izločitvi spremenljivk, ki niso zadostovale kriterijem, je od začetnih 18 spremenljivk ostalo 16 spremenljivk, ki so se razporedile med tri faktorje. Glede na vsebovane spremenljivke smo prvi faktor poimenovali »Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov«, drugi faktor »Uporaba dokazov v kliničnem okolju« in tretji faktor »Deljenje dokazov v kliničnem okolju«.

Pri drugem sklopu vprašanj, ki se nanašajo na Implementacijo na dokazih podprte prakse (Implementation Scale) je Cronbahov koeficient alfa znašal 0,90 za celoten sklop. Pri posameznih faktorjih je bila zanesljivost Cronbahov koeficient alfa naslednja:

- pri prvem faktorju »Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov« ($\alpha = 0,90$);
- pri drugem faktorju »Uporaba dokazov v kliničnem okolju« ($\alpha = 0,84$);
- ter pri tretjem faktorju »Deljenje dokazov v kliničnem okolju« ($\alpha = 0,92$).

Tabela 8: Faktorska analiza pri Implementaciji DPP

Uvajanje na dokazih podprte prakse (Implementation Scales)	F1	F2	F3
Kritično ocenim dokaze iz rezultatov raziskave.	0,844		
Ko berem znanstveni članek, kritično ocenim izvedeno raziskavo.	0,808		
Uporabim dokaze raziskave za spremembo svoje klinične prakse.	0,757		
Uporabim zbirke sistematičnih pregledov raziskav na podatkovnih bazah.	0,751		
Berem znanstvene članke.	0,688		
Oblikujem PICO-vprašanje o lastni klinični praksi.	0,604		
Uporabim izdelane nacionalne smernice.		0,828	
Uporabim smernice DPP ali pregledne raziskave za spremembo dela v klinični praksi, kjer delam.		0,600	
Sprememim svoje delovanje glede na rezultate pri delu s pacienti.		0,555	
Zberem podatke o pacientovih problemih.		0,460	
Delim dokaze raziskav v obliki poročila ali predstavitve z več kot dvema sodelavcema.			0,938
Vrednotim izide uvedenih sprememb v praksi.			0,801
Delim dokaze raziskav s člani multidisciplinarnega tima.			0,635

Uvajanje na dokazih podprte prakse (Implementation Scales)	F1	F2	F3
Delim smernice za DPP s sodelavci.			0,632
Delim dokaze raziskav s pacientom /družinskimi člani.			0,445
Neformalno razpravljam o dokazih raziskav s sodelavci.			0,409

Legenda: F1 = Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov, F2 = Uporaba dokazov v kliničnem okolju, F3= Deljenje dokazov v kliničnem okolju

3.3.4 Opis vzorca

Statistično populacijo so predstavljale vse visokošolsko izobražene medicinske sestre, zaposlene v primarnem zdravstvenem varstvu v Sloveniji. V Sloveniji imamo 67 zdravstvenih domov (N = 67), v raziskavo smo povabili vse zdravstvene domove v Sloveniji. Tako je populacija višjih medicinskih sester, diplomiranih medicinskih sester, profesorice zdravstvene vzgoje in magistric zdravstvene nege, zaposlenih na primarnem zdravstvenem nivoju, znašala 2220 (Zdravstveni statistični letopis, 2015). V raziskavi je sodelovalo (29) zdravstvenih domov, v katerih je bil anketni vprašalnik poslan vsem visokošolsko izobraženim medicinskim sestram (N = 1123). V celoti je na anketo odgovorilo 221 visokošolsko izobraženih medicinskih sester z delovnimi izkušnjami od 1 do 40 let (povprečje 15,6 let), kar predstavlja 19,6 % realizacije vzorca. Končni vzorec visokošolsko izobraženih medicinskih sester je predstavljen v tabeli 10.

Tabela 9: Opis vzorca

	N = 221	%
Spol		
Ženska.	193	88
Moški.	28	12
Izobrazba		
Viš. med. s./viš. med. teh.	12	5
Dipl. m. s./dipl. zn.	179	81
Mag. zdrav. nege.	30	14
Vodilna mesta v organizaciji		
Timska medicinska sestra.	27	32
Oddelčna medicinska sestra.	15	18
Vodilno mesto na nivoju organizacije.	20	24
Drugo vodilno mesto.	22	26
Udeležba na izobraževanju iz raziskovanja v zdravstveni negi		
Da.	125	56
Ne.	96	44
Udeležba na izobraževanju iz na dokazih temelječega dela v zdravstveni negi		
Da.	99	45
Ne.	122	55
Udeležba na izobraževanju iz etike v zdravstveni negi		
Da.	182	81

	N = 221	%
Ne.	39	19
Udeležba na izobraževanju iz mentorstva študentom zdravstvene nege		
Da.	132	59
Ne.	89	41
Dostop do podatkovnih baz na delovnem mestu		
Da.	86	39
Ne.	135	61

Legenda: N = velikost vzorca; % = odstotni delež

3.3.5 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Po odobritvi dispozicije s strani Komisije za magistrska dela, smo pričeli z pridobivanjem soglasji vodstev posameznih zdravstvenih organizacij. Dogovori o poteku raziskave za anketiranje visokošolsko izobraženih medicinskih sester so potekali v obliki elektronskih sporočil. Na spletni strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije smo pridobili imena vseh zdravstvenih domov v Sloveniji. Nato smo po posameznih spletnih straneh zdravstvenih domov pridobili elektronske naslove glavnih medicinskih sester in pomočnikov direktorja za zdravstveno nego. V 18 primerih omenjeni elektronski naslovi niso bili javno objavljeni, zato smo elektronsko sporočilo za sodelovanje v raziskavi poslali upravi oziroma direktorjem zdravstvenih domov. Po posredovanju elektronske ankete glavnim medicinskim sestram in pomočnikom za zdravstveno nego posameznih zdravstvenih domov, sodelujočih v raziskavi (29), so vodje po tehniki cenusa k sodelovanju povabili vse visokošolsko izobražene medicinske sestre, ki so jim posredovale spletni elektronski naslov. Izvedba anketiranja je potekala v elektronski obliki s pomočjo spletne strani Enka od septembra 2017 do marca 2018.

Za obdelavo podatkov so bile uporabljene metode opisne statistike, pri spremenljivkah so bile uporabljene frekvence, odstotki in povprečna vrednost. Na podlagi pridobljenih odgovorov, ki so bili obdelani z opisnimi statistikami, smo skušali ugotoviti razlike med spremenljivkami. Za analizo podatkov smo uporabili različne statistične metode: t-test za neodvisne vzorce, Levenov test, ANOVO, faktorsko analizo, Post Hoc in Pearsonovo korelacijo. Meja statistične pomembnosti je določala vrednost $p \leq 0,005$. Za pojasnitev med odnosom visokošolsko izobraženih medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu in pogostostjo uporabe DPP ter samoocenami znanja iz raziskovanja, znanja iz

DPP in samoocene zadovoljstva na delovnem mestu smo uporabili linearno regresijsko analizo. Z uporabo korelacijskega koeficienta smo želeli preveriti regresijsko povezanost med spremenljivkama, kjer smo za stopnjo povezanosti uporabili 0, ni povezanosti, 0 – 0,2 je neznatna povezanost, 0,2 – 0,4 je nizka oziroma šibka povezanost, 0,4 – 0,7 je srednje zmerna povezanost, 0,7 – 0,9 je visoka povezanost, 0,9 – 1 je zelo visoka povezanost.

3.4 REZULTATI

3.4.1 Opisna statistika vprašalnika po posameznih trditvah

Tabela 10: Odnos visokošolsko izobraženih medicinskih sester/zdravstvenikov v primarnem zdravstvenem varstvu do DPP

Prepričanja o na dokazih podprti praksi (Evidence- Based Practice Beliefs)	N	PV	SO
Zadosti dobro vem, kako implementirati DPP, da dosežem spremembe v praksi.	221	3,29	0,83
Vem, da zmorem implementirati DPP v svoje delo.	221	3,44	0,85
Prepričan/-a sem, da lahko pridobim najboljše vire, da lahko implementiram DPP.	221	3,26	0,82
Vem, kako meriti rezultate kliničnega dela.	221	3,42	0,94
Prepričan/-a sem, da na dokazih temelječe smernice lahko izboljšajo delo v kliničnih okoljih.	221	4,13	0,72
Menim, da je kritična presoja dokazov obstoječih raziskav pomemben korak v procesu DPP.	221	3,94	0,76
Menim, da uporaba na dokazih temelječe prakse (DPP) vodi do najboljše oskrbe pacientov.	221	4,11	0,71
Prepričan/-a sem, da bo uporaba DPP izboljšala moje delo s pacienti.	221	3,70	0,88
Prepričan/-a sem, da lahko implementiram DPP v klinično okolje.	221	3,75	0,74
Menim, da lahko premagam ovire pri implementaciji DPP.	221	3,57	0,75
Prepričan/-a sem, da lahko hitro in učinkovito implementiram DPP.	221	3,38	0,76
Verjamem, da je moje delo temelječe na dokazih.	221	3,51	0,83
Dobro poznam korake DPP.	221	3,54	0,89
Menim, da DPP vzame preveč časa.	221	3,44	0,88
Menim, da je uporaba DPP težka.	221	3,22	0,80
Meni, da lahko hitro in učinkovito poiščem najboljše dokaze za odgovore na klinična vprašanja.	221	3,55	0,84

Legenda: N = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (5 stopenjska Likartova lestvica, 1 = sploh se ne strinjam, 5 = popolnoma se strinjam) SO = standardni odklon

V tabeli (11) so prikazane trditve sklopa Prepričanje o na dokazih podprti praksi. Anketiranci na primarni ravni se najbolj strinjajo s trditvijo, da na dokazih podprte smernice lahko izboljšajo delo v kliničnih okoljih (PV = 4,13, SO = 0,72), da uporaba na DPP vodi v najboljšo oskrbo pacientov (PV = 4,11, SO = 0,71) in trditvijo, da je

kritična presoja dokazov obstoječih raziskav pomemben korak v procesu DPP (PV = 3,94, SO = 0,76). Anketiranci se najmanj strinjajo s trditvami: Prepričan sem, da lahko pridobim najboljše vire za implementacijo DPP (PV = 3,29, SO = 0,83), Zadosti dobro vem, kako implementirati DPP, da se dosežejo spremembe v praksi (PV = 3,29, SO = 0,83) in trditvijo o prepričanju, da lahko hitro in učinkovito implementirajo DPP (PV = 3,38, SO = 0,76).

Tabela 11: Implementacija DPP visokošolsko izobraženih medicinskih sester/zdravstvenikov v primarnem zdravstvenem varstvu

Uvajanje na dokazih podprte prakse (Implementation Scales)	N	PV	SO
Kritično ocenim dokaze iz rezultatov raziskave.	221	2,32	1,08
Ko berem znanstveni članek, kritično ocenim izvedeno raziskavo.	221	2,67	1,06
Promoviram uporabo DPP sodelavcem.	221	2,50	1,08
Uporabim dokaze raziskave za spremembo svoje klinične prakse.	221	2,34	1,02
Uporabim zbirke sistematičnih pregledov raziskav na podatkovnih bazah.	221	2,46	1,17
Berem znanstvene članke.	221	2,88	1,05
Oblikujem PICO-vprašanje o lastni klinični praksi.	221	2,05	1,15
Uporabim izdelane nacionalne smernice.	221	2,95	1,27
Uporabim DPP-smernice ali pregledne raziskave za spremembo dela v klinični praksi, kjer delam.	221	2,68	1,17
Sprememim svoje delovanje glede na rezultate pri delu s pacienti.	221	2,88	1,13
Zberem podatke o pacientovih problemih.	221	3,15	1,26
Delim dokaze raziskav v obliki poročila ali predstavitve z več kot dvema sodelavcema.	221	2,26	1,15
Vrednotim izide uvedenih sprememb v praksi.	221	2,48	1,16
Delim dokaze raziskav s člani multidisciplinarnega tima.	221	2,48	1,11
Delim smernice za DPP s sodelavci.	221	2,56	1,12
Delim dokaze raziskav s pacientom /družinskimi člani.	221	2,23	1,19
Neformalno razpravljam o dokazih raziskav s sodelavci.	221	2,54	1,17

Legenda: N = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (5 stopenjska Likartova lestvica, 1 – nikoli v zadnjih 8 tednih, 2 – 1–3-krat v zadnjih 8 tednih, 3 – 4–6-krat v zadnjih 8 tednih, 4 – 6–8-krat v zadnjih 8 tednih, 5 – več kot 8-krat SO = standardni odklon

V tabeli 12 je razvidno, da anketiranci najpogosteje uporabijo izdelane nacionalne smernice (PV = 2,95, SO = 1,27), berejo znanstvene članke (PV = 2,88, SO = 1,05) in spremenijo svoje klinično prakso glede na rezultate pri delu s pacienti (PV = 2,88, SO = 1,13). Anketiranci v kliničnih okoljih pa redkeje oblikujejo PICO-vprašanje o lastni praksi (PV = 2,05, SO = 1,15), delijo dokaze raziskav s pacientom ali z njegovimi svojci (PV = 2,23, SO = 1,19) in delijo dokaze raziskav v obliki poročila ali predstavitve (PV = 2,26, SO = 1,15).

3.4.2 Preverjanje hipotez

S preverjanjem hipotez smo želeli ugotoviti, kako stopnja izobrazbe vpliva na odnos in uporabo na dokazih podprte prakse v kliničnih okoljih. Za dokazovanje hipotez smo uporabili spremenljivke, pridobljene s faktorsko analizo.

H1: Z večanjem stopnje izobrazbe anketirancev v zdravstveni negi lahko napovemo pozitivnejši odnos do DPP in pogostejšo uporabo DPP anketirancev v primarnem zdravstvenem varstvu.

Iz tabele 13 je razvidno, da se v primerjavi Odnosa do DPP glede na stopnjo izobrazbe anketirancev statistično pomembne razlike pojavljajo pri faktorjih Znanje o uporabi DPP (6,236, $p = 0,002$), Odnos do DPP ($F = 7,635$, $p = 0,001$), Implementacija DPP ($F = 5,980$, $P = 0,003$) in pri vseh faktorjih Odnosa do DPP ($F = 7,995$, $p = 0,001$), med skupinami anketirancev z magistrsko in visokošolsko izobrazbo in s skupinami anketirancev z magistrsko in višjo izobrazbo. Anketiranci z magistrsko izobrazbo imajo v primerjavi z anketiranci z visoko in višjo izobrazbo pozitivnejši odnos do DPP, razlik med anketiranci z visoko in višjo izobrazbo ne ugotavljamo.

Tabela 12: Primerjava odnosa do DPP glede na stopnjo izobrazbe anketirancev

Faktor	Izobrazba	N	F	ANOVA (p)	Posamične primerjave
Znanje o uporabi DPP	Višja medicinska sestra	12	6,236	0,002	1 < 3** 2 < 3**
	Višji medicinski tehnik				
	Diplomirana medicinska sestra	179			
	Diplomirani zdravstvenik				
	Magistrica/magister zdravstvene nege	30			
Odnos do DPP	Višja medicinska sestra	12	7,635	0,001	1 < 3** 2 < 3**
	Višji medicinski tehnik				
	Diplomirana medicinska sestra	179			
	Diplomirani zdravstvenik				
	Magistrica/magister zdravstvene nege	30			
Implementaciji DPP	Višja medicinska sestra	12	5,980	0,003	1 < 3** 2 < 3**
	Višji medicinski tehnik				
	Diplomirana medicinska sestra	179			
	Diplomirani zdravstvenik				
	Magistrica/magister zdravstvene nege	30			
Skupaj	Višja medicinska sestra	12	7,995	0,001	1 < 3** 2 < 3**
	Višji medicinski tehnik				
	Diplomirana medicinska sestra	179			
	Diplomirani zdravstvenik				

Faktor	Izobrazba	N	F	ANOVA (p)	Posamične primerjave
	Magistrica/magister zdravstvene nege	30			

Legenda: N = velikost vzorca, F = vrednost koeficienta, p – mejno statistično pomembna vrednost pri 0,005 ali manj

Iz tabele 14 je razvidno, da se pri faktorju Deljenje dokazov v kliničnem okolju ($F = 5,175$, $p = 0,005$) in pri vseh faktorjih sklopa Implementacije DPP ($F = 5,115$, $p = 0,005$) pojavljajo statistično pomembne razlike med anketiranci z visokošolsko in magistrsko izobrazbo in med skupinami anketirancev z višjo in magistrsko izobrazbo, anketiranci z magistrsko izobrazbo pogosteje implementirajo DPP v klinična okolja. Med anketiranci z visoko in višjo izobrazbo ne ugotavljamo statistično pomembnih razlik. Pri faktorjih Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov ($F = 5,814$, $p = 0,003$) in Uporaba dokazov v kliničnem okolju ($F = 3,107$, $p = 0,004$) se statistično pomembne razlike pojavljajo med skupinami anketirancev z magistrsko in visokošolsko izobrazbo, anketiranci z magistrsko izobrazbo pogosteje implementirajo DPP v klinično prakso, medtem ko se statistično pomembne razlike med skupinama anketirancev z magistrsko in višjo izobrazbo ne pojavljajo.

Tabela 13: Primerjava pogostosti implementacije DPP glede na stopnjo izobrazbe

Faktor	Izobrazba	N	F	ANOVA (p)	Posamične primerjave
Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov	Višja medicinska sestra Višji medicinski tehnik	12	5,814	0,003	2 < 3**
	Diplomirana medicinska sestra Diplomirani zdravstvenik	179			
	Magistrica/magister zdravstvene nege	30			
Uporaba dokazov v kliničnem okolju	Višja medicinska sestra Višji medicinski tehnik	12	3,107	0,004	2 < 3*
	Diplomirana medicinska sestra Diplomirani zdravstvenik	179			
	Magistrica/magister zdravstvene nege	30			
Deljenje dokazov v kliničnem okolju	Višja medicinska sestra Višji medicinski tehnik	12	5,175	0,005	1 < 3* 2 < 3**
	Diplomirana medicinska sestra Diplomirani zdravstvenik	179			
	Magistrica/magister zdravstvene nege	30			
Skupaj	Višja medicinska sestra Višji medicinski tehnik	12	5,115	0,005	2 < 3*
	Diplomirana medicinska sestra Diplomirani zdravstvenik	179			
	Magistrica/magister zdravstvene nege	30			

Legenda: N = velikost vzorca, PV = povprečna vrednost (5 stopenjska Likartova lestvica, 1 – nikoli v zadnjih 8 tednih, 5 – več kot 8-krat v zadnjih 8 tednih), SO = standardni odklon, F = vrednost koeficienta, p – mejno statistično pomembna vrednost pri 0,005 ali manj

Prvo hipotezo potrdimo. Z večanjem stopnje izobrazbe anketirancev lahko napovemo pozitivnejši odnos anketirancev do DPP ($F = 7,115$, $p = 0,005$), in pogostejšo implementacijo DPP v kliničnih okoljih ($F = 5,115$, $p = 0,005$).

H2: Anketiranci z daljšo delovno dobo v primarnem zdravstvenem varstvu imajo pozitivnejši odnos do DPP in pogosteje uporabljajo DPP.

V tabeli 15 so prikazane korelacijske povezave med delovno dobo anketirancev in odnosom do DPP. V tabeli je razvidno, da pri posameznih novo pridobljenih faktorjih oziroma spremenljivkah prihaja do statistično značilnih korelacijskih značilnosti le pri faktorju Pozitivna prepričanja o DPP ($r = 0,264$, $p = 0,001$), kjer je povezanost nizka. Pri seštevku vseh faktorjev sklopa Odnos do DPP ugotavljamo neznatno korelacijsko značilnosti med dolžino delovne dobe anketirancev in odnosom do DPP ($r = 0,176$, $p = 0,001$).

Tabela 14: Korelacijski koeficienti med delovno dobo anketirancev in odnosom do DPP

Faktor		Delovna doba
Znanje o uporabi DPP	Pearsanova korelacija	0,096
	P – vrednost	0,457
	n	221
Pozitivna prepričanja o DPP	Pearsanova korelacija	0,264**
	P – vrednost	0,001
	N	221
Implementacija DPP	Pearsanova korelacija	0,051
	P – vrednost	0,674
	N	221
Faktorji skupaj	Pearsanova korelacija	0,176**
	P – vrednost	0,001
	N	221

Legenda: **korelacija je statistično značilna na nivoju 0,01; *korelacijska je statistično značilna na nivoju 0,005

V tabeli 16 so prikazane korelacijske povezave med delovne dobe anketirancev in novo pridobljenimi faktorji oziroma spremenljivkami pri sklopu Implementacija DPP. Pri vseh treh faktorjih prihaja do neznatne statistične korelacije. Pri faktorju Uporaba dokazov v kliničnem okolju ($r = 0,125$, $p = 0,005$), faktorju Deljenje dokazov v kliničnem okolju ($r = 0,191$, $p = 0,001$) in faktorju Implementacija na dokazih podprte prakse ($r = 0,199$, $p = 0,001$). Pri seštevku vseh faktorjev ugotavljamo statistično

značilne korelacijske značilnosti med dolžino delovne dobe anketirancev in pogostostjo uporabe DPP ($r = 0,188$, $p = 0,001$).

Tabela 15: Korelacijski koeficienti med delovno dobo in pogostostjo implementacije DPP visokošolsko izobraženih medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu

Faktor		Delovna doba
Uporaba dokazov v kliničnem okolju	Pearsonova korelacija	0,125*
	P – vrednost	0,005
	n	221
Deljenje dokazov v kliničnem okolju	Pearsonova korelacija	0,191**
	P – vrednost	0,001
	N	221
Implementacija na dokazih temelječe prakse	Pearsonova korelacija	0,199**
	P – vrednost	0,001
	N	221
Faktorji skupaj	Pearsonova korelacija	0,188**
	P – vrednost	0,001
	N	221

Legenda: **korelacija je statistično značilna na nivoju 0,001; *korelacijsa je statistično značilna na nivoju 0,005

Drugo hipotezo potrdimo v celoti. Delovna doba anketirancev vpliva tako na odnos do DPP ($r = 0,176$, $p = 0,001$) kot na pogostost uporabe DPP v kliničnih okoljih ($r = 0,188$, $p = 0,001$).

H3: Anketiranci, ki so se zadnjih pet let izobraževali iz raziskovanja v zdravstveni negi, področja DPP, kliničnega mentorstva študentom zdravstvene nege in etike, imajo pozitivnejši odnos do DPP.

V tabeli 17 razberemo, da se je 125 anketirancev v zadnjih petih letih izobraževalo na področju raziskovanja v zdravstveni negi. Anketiranci, ki so se izobraževali, imajo pozitivnejši odnos do DPP ($F = 6,187$, $p = 0,001$). Statistično pomembne razlike med anketiranci, ki so se izobraževali s področja raziskovanja, in tistimi, ki se niso, se pojavljajo pri Znanju o uporabi DPP ($F = 5,216$, $p = 0,001$), pri Pozitivnih prepričanjih pri DPP ($F = 5,636$, $p = 0,001$) in pri faktorju Implementacija DPP ($F = 4,740$, $p = 0,001$).

Tabela 16: Primerjava odnosa anketirancev do DPP in izobraževanja iz raziskovanja v zdravstveni negi

Faktor	Ali ste se v zadnjih petih letih kdaj udeležili izobraževanja o raziskovanju v zdravstveni negi?	N	F	p
Znanje o uporabi DPP	DA.	125	5,216	0,001
	NE.	96		
Pozitivna prepričanja o DPP	DA.	125	5,636	0,001
	NE.	96		
Implementacija DPP	DA.	125	4,740	0,001
	NE.	96		
Faktorji skupaj	DA.	125	6,187	0,001
	NE.	96		

Legenda: N = velikost vzorca, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, F = vrednost koeficienta, p – mejno statistično pomembna vrednost pri 0,005 ali manj

V tabeli 18 razberemo, da se je 99 anketirancev v zadnjih petih letih izobraževalo iz področja DPP. Statistično pomembne razlike med anketiranci, ki so se izobraževali iz področja DPP, in tistimi, ki se niso, se pojavljajo pri faktorjih Znanje o uporabi DPP ($F = 7,755$, $p = 0,001$), Pozitivna prepričanja o DPP ($F = 5,572$, $p = 0,000$) in Implementacija DPP ($F = 4,719$, $p = 0,001$). Anketiranci, ki so se izobraževali iz področja DPP, imajo pozitivnejši odnos do DPP ($F = 7,118$, $p = 0,001$).

Tabela 17: Primerjava odnosa anketirancev do DPP in izobraževanja s področja DPP

Faktor	Ali ste se v zadnjih petih letih kdaj udeležili izobraževanja o na dokazih podprtem delu v zdravstveni negi?	N	F	P
Znanje o uporabi DPP	DA.	99	7,755	0,001
	NE.	122		
Pozitivna prepričanja o DPP	DA.	99	5,572	0,001
	NE.	122		
Implementacija DPP	DA.	99	4,719	0,001
	NE.	122		
Faktorji skupaj	DA.	99	7,118	0,001
	NE.	122		

Legenda: N = velikost vzorca, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, F = vrednost koeficienta, p – mejno statistično pomembna vrednost pri 0,005 ali manj

Iz tabele 19 razberemo, da se je 182 anketirancev v zadnjih petih letih izobraževalo s področja etike v zdravstveni negi. Statistično pomembne razlike med anketiranci, ki so se izobraževali, in tistimi, ki se niso, se pojavljajo le pri faktorju Znanje o uporabi DPP ($F = 3,199$, $p = 0,001$).

Tabela 18: Primerjava odnosa anketirancev do DPP in izobraževanje iz vsebin etike

Faktor	Ali ste se v zadnjih petih letih kdaj udeležili izobraževanja o etiki v zdravstveni negi?	N	F	P
Znanje o uporabi DPP	DA.	182	3,199	0,001
	NE.	39		
Pozitivna prepričanja o DPP	DA.	182	1,765	0,042
	NE.	39		
Implementacija DPP	DA.	182	1,992	0,024
	NE.	39		
Faktorji skupaj	DA.	182	2,460	0,008
	NE.	39		

Legenda: N = velikost vzorca, F = vrednost koeficienta, p – mejno statistično pomembna vrednost pri 0,005 ali manj

Iz tabele 20 razberemo, da se je 132 anketirancev v zadnjih petih letih izobraževalo s področja vsebin mentorstva študentom zdravstvene nege. Statistično pomembne razlike med anketiranci, ki so se izobraževali s področja vsebin mentorstva študentom zdravstvene nege, in tistimi, ki se niso, se pojavljajo pri faktorju Znanje o uporabi DPP ($F = 2,693$, $p = 0,004$).

Tabela 19: Primerjava odnosa anketirancev do DPP in izobraževanja iz vsebin mentorstva študentom zdravstvene nege

Faktorji	Ali ste se v zadnjih petih letih kdaj udeležili izobraževanja o vsebinah iz mentorstva študentom zdravstvene nege?	N	F	P
Znanje o uporabi DPP	DA.	132	2,693	0,004
	NE.	89		
Pozitivna prepričanja o DPP	DA.	132	1,449	0,075
	NE.	89		
Implementacija DPP	DA.	132	1,715	0,044
	NE.	89		
Faktorji skupaj	DA.	132	2,111	0,018
	NE.	89		

Legenda: N = velikost vzorca, F = vrednost koeficienta, p – mejno statistično pomembna vrednost pri 0,005 ali manj

Tretjo hipotezo o vplivu izobraževanja na odnos do DPP lahko v celoti potrdimo pri izobraževanju iz raziskovanja ($F = 6,187$, $p = 0,001$) in izobraževanju iz DPP ($F = 7,118$, $p = 0,001$). Delno pa hipotezo o vplivu na odnos do DPP lahko potrdimo pri izobraževanju iz etike, kjer se statistično pomembne razlike pojavljajo pri faktorju Znanje o uporabi DPP ($F = 3,199$, $p = 0,001$) in izobraževanju iz vsebin mentorstva študentom zdravstvene nege, kjer se statistično pomembne razlike pojavljajo pri

faktorju Znanje o uporabi DPP ($F = 2,693$, $p = 0,004$).

H4: Anketiranci, ki so se zadnjih pet let izobraževali iz raziskovanja v zdravstveni negi, področja DPP, kliničnega mentorstva študentom zdravstvene nege in etike, pogosteje uporabljajo DPP v kliničnih okoljih.

Iz tabele 21 razberemo, da se je 125 anketirancev v zadnjih petih letih izobraževalo s področja raziskovanja v zdravstveni negi. Statistično pomembne razlike med anketiranci, ki so se izobraževali s področja raziskovanja, in tistimi, ki se niso, se pri pogostosti uporabe DPP pojavljajo pri faktorju Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov ($F = 5,687$, $p = 0,001$), Uporabi dokazov v kliničnem okolju ($F = 3,732$, $p = 0,001$) in Deljenju dokazov v kliničnem okolju ($F = 4,389$, $p = 0,001$). Anketiranci, ki so se izobraževali, pogosteje uporabljajo DPP v kliničnih okoljih ($F = 5,242$, $P = 0,001$).

Tabela 20: Primerjava pogostosti uporabe DPP in izobraževanja s področja raziskovanja v zdravstveni negi

Faktor	Ali ste se v zadnjih petih letih kdaj udeležili izobraževanja o raziskovanju v zdravstveni negi?	N	F	P
Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov	DA.	125	5,687	0,001
	NE.	96		
Uporaba dokazov v kliničnem okolju	DA.	125	3,732	0,001
	NE.	96		
Deljenje dokazov v kliničnem okolju	DA.	125	4,389	0,001
	NE.	96		
Faktorji skupaj	DA.	125	5,242	0,001
	NE.	96		

Legenda: N = velikost vzorca, F = vrednost koeficienta, p – mejno statistično pomembna vrednost pri 0,005 ali manj

Iz tabele 22 razberemo, da se je 99 anketirancev v zadnjih petih letih izobraževalo s področja DPP v zdravstveni negi. Statistično pomembne razlike med anketiranci, ki so se izobraževali, in tistimi, ki se niso, se pojavljajo pri faktorju Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov ($F = 5,713$, $p = 0,001$), faktorju Uporaba dokazov v kliničnem okolju ($F = 3,665$, $p = 0,001$) in pri faktorju Deljenje dokazov v kliničnem okolju ($F = 5,502$, $p = 0,001$). Anketiranci, ki so se izobraževali iz DPP, pogosteje uporabljajo DPP v kliničnih okoljih ($F = 5,730$, $p = 0,001$).

Tabela 21: Primerjava pogostosti uporabe DPP in izobraževanjem iz področja DPP

Faktor	Ali ste se v zadnjih petih letih kdaj udeležili izobraževanja o na dokazih podprtem delu v zdravstveni negi?	N	F	P
Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov	DA.	99	5,713	0,001
	NE.	122		
Uporaba dokazov v kliničnem okolju	DA.	99	3,665	0,001
	NE.	122		
Deljenje dokazov v kliničnem okolju	DA.	99	5,502	0,001
	NE.	122		
Faktorji skupaj	DA.	99	5,730	0,001
	NE.	122		

Legenda: N = velikost vzorca, F = vrednost koeficienta, p – mejno statistično pomembna vrednost pri 0,005 ali manj

V tabeli 23 razberemo, da se je 182 anketirancev v zadnjih petih letih izobraževalo s področja etike v zdravstveni negi. Statistično pomembne razlike med skupinami, ki so se izobraževale, in anketiranci, ki se iz etike niso izobraževali, in pogostostjo uporabe DPP v kliničnih okoljih se ne pojavljajo.

Tabela 22: Primerjava pogostosti uporabe DPP in izobraževanja iz vsebin s področja etike

Faktor	Ali ste se v zadnjih petih letih kdaj udeležili izobraževanja o etiki v zdravstveni negi?	N	F	p
Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov	DA.	182	2,233	0,015
	NE.	39		
Uporaba dokazov v kliničnem okolju	DA.	182	0,886	0,189
	NE.	39		
Deljenje dokazov v kliničnem okolju	DA.	182	1,882	0,053
	NE.	39		
Faktorji skupaj	DA.	182	2,029	0,024
	NE.	39		

Legenda: N = velikost vzorca, F = vrednost koeficienta, p – mejno statistično pomembna vrednost pri 0,005 ali manj

V tabeli 24 razberemo, da se je 132 anketirancev v zadnjih petih letih izobraževalo iz vsebin mentorstva študentom zdravstvene nege. Statistično pomembne razlike med skupinami, ki so se izobraževale, in anketiranci, ki se niso izobraževali, in pogostostjo uporabe DPP v kliničnih okoljih ne ugotavljamo.

Tabela 23: Primerjava pogostosti uporabe DPP glede na izobraževanje iz vsebin mentorstva študentom zdravstvene nege

Faktor	Ali ste se v zadnjih petih letih kdaj udeležili izobraževanja o vsebinah iz mentorstva študentom zdravstvene nege?	N	F	p
Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov	DA.	132	1,544	0,062
	NE.	89		
Uporaba dokazov v kliničnem okolju	DA.	132	1,369	0,087
	NE.	89		
Deljenje dokazov v kliničnem okolju	DA.	132	0,661	0,255
	NE.	89		
Faktorji skupaj	DA.	132	1,454	0,074
	NE.	89		

Legenda: N = velikost vzorca, F = vrednost koeficienta, p – mejno statistično pomembna vrednost pri 0,005 ali manj

Četrto hipotezo o vplivu izobraževanja na pogostost uporabe DPP lahko potrdimo pri izobraževanju iz raziskovanja ($F = 5,242$, $p = 0,001$) in izobraževanju iz DPP ($F = 5,730$, $p = 0,001$). Hipoteze ne potrdimo pri izobraževanju iz vsebin etike ($F = 2,029$, $p = 0,024$) in vsebin mentorstva študentom zdravstvene nege ($F = 1,454$, $p = 0,074$).

H5: Anketiranci z višjimi vodstvenimi funkcijami imajo pozitivnejši odnos do DPP.

V tabeli 25 je razvidno, da se statistično pomembne razlike med vodstvenimi funkcijami in odnosom do DPP ne pojavljajo

Tabela 24: Primerjava odnosa do DPP, glede na vodstvene funkcije anketirancev

Faktor	Vodstvena funkcija	N	F	p
Znanje o uporabi DPP	Timska medicinska sestra	27	1,650	0,201
	Oddelčna medicinska sestra	15		
	Vodilno mesto na nivoju organizacije	20		
	Drugo vodilno mesto.	22		
Pozitivna prepričanja o DPP	Timska medicinska sestra	27	0,457	0,636
	Oddelčna medicinska sestra	15		
	Vodilno mesto na nivoju organizacije	20		
	Drugo vodilno mesto.	22		
Implementacija DPP	Timska medicinska sestra	27	0,596	0,554
	Oddelčna medicinska sestra	15		
	Vodilno mesto na nivoju organizacije	20		
	Drugo vodilno mesto.	22		
Faktorji skupaj	Timska medicinska sestra	27	0,472	0,626
	Oddelčna medicinska sestra	15		
	Vodilno mesto na nivoju organizacije	20		
	Drugo vodilno mesto.	22		

Legenda: N = velikost vzorca, F = vrednost koeficienta, p – mejno statistično pomembna vrednost pri 0,005 ali manj

Hipoteze pet ne moremo potrditi. V raziskavi ne ugotavljamo statistično pomembnih razlik med odnosom do DPP in vodstvenimi funkcijami anketirancev.

H6: Anketiranci z višjimi vodstvenimi funkcijami pogosteje uporabljajo DPP.

V tabeli 26 je razvidno, da glede na različne vodstvene funkcije in pogostostjo uporabe DPP statistično pomembne razlike med skupinami anketirancev ne pojavljajo (tabela 26).

Tabela 25: Primerjava pogostosti uporabe DPP glede na vodstvene funkcije anketirancev

Faktor	Vodstvena funkcija	N	F	p
Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov	Timska medicinska sestra	27	0,095	0,910
	Oddelčna medicinska sestra	15		
	Vodilno mesto na nivoju organizacije	20		
	Drugo vodilno mesto.	22		
Uporaba dokazov v kliničnem okolju	Timska medicinska sestra	27	0,342	0,712
	Oddelčna medicinska sestra	15		
	Vodilno mesto na nivoju organizacije	20		
	Drugo vodilno mesto.	22		
Deljenje dokazov v kliničnem okolju	Timska medicinska sestra	27	0,048	0,954
	Oddelčna medicinska sestra	15		
	Vodilno mesto na nivoju organizacije	20		
	Drugo vodilno mesto.	22		
Faktorji skupaj	Timska medicinska sestra	27	0,063	0,939
	Oddelčna medicinska sestra	15		
	Vodilno mesto na nivoju organizacije	20		
	Drugo vodilno mesto.	22		

Legenda: N = velikost vzorca, F = vrednost koeficienta, p – mejno statistično pomembna vrednost pri 0,005 ali manj

Hipoteze šest ne moremo potrditi, saj v raziskavi ne ugotavljamo statistično pomembnih razlik med vodstvenimi funkcijami anketirancev in pogostostjo uporabe DPP.

H7: Z dostopnostjo do podatkovnih baz anketirancev lahko napovemo pozitivnejši odnos do DPP in pogostejšo uporabno DPP v kliničnih okoljih.

V tabeli 27 razberemo, da ima 86 anketirancev prost dostop do podatkovnih baz na delovnem mestu. Statistično pomembne razlike med anketiranci, ki imajo na delovnem mestu prost dostop do podatkovnih baz, in anketiranci, ki dostopa nimajo, se pojavljalo

pri faktorju Znanja o uporabi DPP ($F = 4,371$, $p = 0,001$), pri Pozitivnih prepričanjih pri DPP ($F = 3,949$, $p = 0,001$) in pri faktorju Implementacija DPP ($F = 4,278$, $p = 0,001$). Pri skupni oceni vseh faktorjev prav tako ugotavljamo statično pomembne razlike med anketiranci s prostim dostopom do podatkovnih baz, in anketiranci, ki dostopa nimajo ($F = 4,892$, $p = 0,001$).

Tabela 26: Primerjava odnosa do DPP glede na prosti dostop do podatkovnih baz anketirancev

Faktor	Ali imate na delovnem mestu dostop do podatkovnih baz, kjer lahko dobite objave raziskav v vašem področju dela v polnem besedilu?		N	F	p
	DA.	NE.			
Znanje o uporabi DPP	DA.		86	4,371	0,001
	NE.		135		
Pozitivna prepričanja o DPP	DA.		86	3,949	0,001
	NE.		135		
Implementacija DPP	DA.		86	4,278	0,001
	NE.		135		
Faktorji skupaj	DA.		86	4,892	0,001
	NE.		135		

Legenda: N = velikost vzorca, F = vrednost koeficienta, p – mejno statistično pomembna vrednost pri 0,005 ali manj

Iz tabele 28 razberemo, da ima 86 anketirancev prost dostop do podatkovnih baz na delovnem mestu. Pri pogostosti uporabe DPP statistično pomembnih razlik med anketiranci, ki imajo na delovnem mestu prost dostop do podatkovnih baz, in anketiranci, ki ga nimajo, ne ugotavljamo.

Tabela 27: Primerjava pogostosti uporabe DPP glede na prosti dostop do podatkovnih baz anketirancev

Faktor	Ali imate na delovnem mestu dostop do podatkovnih baz, kjer lahko dobite objave raziskav o vašem področju dela v polnem besedilu?		N	F	p
	DA.	NE.			
Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov	DA.		86	2,404	0,009
	NE.		135		
Uporaba dokazov v kliničnem okolju	DA.		86	1,454	0,074
	NE.		135		
Deljenje dokazov v kliničnem okolju	DA.		86	2,027	0,022
	NE.		135		

Faktor	Ali imate na delovnem mestu dostop do podatkovnih baz, kjer lahko dobite objave raziskav o vašem področju dela v polnem besedilu?	N	F	p
Faktorji skupaj	DA.	86	2,440	0,008
	NE.	135		

Legenda: N = velikost vzorca, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, F = vrednost koeficienta, p – mejno statistično pomembna vrednost pri 0,005 ali manj

Hipotezo 7 delno potrdimo. Z dostopnostjo do podatkovnih baz anketirancev lahko napovemo pozitivnejši odnos do DPP (F = 4,892, p = 0,001). Pri pogostosti uporabe DPP in prosto dostopnostjo do podatkovnih baz povezave ne potrdimo.

H8: Z višjo samooceno znanja o raziskovanju pri medicinskih sestrah lahko napovemo pozitivnejši odnos do DPP in pogostejšo uporabo DPP.

Pri faktorju Znanje o uporabi DPP znaša korelacijski koeficient 0,509, determinacijski koeficient pa 0,259, kar pomeni, da lahko 25,9 % variabilnosti faktorja Znanje o uporabi DPP pojasnimo z linearnim vplivom samoocene znanja raziskovanja. Tako regresijska konstanta ($\beta_0 = 2,218$, p = 0,001) kot tudi regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,344$, p = 0,001) sta statistično značilna. Pri faktorju Pozitivna prepričanja o DPP korelacijski koeficient znaša 0,255, determinacijski koeficient znaša 0,06, kar pomeni, da lahko 6 % variabilnosti faktorja Pozitivna prepričanja o DPP pojasnimo z linearnim vplivom samoocene znanja raziskovanja. Tako regresijska konstanta ($\beta_0 = 3,412$, p = 0,001) kot tudi regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,158$, p = 0,001) sta statistično značilna. Pri faktorju Implementacija DPP korelacijski koeficient znaša 0,407, determinacijski koeficient znaša 0,166, kar pomeni, da lahko 16,6 % variabilnosti faktorja Implementacija DPP pojasnimo z linearnim vplivom samoocene znanja raziskovanja. Tako regresijska konstanta ($\beta_0 = 2,528$, p = 0,001) kot tudi regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,283$, p = 0,001) sta statistično značilna. Pri faktorjih sklopa Odnos do DPP koeficient znaša 0,415, determinacijski koeficient znaša 0,172, kar pomeni, da lahko 17,2 % variabilnosti faktorjev sklopa Prepričanja o DPP pojasnimo z linearnim vplivom samoocene znanja raziskovanja. Tako regresijska konstanta ($\beta_0 = 2,858$, p = 0,001) kot tudi regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,210$, p = 0,001) sta statistično značilna (tabela 29).

Tabela 28: Rezultati regresijske analize vpliva samoocene znanja raziskovanja na faktorje Odnosa do DPP

	Znanje o uporabi DPP R=0,509 R ² =0,259			Pozitivna prepričanja o DPP R=0,255 R ² =0,065			Implementacija DPP R=0,407 R ² =0,166			Faktorji sklopa Odnosa do DPP R=0,415 R ² =0,172		
	B	SEb	p	B	SEb	p	B	SEb	p	B	SEb	p
(konstanta)	2,218	0,136	0,001	3,412	0,140	0,001	2,528	0,149	0,001	2,858	0,149	0,001
Ocenite svoje znanje na področju raziskovanja v zdravstveni negi.	0,344	0,041	0,001	0,158	0,043	0,001	0,283	0,045	0,001	0,210	0,045	0,001

Legenda: B = regresijski koeficient, SEb = standardna napaka regresijskega koeficienta, t-vrednost t-testa; p-stopnja značilnosti, * R-korelacijski koeficient, R²-determinacijski koeficient

Pri faktorju Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov korelacijski koeficient znaša 0,467, determinacijski koeficient znaša 0,218, kar pomeni, da lahko 21,8 % variabilnosti faktorja Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov pojasnimo z linearnim vplivom samoocene znanja raziskovanja. Tako regresijska konstanta ($\beta_0 = 1,177$, $p = 0,001$) kot tudi regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,392$, $p = 0,001$) sta statistično značilna. Pri faktorju Uporaba dokazov v kliničnem okolju korelacijski koeficient znaša 0,283, determinacijski koeficient znaša 0,080, kar pomeni, da lahko 8,0 % variabilnosti faktorja Uporabo dokazov v kliničnem okolju pojasnimo z linearnim vplivom samoocene znanja raziskovanja. Tako regresijska konstanta ($\beta_0 = 2,007$, $p = 0,001$) kot tudi regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,274$, $p = 0,001$) sta statistično značilna. Pri faktorju Deljenje dokazov v kliničnem okolju koeficient znaša 0,367, determinacijski koeficient znaša 0,135, kar pomeni, da lahko 13,5 % variabilnosti faktorja Uporaba dokazov v kliničnem okolju, pojasnimo z linearnim vplivom samoocene znanja raziskovanja. Tako regresijska konstanta ($\beta_0 = 1,268$, $p = 0,001$) kot tudi regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,352$, $p = 0,001$) sta statistično značilna. Pri vseh faktorjih sklopa Implementacija DPP, korelacijski koeficient znaša 0,423, determinacijski koeficient znaša 0,179, kar pomeni, da lahko 17,9 % variabilnosti faktorjev sklopa faktorjev Implementacija DPP pojasnimo z linearnim vplivom samoocene znanja raziskovanja. Tako regresijska konstanta ($\beta_0 = 1,408$, $p = 0,001$) kot tudi regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,352$, $p = 0,001$) sta statistično značilna (tabela 30).

Tabela 29: Rezultati regresijske analize vpliva samoocene znanja raziskovanja na Implementacijo DPP

	Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov R = 0,467 R ² = 0,218			Uporaba dokazov v kliničnem okolju R= 0,283 R ² =0,080			Deljenje dokazov v kliničnem okolju R= 0,367 R ² = 0,135			Faktorji sklopa Implementacija DPP R = 0,423, R ² = 0,179		
	B	SEb	p	B	SEb	p	B	SEb	p	B	SEb	P
(konstanta)	1,177	0,174	0,001	2,007	0,218	0,001	1,268	0,210	0,001	1,408	0,176	0,001
Ocenite svoje znanje na področju raziskovanja v zdravstveni negi.	0,391	0,053	0,001	0,274	0,066	0,001	0,352	0,064	0,001	0,352	0,054	0,001

Legenda: B = regresijski koeficient, SEb = standardna napaka regresijskega koeficienta, t-vrednost t-testa; p-stopnja značilnosti, * R-korelacijski koeficient, R²-determinacijski koeficient

Hipotezo 8 potrdimo v celoti pri sklopu odnosa do DPP in samooceno znanja iz raziskovanja, saj sta tako regresijska konstanta ($\beta_0 = 2,858$, $p = 0,001$) kot tudi regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,210$, $p = 0,001$) statistično značilna, prav tako pa je višja samoocena znanja iz raziskovanja povezana s pogostejšo implementacijo DPP, tako regresijska konstanta ($\beta_0 = 1,408$, $p = 0,001$) kot tudi regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,352$, $p = 0,001$) sta statistično značilna.

H9: Z višjo samooceno znanja o DPP pri medicinskih sestrah lahko napovemo pozitivnejši odnos do DPP in pogostejšo uporabo DPP.

Iz tabele 31 je razvidno, da je korelacijski koeficient pri faktorju Znanje o uporabi DPP 0,577, determinacijski koeficient znaša 0,333, kar pomeni, da lahko 33,3 % variabilnosti faktorja Znanje o uporabi DPP pojasnimo z linearnim vplivom samoocene znanja o DPP. Tako regresijska konstanta ($\beta_0 = 2,105$, $p = 0,001$) kot tudi regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,392$, $p = 0,001$) sta statistično značilna. Korelacijski koeficient faktorja Pozitivna prepričanja o DPP znaša 0,310, determinacijski koeficient znaša 0,096, kar pomeni, da lahko 9,6 % variabilnosti faktorja Pozitivna prepričanja o DPP pojasnimo z linearnim vplivom samoocene znanja o DPP. Tako regresijska konstanta ($\beta_0 = 3,320$, $p = 0,001$) kot tudi regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,192$, $p = 0,001$) sta statistično značilna. Pri faktorju Implementacija DPP korelacijski koeficient znaša 0,449, determinacijski koeficient znaša 0,202, kar pomeni, da lahko 20,2 % variabilnosti faktorja Implementacija DPP pojasnimo z linearnim vplivom samoocene znanja o DPP. Tako

regresijska konstanta ($\beta_0 = 2,462$, $p = 0,001$) kot tudi regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,317$, $p = 0,001$) sta statistično značilna. Pri faktorju sklopa Odnos do DPP korelacijski koeficient znaša 0,494, determinacijski koeficient znaša 0,244, kar pomeni, da lahko 24,4 % variabilnosti faktorjev sklopa Prepričanja o DPP pojasnimo z linearnim vplivom samoocene znanja o DPP. Tako regresijska konstanta ($\beta_0 = 2,749$, $p = 0,001$) kot regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,253$, $p = 0,001$) sta statistično značilna.

Tabela 30: Rezultati regresijske analize vpliva samoocene znanja DPP na faktorje Odnosa do DPP

	Znanje o uporabi DPP R= 0,577 R ² = 0,333			Pozitivna prepričanja o DPP R= 0,310 R ² = 0,096			Implementacija DPP R= 0,449 R ² = 0,202			Faktorji sklopa Odnosa do DPP R=0,494 R ² =0,244		
	B	SEb	p	B	SEb	p	B	SEb	p	B	SEb	p
(konstanta)	2,105	0,126	0,001	3,320	0,134	0,001	2,462	0,144	0,001	2,749	0,101	0,001
Ocenite svoje znanje na področju raziskovanja v zdravstveni negi.	0,392	0,039	0,001	0,192	0,041	0,001	0,317	0,044	0,001	0,253	0,031	0,001

Legenda: B = regresijski koeficient, SEb = standardna napaka regresijskega koeficienta, t-vrednost t-testa; p-stopnja značilnosti, * R-korelacijski koeficient, R²-determinacijski koeficient

Pri faktorju Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov korelacijski koeficient znaša 0,543, determinacijski koeficient znaša 0,295, kar pomeni, da lahko 29,5 % variabilnosti faktorja Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov pojasnimo z linearnim vplivom samoocene znanja o DPP. Tako regresijska konstanta ($\beta_0 = 0,998$, $p = 0,001$) kot tudi regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,460$, $p = 0,001$) sta statistično značilna. Pri faktorju Uporaba dokazov v kliničnem okolju korelacijski koeficient znaša 0,399, determinacijski koeficient znaša 0,159, kar pomeni, da lahko 15,9 % variabilnosti faktorja Uporaba dokazov v kliničnem okolju pojasnimo z linearnim vplivom samoocene znanja o DPP. Tako regresijska konstanta ($\beta_0 = 1,688$, $p = 0,001$) kot tudi regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,386$, $p = 0,001$) sta statistično značilna. Korelacijski koeficient pri faktorju Deljenje dokazov v kliničnem okolju znaša 0,484, determinacijski koeficient znaša 0,234, kar pomeni, da lahko 23,4 % variabilnosti faktorja Deljenje dokazov v kliničnem okolju pojasnimo z linearnim vplivom samoocene znanja o DPP. Tako regresijska konstanta ($\beta_0 = 0,951$, $p = 0,001$) kot tudi regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,465$, $p = 0,001$) sta statistično značilna. Pri faktorjih sklopa Implementacija DPP korelacijski koeficient znaša 0,545, determinacijski koeficient

znaša 0,297, kar pomeni, da lahko 29,7 % variabilnosti faktorjev sklopa Implementacija DPP pojasnimo z linearnim vplivom samoocene znanja o DPP. Tako regresijska konstanta ($\beta_0 = 1,118$, $p = 0,001$) kot tudi regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,446$, $p = 0,001$) sta statistično značilna (tabela 32).

Tabela 31: Rezultati regresijske analize vpliva samoocene znanja iz DPP na faktorje Implementacijo DPP

	Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov R = 0,543 R ² = 0,295			Uporaba dokazov v kliničnem okolju R= 0,399 R ² =0,159			Deljenje dokazov v kliničnem okolju R= 0,484 R ² = 0,234			Faktorji sklopa Implementacija DPP R = 0,545 R ² = 0,297		
	B	SEb	p	B	SEb	p	B	SEb	p	B	SEb	p
(konstanta)	0,998	0,162	0,001	1,688	0,202	0,001	0,951	0,192	0,001	1,118	0,160	0,001
Ocenite svoje znanje na področju raziskovanja v zdravstveni negi.	0,460	0,050	0,001	0,386	0,063	0,001	0,465	0,059	0,001	0,446	0,049	0,001

Legenda: B = regresijski koeficient, SEb = standardna napaka regresijskega koeficienta, t-vrednost t-testa; p-stopnja značilnosti, * R-korelacijski koeficient, R²-determinacijski koeficient

Hipotezo 9 potrdimo v celoti. Pri sklopu odnosa do DPP in samooceno znanja iz DPP sta tako regresijska konstanta ($\beta_0 = 2,749$, $p = 0,001$) kot tudi regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,253$, $p = 0,001$) statistično značilna, prav tako pa je višja samoocena znanja iz DPP povezana s pogostejšo implementacijo DPP. Tako regresijska konstanta ($\beta_0 = 1,118$, $p = 0,001$) kot tudi regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,446$, $p = 0,001$) sta statistično značilna.

H10: Z višjo samooceno zadovoljstva na delovnem mestu pri medicinskih sestrah lahko napovemo pozitivnejši odnos do DPP in pogostejšo uporabo na DPP, prav tako pa je višja samoocena znanja iz DPP povezana s pogostejšo implementacijo DPP.

Pri faktorju Znanje o uporabi DPP, korelacijski koeficient znaša 0,220, determinacijski koeficient znaša 0,048, kar pomeni, da lahko 4,8 % variabilnosti faktorja Znanje o uporabi DPP pojasnimo z linearnim vplivom samoocene zadovoljstva na delovnem mestu. Tako regresijska konstanta ($\beta_0 = 2,572$, $p = 0,001$) kot tudi regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,189$, $p = 0,002$) sta statistično značilna. Korelacijski koeficient faktorja Pozitivna prepričanja o DPP znaša 0,259, determinacijski koeficient znaša 0,067, kar pomeni, da

lahko 6,7 % variabilnosti faktorja Pozitivna prepričanja o DPP pojasnimo z linearnim vplivom samoocene zadovoljstva na delovnem mestu. Tako regresijska konstanta ($\beta_0 = 3,127$, $p = 0,001$) kot tudi regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,204$, $p = 0,001$) sta statistično značilna. Pri faktorju Implementacija DPP korelacijski koeficient znaša 0,215, determinacijski koeficient znaša 0,046, kar pomeni, da lahko 4,6 % variabilnosti faktorja Implementacija DPP pojasnimo z linearnim vplivom samoocene zadovoljstva na delovnem mestu. Tako regresijska konstanta ($\beta_0 = 2,687$, $p = 0,001$) kot tudi regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,192$, $p = 0,001$) sta statistično značilna. Pri faktorjih sklopa Odnosa do DPP korelacijski koeficient znaša 0,266, determinacijski koeficient znaša 0,071, kar pomeni, da lahko 7,8 % variabilnosti faktorjev sklopa Prepričanja o DPP pojasnimo z linearnim vplivom samoocene zadovoljstva na delovnem mestu. Tako regresijska konstanta ($\beta_0 = 2,862$, $p = 0,001$) kot tudi regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,446$, $p = 0,001$) sta statistično značilna (tabela 33).

Tabela 32: Rezultati regresijske analize vpliva samoocene zadovoljstva na delovnem mestu na faktorje Odnosa do DPP

	Znanje o uporabi DPP R=0,220 R ² =0,048			Pozitivna prepričanja o DPP R=0,259 R ² =0,067			Implementacija DPP R=0,215 R ² =0,046			Faktorji sklopa Odnosa do DPP R=0,266 R ² =0,071		
	B	SEb	p	B	SEb	p	B	SEb	p	B	SEb	P
(konstanta)	2,572	0,234	0,001	3,127	0,210	0,001	2,687	0,243	0,001	2,862	0,172	0,001
Ocenite svoje znanje na področju raziskovanja v zdravstveni negi.	0,189	0,059	0,002	0,204	0,053	0,001	0,192	0,061	0,001	0,172	0,044	0,001

Legenda: B = regresijski koeficient, SEb = standardna napaka regresijskega koeficienta, t-vrednost t-testa; p-stopnja značilnosti, * R-korelacijski koeficient, R²-determinacijski koeficient

Pri faktorju Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov korelacijski koeficient znaša 0,132, determinacijski koeficient znaša 0,017, kar pomeni, da lahko 1,7 % variabilnosti faktorja Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov pojasnimo z linearnim vplivom samoocene zadovoljstva na delovnem mestu. Statistično značilna je regresijska konstanta ($\beta_0 = 1,868$, $p = 0,001$), medtem ko o statistični značilnosti pri regresijskem koeficientu ne moremo govoriti ($\beta_1 = 0,242$, $p = 0,059$). Pri faktorju Uporaba dokazov v kliničnem okolju korelacijski koeficient znaša 0,190, determinacijski koeficient znaša 0,036, kar pomeni, da lahko 3,6 % variabilnosti faktorja Uporaba dokazov v kliničnem

okolju pojasnimo z linearnim vplivom samoocene zadovoljstva na delovnem mestu. Statistično značilna je regresijska konstanta ($\beta_0 = 1,996$, $p = 0,001$), medtem ko o statistični značilnosti pri regresijskem koeficientu ne moremo govoriti ($\beta_1 = 0,234$, $p = 0,007$). Korelacijski koeficient pri faktorju Deljenje dokazov v kliničnem okolju znaša 0,155, determinacijski koeficient znaša 0,024, kar pomeni, da lahko 2,4 % variabilnosti faktorja Deljenje dokazov v kliničnem okolju pojasnimo z linearnim vplivom samoocene zadovoljstva na delovnem mestu. Statistično značilna je regresijska konstanta ($\beta_0 = 1,641$, $p = 0,001$), medtem ko o statistični značilnosti pri regresijskem koeficientu ne moremo govoriti ($\beta_1 = 0,190$, $p = 0,057$). Pri faktorjih sklopa Implementacija DPP korelacijski koeficient znaša 0,177, determinacijski koeficient znaša 0,0031, kar pomeni, da lahko 3,1 % variabilnosti faktorja Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov pojasnimo z linearnim vplivom samoocene zadovoljstva na delovnem mestu. Statistično značilna je regresijska konstanta ($\beta_0 = 0,1,793$, $p = 0,001$), medtem ko o statistični značilnosti pri regresijskem koeficientu ne moremo govoriti ($\beta_1 = 0,288$, $p = 0,061$). Ne moremo trditi, da višja samoocena zadovoljstva na delovnem mestu pri medicinskih sestrah vpliva na oceno vseh faktorjev pri sklopu Implementacija DPP (tabela 34).

Tabela 33: Rezultati regresijske analize vpliva samoocene zadovoljstva na delovnem mestu na faktorje Implementacije DPP

	Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov R = 0,132 R ² = 0,017			Uporaba dokazov v kliničnem okolju R= 0,190 R ² =0,036			Deljenje dokazov v kliničnem okolju R= 0,155 R ² = 0,024			Faktorji sklopa Implementacija DPP R =0,177 R ² = 0,031		
	B	SEb	p	B	SEb	p	B	SEb	p	B	SEb	p
(konstanta)	1,868	0,296	0,001	1,966	0,338	0,001	1,641	0,338	0,001	1,793	0,291	0,001
Ocenite svoje znanje na področju raziskovanja v zdravstveni negi.	0,142	0,075	0,059	0,234	0,085	0,007	0,190	0,085	0,057	0,188	0,074	0,061

Legenda: B = regresijski koeficient, SEb = standardna napaka regresijskega koeficienta, t-vrednost t-testa; p-stopnja značilnosti, * R-korelacijski koeficient, R²-determinacijski koeficient

Hipotezo 10 delno potrdimo. Prepričanja o DPP pojasnimo z linearnim vplivom samoocene zadovoljstva na delovnem mestu. Tako regresijska konstanta ($\beta_0 = 2,862$, $p = 0,001$) kot tudi regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,446$, $p = 0,001$) sta statistično značilna, medtem ko pri Implementaciji DPP o linearnem vplivu med samooceno zadovoljstva in

Implementacijo DPP ne moremo govoriti.

3.5 RAZPRAVA

V primarnem zdravstvenem varstvu se visokošolsko izobražene medicinske sestre v luči novih vlog srečujejo s kompleksnimi izzivi, ki za optimalno razrešitev potrebujejo natančne dokaze za spreminjanje in oblikovanje DPP. Raziskave različnih avtorjev ugotavljajo različne neodvisne spremenljivke, ki vplivajo na odnos in implementacijo DPP medicinskih sester predvsem na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva, medtem ko je odnos in uporaba DPP v primarnem zdravstvenem varstvu slabše raziskana (Dogherty, et al., 2013; Mashiach-Eizenberg, 2011; Matthew-Maich, et al., 2013; Melnyk & Morrison-Beedy, 2012; Stokke, et al., 2014; Yoder, et al., 2014; Skela Savič, et al., 2016).

V raziskavi ugotavljamo pozitiven odnos visokošolsko diplomiranih medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu do DPP. Zaradi pomanjkanja raziskav, ki bi raziskovale odnos do DPP visokošolsko izobraženih medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu, pridobljene podatke težko primerjamo, ugotavljamo pa, da se podatki v naši raziskavi lahko primerjajo z raziskavami visokošolsko izobraženih medicinskih sester na sekundarni ravni zdravstvenega varstva, kjer avtorji prav tako ugotavljajo pozitiven odnos visokošolsko izobraženih medicinskih sester do DPP (Mehrdad, et al., 2012; Köpke, et al., 2013; Skela Savič, et al., 2016). V trditvah, povezanih z odnosom do DPP, se anketiranci najbolj strinjajo s trditvijo, da so prepričani, da DPP-smernice lahko izboljšajo delo v kliničnih okoljih, in trditvijo, da uporaba DPP vodi do najboljše oskrbe pacientov. Obe trditvi sta bili v raziskavi Skela Savič in sodelavci (2016) med visokošolsko izobraženimi medicinskimi sestrami na sekundarnem zdravstvenem varstvu prav tako ocenjeni najvišje. Najnižje pa so anketiranci ocenili trditve, ki se nanašajo na uporabo dokazov v kliničnih okoljih. Dve najnižje ocenjeni trditvi sta se nanašali na implementacijo DPP v klinično okolje in na merjenje lastne klinične prakse, kar se sklada z raziskavo Skela Savič in sodelavci (2016), kjer so bile prav tako trditve, povezane z implementacijo visokošolsko izobraženih medicinskih sester na sekundarni ravni zdravstvenega sistema v Sloveniji ocenjene najnižje.

Različni avtorji povezujejo pozitivnejši odnos do DPP s stopnjo izobrazbe medicinskih sester (Koehn & Lehman, 2008; Brown, et al., 2009; Majid, et al., 2011). Hart in sodelavci (2008) ugotavljajo, da se diplomiranim medicinskim sestram koncept raziskovanja in uporabe DPP zdi zastrašujoč, kot glavni razlog pa navajajo pomanjkanje izobraževanja iz DPP in raziskovanja na dodiplomskem študiju. Watkins (2011) je raziskoval vpliv magistrske izobrazbe, kjer ugotavlja, da je magistrska izobrazba medicinskih sester pozitivno povezana z uporabo dokazov, pridobljenih iz raziskav, kar povezuje prav z obsežnejšim izobraževanjem iz raziskovanja in DPP v podiplomskem izobraževanju. V raziskavi ugotavljamo, da se z višanjem stopnje izobrazbe medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu izboljšuje odnos do DPP. Tako imajo v naši raziskavi magistri zdravstvene nege boljši odnos do DPP, tako pri seštevku vseh treh faktorjev odnosa do DPP kot pri vseh posameznih faktorjih. Pri faktorju Znanje o uporabi DPP se s trditvami pri omenjenem faktorju najbolj strinjajo anketiranci z magistrsko izobrazbo, najvišje ocenjen faktor v raziskavi je bil prav Odnos do DPP, kjer je bila povprečna vrednost trditev anketirancev z magistrsko izobrazbo višja v primerjavi z diplomiranimi medicinskimi sestrami in višjimi medicinskimi sestrami. V raziskavi ugotavljamo, da se z večanjem izobrazbe zaposlenih v zdravstveni negi izboljšuje odnos do DPP. Ugotovitve naše raziskave se skladajo z ugotovitvami raziskave Skela Savič in sodelavci (2016), kjer so prav tako pri vseh faktorjih, povezanih z odnosom do DPP, ugotavljali pozitivnejši odnos magistrstov zdravstvene nege do DPP. Kako pomembna je stopnja izobrazbe, ugotavljajo tudi AbuRuz in sodelavci (2017), kjer so anketiranci z magistrsko izobrazbo imeli pozitivnejši odnos do DPP kot diplomirane medicinske sestre, kar povezujejo z znanji raziskovanja, uporabe DPP in njenih korakov implementacije v klinično okolje, ki ga magistri zdravstvene nege pridobijo v času magistrskega izobraževanja. Berland in sodelavci (2012) razliko med magistri zdravstvene nege in diplomiranimi medicinskimi sestrami na primarni ravni vidijo predvsem v uporabi znanj, saj diplomirane medicinske sestre najpogosteje uporabljajo znanje, pridobljeno iz lastnih izkušenj, in znanje, pridobljeno iz izkušenj sodelavcev, redko pa v klinični praksi uporabijo znanje, ki temelji na dokazih.

Čeprav raziskave načeloma potrjuje pozitiven odnos do DPP, pa je implementacija dokazov v klinično okolje zaradi pomanjkanja znanja, spretnosti in kompetenc redka,

saj v vseh nivojih zdravstvenega varstva pri visoko izobraženih medicinskih sestrah v največji meri prevladuje uporaba znanja, pridobljenega iz lastnih izkušenj in lastnih opazovanj (Melnyk, et al., 2008; Wallen, et al., 2010; Levin, et al., 2011; Stokke, et al., 2014; Skela Savič, et al., 2016). Ta ugotovitev se sklada z ugotovitvami v naši raziskavi, kjer kljub pozitivnemu odnosu visokošolsko izobraženih medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu do DPP uporaba dokazov v kliničnih okoljih ostaja redka. Pri pregledu posameznih trditev, povezanih z implementacijo DPP, ugotavljamo, da anketiranci najpogosteje zbirajo podatke o pacientih, uporabijo nacionalne smernice in berejo znanstvene članke. Bistveno nižje pa so ocene pri posameznih korakih implementacije DPP. Težave se pojavljajo predvsem pri razumevanju in oblikovanju konceptualnega okvira PICO, kjer je bila pogostost uporabe ocenjena najnižje. Vendar je pogostost uporabe korakov implementacije DPP malenkost višja v primerjavi z visokošolsko izobraženimi medicinskimi sestrami, zaposlenimi v sekundarnem zdravstvenem varstvu (Skela Savič, et al., 2016). Podobno kot v naši raziskavi težave predstavlja kritično ocenjevanje dokazov, pridobljenih iz raziskav in uporaba dokazov raziskav za spremembo lastne klinične prakse (Skela Savič, et al., 2016). Da se z ovirami, kot so pomanjkanje znanja implementacije dokazov v klinično okolje, srečuje večina visokošolsko izobraženih medicinskih sester, ugotavljajo Dalheim in sodelavci (2012), med 407 medicinskimi sestrami v norveških univerzitetnih bolnišnicah, kjer so anketiranci med najpogostejše ovire pri implementaciji DPP v klinična okolja prav tako navajali težave pri oblikovanju konceptualnega okvirja PICO in kritičnega ocenjevanja dokazov za uporabo in spreminjanje trenutne klinične prakse. Avtorji opozarjajo na pomembnost uvajanja kompetenc za iskanje in uporabo dokazov za spreminjanje klinične prakse medicinskih sester (Foo, et al., 2011; Mokhtar, et al., 2012). Z uvajanjem in gradnjo kompetenc DPP, predvsem pa s poudarkom na višanju akademske izobrazbe medicinskih sester je mogoče izboljšati pogostost implementacije DPP (Köpke, et al., 2013). Mehrdad in sodelavci (2012) pogostejšo uporabo DPP povezujejo z akademsko izobrazbo medicinskih sester. Pri pogostosti uporabe DPP ugotavljamo, da se pri seštevku vseh treh faktorjev s trditvami, povezanimi s pogostostjo uporabe DPP, najbolj strinjajo magistri zdravstvene nege, sledijo jim anketiranci z višjo izobrazbo in anketiranci z visoko izobrazbo. Pri posameznih primerjavah se zaposleni z magistrsko izobrazbo razlikujejo tako od anketirancev z visoko kot višjo izobrazbo, medtem ko se

med anketiranci z visoko in višjo izobrazbo razlike ne pojavljajo. Rezultati naše raziskave potrjujejo ugotovitev različnih avtorjev, ki podiplomsko in akademsko izobraževanje medicinskih sester vidijo kot najboljšo rešitev, ki bi pripomogla k pogostejši uporabi DPP v kliničnih okoljih (Boström, et al., 2013; Weng, et al., 2015). Avtorji v tujih zdravstvenih sistemih vidijo visokošolsko izobražene medicinske sestre s specialnimi znanji DPP, magistrsko in doktorsko izobrazbo kot mentorje DPP visokošolsko izobraženim medicinskim sestram, ki bi s svojim znanjem raziskovanja in implementacijo DPP omogočile prenos znanja za uporabo dokazov v klinični praksi (Squires, et al., 2011; Gerrish, et al., 2012; Friesen, et al., 2017).

Mehrdad in sodelavci (2012) v sekundarnem zdravstvenem varstvu ugotavljajo, da je pozitivnejši odnos do DPP povezan z daljšo delovno dobo visokošolsko izobraženih medicinskih sester (Weng, et al., 2015). V raziskavi ugotavljamo, da je delovna doba pri faktorjih pri sklopu odnosa do DPP povezana le pri faktorju Pozitivna prepričanja o DPP, medtem ko pri faktorjih Znanje o uporabi DPP in Implementacija DPP povezave z delovno dobo anketirancev ne ugotavljamo, kar potrjujejo Weng in sodelavci (2015), ki v raziskavi med 2028 medicinskimi sestrami ugotavljajo, da je odnos do DPP pozitivno povezan z delovno dobo, medtem ko pri implementaciji DPP povezave z delovno dobo medicinskih sester ne ugotavljajo, kar povezujejo predvsem s pomanjkanjem izobraževanj o znanjih raziskovanja in uporabe dokazov v dodiplomskem študiju medicinskih sester. V primerjavi z visokošolsko izobraženimi medicinskimi sestrami na sekundarni ravni zdravstvenega varstva, kjer Skela Savič in sodelavci (2016) prav tako ugotavljajo povezanost odnosa do DPP z delovno dobo le pri trditvah, ki se nanašajo na pozitivna prepričanja o DPP. Medicinske sestre z daljšo delovno dobo imajo pozitivnejši odnos do raziskovanja, večji prispevek k raziskovalni dejavnosti, pogosteje se vključujejo v izobraževanje študentov in novo zaposlenih sodelavcev, kar vpliva na njihov odnos do DPP (Wallen, et al., 2010; Squires, et al., 2011; Farokhzadian, et al., 2015).

Izobraževanje je sestavni vidik DPP, ki poglobi znanje, izboljša odnos in spretnosti medicinskih sester za implementacijo DPP (Prior, et al., 2010). Berland in sodelavci (2012) ugotavljajo, da večina visokošolsko izobraženih medicinskih sester v primarnem

zdravstvenem varstvu uporablja znanje, pridobljeno iz lastnih izkušenj, znanje, pridobljeno iz izkušenj sodelavcev, in znanje, pridobljeno v dodiplomskem izobraževanju, redko pa uporabljajo znanje, pridobljeno iz raziskav, kljub zavedanju, da bi uporaba znanstvenih dokazov izboljšala kakovost obravnave pacientov. Med najpogostejše ovire pa visokošolsko izobražene medicinske sester navajajo prav pomanjkanje izobraževanj iz področja DPP in raziskovanja, ki bo olajšalo implementacijo dokazov v klinično prakso (Shafiei, et al., 2014).

Ammouri in sodelavci (2014) med več kot štiristo medicinskimi sestrami ugotavljajo, da je dolžina delovne dobe medicinskih sester povezana s pogostostjo uporabe DPP v kliničnih okoljih. Izkušenejše medicinske sestre izpostavljajo lažje premagovanje ovir pri implementaciji DPP zaradi obsega dodatnega znanja, ki so ga pridobile v svoji profesionalni karieri. Ferguson in Day (2007) ugotavljata, da medicinske sestre s krajšo delovno dobo redkeje uporabljajo DPP prav zaradi omejenega praktičnega znanja in pomanjkanja kliničnih izkušenj, medtem ko Majid in sodelavci (2011) ugotavljajo, da je povezanost med delovno dobo in pogostostjo uporabe DPP šibka, kar potrjuje tudi naša raziskava, v kateri ugotavljamo šibko povezanost delovne dobe anketirancev in pogostost uporabe DPP. Pri vseh treh faktorjih prihaja do korelacijskih značilnosti, pri faktorju Uporaba dokazov v kliničnem okolju, faktorju Deljenje dokazov v kliničnem okolju in faktorju Iskanja, združevanje in ocenjevanje dokazov. V primerjavi z visokošolsko izobraženimi medicinskimi sestrami na sekundarnem zdravstvenem varstvu, kjer Skela Savič in sodelavci (2016) povezave med pogostostjo uporabe DPP in delovne dobe anketirancev ne ugotavljajo.

V raziskavi tako ugotavljamo, da so visokošolsko izobražene medicinske sestre v primarnem zdravstvenem varstvu, ki so se v zadnjih petih letih izobraževale s področja raziskovanja, imele pozitivnejši odnos do DPP. Pri posameznih faktorjih Znanje o uporabi DPP, Pozitivna prepričanja o DPP in Implementacija DPP, ki so v naši raziskavi predstavljali sklop odnosa do DPP, se s trditvami bolj strinjajo anketiranci, ki so se v zadnjih petih letih izobraževali na področju raziskovanja v zdravstveni negi. Ugotovitve naše raziskave potrjujejo tako raziskave na primarni ravni Levina in sodelavci (2011), ki so v svojem eksperimentu ugotavljali pozitivnejši odnos do DPP

med anketiranci, ki so se izobraževali iz Clinical practice through close Collaboration (ARCC) modela DPP, kot v sekundarnem zdravstvenem varstvu, kjer ugotavljajo močno povezanost med izobraževanjem iz raziskovanja in odnosom medicinskih sester do DPP (Majid, et al., 2011; Foo, et al., 2011; Yoder, et al., 2014; Skela Savič, et al., 2016). Kako pomembno je izobraževanje s področja raziskovanja, ugotavljajo Heydari in Emami Zeydi (2014), saj je večina anketirancev poročala o nizkem znanju in spretnostih raziskovanja v zdravstveni negi, ki se je odražalo na redki uporabi DPP v kliničnih okoljih. Kako velik je primanjkljaj izobraževanj raziskovanja v zdravstveni negi, ugotavljajo tudi Farokhzadian in sodelavci (2015), saj so medicinske sestre kot največjo oviro pri uporabi DPP v klinični praksi najpogosteje navedle prav nepoznavanje raziskovanja in izpostavile pomanjkanje znanja pri iskanju, vrednotenju ter implementacijo dokazov v klinično prakso. V raziskavi ugotavljamo, da anketiranci, ki so se v zadnjih petih letih izobraževali iz raziskovanja v zdravstveni negi, pogosteje uporabljajo DPP pri skupni povprečni oceni vseh treh faktorjev. Pri posameznih faktorjih anketiranci pogosteje uporabljajo DPP, tako pri faktorju Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov, Uporaba dokazov v kliničnem okolju kot faktorju Deljenje dokazov v kliničnem okolju. Millis in sodelavci (2009) so pri znanju implementacije DPP v zdravstveni negi opredelili faktorje znanja o DPP: spretnost pregledovanja dokazov, ovire pri iskanju in ocenjevanju dokazov ter ovire pri interpretiranju dokazov. Pri sklopu trditev, povezanih z odnosom do DPP, v raziskavi ugotavljamo povezanost višje samoocene znanja o raziskovanju visokošolsko izobraženih medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu pri faktorjih Znanje o uporabi DPP, Pozitivna prepričanja o DPP in faktorju Implementacija DPP. Pri faktorjih, povezanih z Implementacijo DPP, in samooceno znanja o raziskovanju visokošolsko izobraženih medicinskih sester, v naši raziskavi ugotavljamo regresijsko povezanost pri faktorju Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov, Uporaba dokazov v kliničnem okolju in faktorju Deljenje dokazov v kliničnem okolju.

Filippini in sodelavci (2011) ugotavljajo, da so medicinske sestre spremenile svoj odnos do DPP, če so se v zadnjem letu udeležile izobraževanja o DPP. V večji raziskavi Köpke in sodelavci (2013) med več kot tisoč medicinskimi sestrami ugotavljajo, da je bil odnos do DPP pri anketirancih povezan z izobraževanjem o DPP, medicinske sester,

ki so se izobraževale in bile pripravljene investirati lastna finančna sredstva za izobraževanja iz DPP, so imeli pozitivnejši odnos do DPP. V raziskavi ugotavljamo, da so anketiranci, ki so se izobraževali s področja DPP, imeli pozitivnejši odnos do DPP pri skupni povprečni oceni vseh treh faktorjev. Pri posameznih faktorjih Znanje o uporabi DPP, pozitivna prepričanja o DPP in Implementacija DPP se s trditvami bolj strinjajo anketiranci, ki so se v zadnjih petih letih izobraževali iz DPP. Ugotovitve v naši raziskavi se skladajo z ugotovitvami Skele Savič in sodelavci (2016), kjer prav tako ugotavljajo, da je izobraževanja iz DPP povezano z odnosom do DPP visokošolsko izobraženih medicinskih sester na sekundarni ravni zdravstvenega varstva v Sloveniji.

Izobraževanje iz DPP je močno povezano s pogostostjo uporabe DPP v kliničnih okoljih. Izobraževanje je tako sestavni vidik DPP, ki poglobi znanje in izboljša spretnosti medicinskih sester za implementacijo DPP (Prior, et al., 2010). V raziskavi ugotavljamo, da anketiranci, ki so se izobraževali iz DPP, pogosteje uporabljajo DPP v klinični praksi. Razlike med anketiranci, ki so se izobraževali iz področja DPP, in tistimi, ki se niso izobraževali, se pojavljajo pri faktorju Iskanje, združevanje in ocenjevanje, pri faktorju Uporaba dokazov v kliničnem okolju in pri faktorju Deljenje dokazov v kliničnem okolju. Naša raziskava na primarni ravni zdravstvenega varstva se sklada z raziskavo Skele Savič in sodelavci (2016) na sekundarni ravni, v kateri prav tako ugotavljajo povezanost uporabe DPP v kliničnih okoljih z izobraževanjem iz vsebin DPP visokošolsko izobraženih medicinskih sester v Sloveniji. Pri izobraževanju iz etike in uporabo DPP v kliničnih okoljih ugotavljamo, da anketiranci, ki so se izobraževali s področja etike, pogosteje uporabljajo DPP pri vseh treh faktorjev. Pri sklopu trditev, povezanih z odnosom do DPP, v raziskavi ugotavljamo povezanost višje samoocene znanja o DPP in odnosom do DPP visokošolsko izobraženih medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu pri faktorjih Znanje o uporabi DPP, Pozitivna prepričanja o DPP in faktorju Implementacija DPP. Pri faktorjih, povezanih z Implementacijo DPP in samooceno znanja o DPP visokošolsko izobraženih medicinskih sester, v naši raziskavi ugotavljamo regresijsko povezanost pri faktorjih Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov konstanta, Uporaba dokazov v kliničnem okolju in Deljenje dokazov v kliničnem.

V raziskavi ugotavljamo, da so anketiranci, ki so se izobraževali s področja etike v zdravstveni negi, imeli pozitivnejši odnos do DPP pri skupni povprečni oceni vseh treh faktorjev. Pri posameznih faktorjih, Znanje o uporabi DPP, Pozitivna prepričanja o DPP in Implementacija DPP se s trditvami bolj strinjajo anketiranci, ki so se v zadnjih petih letih izobraževali s področja etike v zdravstveni negi. Statistično pomembne razlike med anketiranci, ki so se izobraževali s področja etike v zdravstveni negi, in tistimi, ki se niso izobraževali, se pojavljajo pri faktorju Znanje o uporabi DPP. Kako pomembno je izobraževanje iz vsebin mentorstva, ugotavljajo Foo in sodelavci (2011), ki mentorje z ustrezno izobrazbo iz DPP vidijo kot osnovni pogoj za izboljšanje odnosa in uporabe DPP v kliničnih okoljih. V raziskavi ugotavljamo, da imajo anketiranci, ki so se izobraževali s področja vsebin mentorstva študentom zdravstvene nege, pozitivnejši odnos do DPP pri skupni povprečni oceni vseh treh faktorjev. Pri posameznih faktorjih Znanje o uporabi DPP, Pozitivna prepričanja o DPP in Implementacija DPP se s trditvami bolj strinjajo anketiranci, ki so se v zadnjih petih letih izobraževali s področja vsebin mentorstva študentom zdravstvene nege. Statistično pomembne razlike med anketiranci, ki so se izobraževali s področja vsebin mentorstva študentom zdravstvene nege, in tistimi, ki se niso izobraževali, se pojavljajo pri faktorju Znanje o uporabi DPP.

Medicinske sestre na vodstvenih funkcijah so ključni akterji za zagotavljanje delovnega okolja, ki spodbuja uporabo in implementacijo dokazov v klinična okolja (González Torrente, et al., 2012). Sandström in sodelavci (2011) v svojem sistematičnem pregledu literature ugotavljajo, da so vodje, ki so pri svojem delu vzorniki in podporniki DPP, ki organizirajo, spodbujajo inovativnost in uporabo dokazov v kliničnih okoljih, ključni pri uspešnem spreminjanju znanja in implementaciji DPP. Stetler in sodelavci (2014) v svoji kvalitativni raziskavi opišejo vedenje vodij v zdravstveni negi za izboljšanje odnosa in uporabe DPP. Za uspešno implementacijo DPP morajo vodje biti sposobni strateškega načrtovanja, funkcionalnega vedenja in spodbujanja razmišljanja in komuniciranja, z omenjenimi vedenji omogočajo podporno okolje, ki omogoča uspešnejšo implementacijo DPP. Vodje v zdravstveni negi lahko vplivajo na izvajanje in uporabo DPP v kliničnih okoljih s spreminjanjem strukturnih in dinamičnih kontekstnih dejavnikov, kot so na primer vključevanje zaposlenih v proces implementacije DPP, kot vodje motivirajo zaposlene za uporabo DPP in s svojo

položajno močjo omogočajo implementacijo kompetenc DPP v klinična okolja (Kueny, et al., 2015). In čeprav avtorji poudarjajo povezanost vodstvenih položajev v zdravstveni negi s pogostostjo uporabe DPP, Wong in sodelavci (2013) ugotavljajo pomanjkanje raziskav, ki vključujejo vpliv vodenja v zdravstveni negi in vpliv implementacije DPP, ki vplivajo na izide zdravljenja pacientov. Medicinske sestre z vodstvenimi funkcijami vplivajo na izide pacientovega zdravljenja z omogočanjem okolja, ki je podporno in stabilno (Cummings, et al., 2010; Warshawsky & Havens, 2014), vendar avtorji opozarjajo, da ni raziskav, ki bi potrjevale vpliv vodstvenih kompetenc pri spodbujanju DPP-okolja in povezanosti z ugodnejšimi izidi zdravljenja pacientov. V naši raziskavi ne ugotavljamo statistično pomembnih razlik med vodstvenimi funkcijami in odnosom do DPP. Pri odnosu do DPP v primerjavi glede na vodstveno funkcijo se z omenjenimi trditvami najbolj strinjajo timske medicinske sestre, pri posameznih faktorjih se s trditvami, povezanimi z znanjem o uporabi DPP najbolj strinjajo timske medicinske sestre, pri faktorju Pozitivna prepričanja o DPP anketiranci na vodilnih mestih v organizaciji, in pri faktorju Implementacija DPP timske medicinske sestre. Pri sklopu Implementacije DPP glede na vodstvene funkcije o statistično pomembnih razlikah med vodstvenimi funkcijami in pogostostjo uporabe DPP ne moremo govoriti. Ugotavljamo pa, da timske medicinske sester pogosteje uporabljajo iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov, medtem ko visokošolske izobražene medicinske sestre na vodilnih položajih v primarnem varstvu pogosteje uporabljajo dokaze v kliničnem okolju in pogosteje delijo dokaze v kliničnih.

Medicinske sestre bi morale svoje odločitve sprejeti na podlagi najboljših dokazov iz strokovne literature. Čeprav uporaba svetovnega spleta omogoča prosto dostopnost do informacijskih virov, kakovost omenjenih informacij ni znana, kar se kaže predvsem v razkoraku zanesljivosti dokazov med iskanju dokazov na različnih iskalnikih v primerjavi z iskanjem na verodostojnih podatkovnih bazah (Devine & Egger-Sider, 2009). Dostopnost do podatkovnih baz je ključnega pomena za raziskovanje v kliničnih okoljih, dostopnost do podatkovnih baz izboljša odnos in pogostost uporabe DPP. Najpogostejšo oviro medicinskim sestram predstavlja omejen dostop do podatkovnih baz (AbuRuz, et al., 2017). V raziskavi ugotavljamo, da ima od 221 anketirancev 86 anketirancev prost dostop do podatkovnih baz na delovnem mestu. V primerjavi naše

raziskave, kjer ima dostop do podatkovnih baz na delovnem mestu 38 % anketirancev, je v raziskavi Gilmour in sodelavci (2016) med več kot šeststo medicinskimi sestrami v primarnem zdravstvenem varstvu na Novi Zelandiji ta odstotek precej višji, saj je prost dostop do podatkovnih baz imelo 84,5 % anketirancev. Anketiranci, ki imajo prost dostop do podatkovnih baz na delovnem mestu, imajo pozitivnejši odnos do DPP pri skupni povprečni oceni vseh treh faktorjev, pri posameznih faktorjih Znanje o uporabi DPP, Pozitivna prepričanja o DPP in Implementacija DPP. Anketiranci, ki imajo prost dostop do podatkovnih baz na delovnem mestu, pogosteje uporabljajo DPP pri faktorjih Iskanje, združevanje in ocenjevanje dokazov, Uporaba dokazov v kliničnem okolju in Deljenje dokazov v kliničnem okolju. Farokhzadian in sodelavci (2015) ugotavljajo, da je dostopnost do podatkovnih baz na delovnem mestu z ustrezno edukacijo medicinskih sester o iskanju, kritičnem ocenjevanju in implementaciji dokazov v klinična okolja postaja eno izmed temeljnih znanj medicinskih sester.

Avtorji González Torrente in sodelavci (2012), ugotavljajo, da dobro počutje na delovnem mestu medicinskih sester vpliva na odnos in pogostost uporabe na DPP, pomembno bi bilo razmišljati o nujnosti ustvarjanja delovnega okolja v zdravstveni negi, ki bi podpiralo prenos znanja in spremembo organizacijske kulture, ki bi vključevala medicinske sestre pri organizacijskem in kliničnem odločanju, okolja, ki bi imelo aktivnejši in spodbudnejši odnos do raziskovanja na delovnem mestu. Delovno okolje v zdravstveni negi, ki spodbuja implementacijo inovacij v klinični praksi, je povezano s pozitivnejšimi organizacijskimi rezultati in zadovoljstvom tako za zaposlene kot paciente. Na razvoj pozitivne delovne klime in zadovoljstva na delovnem mestu vpliva menedžment s sistemskim in kontinuiranim vodenjem organizacije, ki z vodji v zdravstveni negi spodbuja raziskovanje in uporabo dokazov v kliničnih okoljih (Aarons, et al., 2012). Pri sklopu trditev, povezanih z Odnosom do DPP v raziskavi, ugotavljamo povezanost z višjo samooceno zadovoljstva na delovnem mestu in odnosom do DPP visokošolsko izobraženih medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu pri faktorjih Znanje o uporabi DPP, Pozitivna prepričanja o DPP in faktorju Implementacija DPP. Pri faktorjih povezanih z Implementacijo DPP in samooceno zadovoljstva na delovnem mestu visokošolsko izobraženih medicinskih sester v naši raziskavi ugotavljamo regresijsko povezanost pri faktorju Iskanje, združevanje in ocenjevanje

dokazov konstanta, medtem ko pri faktorjih Uporaba dokazov v kliničnem okolju in Deljenje dokazov v kliničnem okolju o povezanosti z zadovoljstvom na delovnem mestu ne moremo govoriti.

3.5.1 Omejitve raziskave

Kljub velikemu vzorcu anketirancev, dana je bila možnost sodelovanje vsem medicinskim sestram v 29 zdravstvenih domovih, je bila stopnja odziva nizka, kar je vplivalo na neuravnotežen vzorec raziskave. Možno je, da so bili anketiranci, ki so sodelovali v raziskavi, bolj usmerjeni v DPP, zato je potrebno biti pri posploševanju ugotovitev previden. Na slab odziv anketirancev je po našem mnenju vplivala tudi elektronska oblika anketiranja, ki se je zaradi slabega odziva anketirancev časovno podaljšala in je zaradi velikega vzorca sodelujočih zdravstvenih organizacij predstavljala velik organizacijski zalogaj.

4 ZAKLJUČEK

DPP omogoča medicinskim sestram zagotavljati kakovostno oskrbo, ki temelji na najboljših dokazih in omogoča spreminjanje klinične prakse, ki temelji na tradiciji, mitih in zastarelih politikah. V hitro razvijajočem se okolju je razvijanje znanja in spretnosti raziskovanja in DPP ključnega pomena, saj trenutni izzivi v zdravstvenem varstvu zahtevajo učinkovitost zdravstvenih sistemov v katerem ima ključno vlogo primarno zdravstveno varstvo.

Raziskava je prispevek k razumevanju odnosa in pogostosti uporabe DPP v primarnem zdravstvenem varstvu. Ugotovitve naše raziskave potrjuje pozitiven odnos visokošolsko izobraženih medicinskih sester do DPP v primarnem zdravstvenem varstvu. V raziskavi ugotavljamo razkorak med odnosom do DPP in implementacijo v klinično prakso, ki se kaže v nerazumevanju korakov implementacije DPP. Ugotavljajmo pomembnost vpliva organizacijske kulture, vodstva organizacije, povečanja znanja, kompetenc in izobrazbene strukture, visokošolsko izobraženih medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu, ki bi olajšala premagovanje ovir za implementacijo na dokazih DPP.

Pri spreminjanju organizacijske kulture in spodbujanju raziskovanja in kritičnega mišljenja medicinskih sester, s katerim se izboljšujeta odnos in pogostost uporabe DPP, igrajo pomembno vlogo medicinske sestre na vodstvenih položajih. Vodjem v zdravstveni negi predlagamo oblikovanje organizacijske kulture, ki spodbuja DPP, oblikovanje politik organizacije, ki spodbuja raziskovanje v zdravstveni negi, z višanjem izobrazbene strukture medicinskih sester izobraziti kader, ki bi z znanji raziskovanja in DPP deloval kot mentor pri premagovanju ovir pri implementaciji DPP, zagotavljanje infrastrukture, ki omogoča dostop do IT-tehnologije in podatkovnih baz, oblikovanje skupin in tako imenovanih Journal klubov in nagrajevanje zaposlenih za uporabo DPP.

V raziskavi ugotavljamo, da imajo medicinske sestre z magistrsko izobrazbo pozitivnejši odnos v primerjavi z visokošolsko in višješolsko izobraženimi medicinskimi sestrami tako pri znanjih o uporabi DPP, odnosu do DPP in znanju o

implementaciji DPP. Prav tako zaposleni v primarnem zdravstvenem varstvu pogosteje iščejo, združujejo in kritično ocenjujejo dokaze in jih pogosteje implementirajo v klinična okolja. Glede na ugotovitve raziskave predlagamo spremembo kurikula v dodiplomske programe izobraževanja s področja zdravstvene nege, v katerih bi bilo več poudarka na izobraževanjih iz področja raziskovanja v zdravstveni negi in področja DPP. Pridobljena znanja s področja raziskovanja in DPP v dodiplomskem izobraževanju bi izboljšala odnos do DPP in izboljšala spretnosti pri implementaciji DPP. Treba bi bilo tudi sistematizirati delovno mesto in opredeliti kompetence zaposlenih v zdravstveni negi z magistrsko izobrazbo, ki bi svoja dodata znanja, raziskovanja in DPP, pridobljena na podiplomskem izobraževanju, lahko prenašali v klinična okolja kot mentorji DPP.

V raziskavi ugotavljamo povezanost med izobraževanji s področja raziskovanja v zdravstveni negi in DPP pri visokošolsko izobraženih medicinskih sestrah v primarnem zdravstvenem varstvu. Medicinske sestre, ki so se v zadnjih petih letih izobraževale na področju raziskovanja in DPP, imajo pozitivnejši odnos in pogosteje uporabljajo DPP v kliničnih okoljih. Delodajalcem svetujemo kontinuirano aktivno izobraževanje, ki je učinkovito in ima za posledico spreminjanje dosedanje klinične prakse. Pri načrtovanju izobraževanja medicinskih sester je treba ugotoviti primanjkljaj znanja, izvesti oceno potreb znanja, razviti načrt izobraževanja za posamezni oddelek ali enoto, poiskati razpoložljive vire, pridobiti podporo osebja in vodstva organizacij.

5 LITERATURA

Aarons, G.A., Green, A.E., Palinkas, L.A., Self Brown, S., Whitaker, D.J., Lutzker, J.R. & Chaffin, M.J., 2012. Dynamic adaptation process to implement an evidence-based child maltreatment intervention. *Implementation Science*, 7(32), pp. 1-9.

Aarons, G.A., Hurlburt, M. & Horwitz, S.M., 2011. Advancing a Conceptual Model of Evidence-Based Practice Implementation in Public Service Sectors. *Administration and Policy in Mental Health*, 38(1), pp. 4-23.

AbuRuz, M.E., Hayeah, H.A. & A-Dweik, G., 2017. Knowledge, Attitudes, and Practice about Evidence-Based Practice: A Jordanian Study. *Health Science Journal*, 2(11), pp. 1-8.

Ammouri, A.A., Raddaha, A.A., Dsouza, P., Geethakrishnan, R., Noronha, J.A., Obeidat, A.A. & Shakman, L., 2014. Evidence-Based Practice: knowledge, attitudes, practice and perceived barriers among nurses in Oman. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 14(4), pp. 537–545.

Backman, R., Bayliss, S., Moore, D. & Litchfield, I., 2017. Clinical reminder alert fatigue in healthcare: a systematic literature review protocol using qualitative evidence. *Systematic Reviews*, 6(1), p. 255.

Berland, A., Gundersen, D. & Bentsen, S.B., 2012. Evidence-based practice in primary care: an explorative study of nurse practitioners in Norway. *Nurse education in practice*, 12(6), pp. 361-365.

Black, A.T., Balneaves, L.G., Garossino, C., Puyat, J.H. & Qian, H., 2015. Promoting Evidence-Based Practice Through a Research Training Program for Point-of-Care Clinicians. *The Journal of Nursing Administration*, 45(1), pp. 14–20.

Boström, A.M., Rudman, A., Ehrenberg, A., Gustavsson, J.P. & Wallin, L., 2013. Factors associated with evidence-based practice among registered nurses in Sweden: a national cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 13(1), pp. 165.

Brown, C.E., Wickline, M.A., Ecoff, L. & Glaser, D., 2009. Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *International journal of advanced nursing studies*, 65(2), pp. 371-81.

Brueton, V., Tierney, J.F., Stenning, S. & Rait, G., 2017. Identifying additional studies for a systematic review of retention strategies in randomised controlled trials: making contact with trials units and trial methodologists. *Systematic Reviews*, 6(167), p. 167.

Ciliska, D., DiCenso, A., Melynk, B.M., Fineout Overholt, E., Stettler, C.B., Cullent, L., Larrabee, J.H., Schultz, A.A., Rycroft Malone, J., Newhouse, R. & Dang, D., 2011. Models to guide implementation of evidence-based practice. In: B.M. Melynk, ed. *Evidence-Based Practice in Nursing and Healthcare: A Guide to Best Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer, pp. 241-275.

Cummings, G.G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C.A., Lo, E., Muise, M. & Stafford, E., 2010. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 47(3), pp. 363-385.

Dalheim, A., Harthug, S., Nilsen, R.M., & Nortvedt, M.W., 2012. Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. *BMC Health Services Research*, 12(1), p. 367.

De Maeseneer, J. & Twagirumukiza, M., 2010. The contribution of primary health care to global health. *The British Journal of General Practice*, 60(581), pp. 875-876.

Devine, J. & Egger-Sider, F., 2009. *Going beyond Google*. New York: Neal-Schuman Publishers, Inc.

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.

Dogherty, E.J., Harrison, M.B., Graham, I.D., Vandyk, A.D. & Keeping-Burke, L., 2013. Turning Knowledge Into Action at the Point-of-Care: The Collective Experience

of Nurses Facilitating the Implementation of Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(3), 129-139.

Doody, O. & Doody, C.M., 2012. Transformational leadership in nursing practice. *The British journal of nursing*, 8-21(20), pp. 1212-1214.

Farokhzadian, J., Khajouei, R. & Ahmadian, L., 2015. Evaluating factors associated with implementing evidence-based practice in nursing. *Journal of evaluation in clinical practice*, 21(6), pp. 1107-1113.

Ferguson, L.M. & Day, R.A., 2007. Challenges for new nurses in evidence-based practice. *Journal of nursing management*, 15(1), pp. 107-113.

Filippini, A., Sessa, A., Di Giuseppe, G. & Angelillo, I.F., 2011. Evidence-based practice among nurses in Italy. *Evaluation & the health professions*, 34(3), pp. 371-382.

Fineout Overholt, E., O'Mathúna, D.P. & Kent, B., 2008. Teaching EBP: How systematic reviews can foster evidence-based clinical decisions: Part I. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(1), pp. 45-48.

Fineout Overholt, E., Williamson, K.M., Gallagher Ford, L., Melnyk, B.M. & Stillwell, S.B., 2011. Following the evidence: planning for sustainable change. *The American journal of nursing*, 111(1), pp. 54-60.

Foo, L.C., Allen, N.J., Bushong, E.A., Ventura, P.B., Chung, W.S., Zhou, L. & Barres, B.A., 2011. Development of a Novel Method for the Purification and Culture of Rodent Astrocytes. *Neuron*, 71(5), pp. 799-811.

Friesen, M.A., Brady, J.M., Milligan, R. & Christensen, P., 2017. Findings From a Pilot Study: Bringing Evidence-Based Practice to the Bedside. *Worldviews on evidence-based nursing*, 14(1), pp. 22-34.

Gallagher Ford, L., Buck, J. & Melnyk, B.M., 2014. Leadership strategies and evidence-based practice competencies to sustain a culture and environment that supports best practice. In: B.M. Melnyk & E. Fineout-Overholt, eds. *Evidence-based practice in*

nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer, pp. 235-247

Gaskin, C.J & Happell, B., 2014. On exploratory factor analysis: a review of recent evidence, an assessment of current practice, and recommendations for future use. *International journal of nursing studies*, 51(3), pp. 511-521.

Gawlinski, A. & Rutledge, D., 2008. Selecting a model for evidence-based practice changes: a practical approach. *AACN advanced critical care*, 19(3), pp. 291-300.

Gentizon, J., Borrero, P., Vincent-Suter, S., Ballabeni, P., Morin, D. & Eicher, M., 2016. Evidence based practice of nurses working in university hospitals in the French speaking part of Switzerland: a descriptive and correlational study. *Recherche en soins infirmiers*, 127(4), pp. 28-42.

Gerrish, K., Nolan, M., McDonnell, A., Tod, A., Kirshbaum, M. & Guillaume, L., 2012. Factors influencing advanced practice nurses' ability to promote evidence-based practice among frontline nurses. *Worldviews on evidence-based nursing*, 9(1), pp. 30-9.

Gilmour, J., Strong, A., Chan, H., Hanna, S. & Huntington, A., 2016. Primary health-care nurses and Internet health information-seeking: Access, barriers and quality checks. *International journal of nursing practice*, 22(1), pp. 53-60.

Giomuso, C.B., Jones, L.M., Long, D., Chandler, T., Kresevic, D., Pulphus, D. & Williams, T., 2014. A Successful Approach to Implementing EvidenceBased Practice. *Med-Surg Matters*, 23(4), pp. 4-9.

González Torrente, S., Pericas-Beltrán, J., Bennasar-Veny, M., 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(1), pp. 227.

Gordon, M., Bartruff, L., Gordon, S., Lofgren, M. & Widness, J.A., 2008. How fast is too fast? A practice change in umbilical arterial catheter blood sampling using the Iowa model for evidence-based practice. *Advances in Neonatal Care*, 8(4), pp. 198-207.

Guyatt, G., Rennie, D., Meade, M.O. & Cook, D.J., 2008. Users' guide to the medical literature: *A manual for evidence-based clinical practice*. 2nd ed. New York: McGraw Hill.

Hack, T.F., Ruether, J.D., Weir, L.M., Grenier, D. & Degner, L.F., 2011. Study protocol: addressing evidence and context to facilitate transfer and uptake of consultation recording use in oncology: a knowledge translation implementation study. *Implementation Science*, 6(20), p. 20.

Hart, P., Eaton, L., Buckner, M., Morrow, B.N., Barrett, D.T, Fraser, D.D., Hooks, D. & Sharrer, R.L., 2008. Effectiveness of a computer-based educational program on nurses' knowledge, attitude, and skill level related to evidence-based practice. *Worldviews on evidence-based nursing*, 5(2), pp. 75-84.

Hermes, B. & Lee, K., 2009. Suicide risk assessment: 6 steps to a better instrument. *Journal of Psychosocial Nursing*, 47(6), pp. 44–49.

Heydari, A. & Emami Zeydi, A., 2014. Barriers to and Facilitators of Research Utilization among Iranian Nurses: a Literature Review. *Journal of Caring Sciences*, 3(4), pp. 265–275.

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.

Hunt, D., 2012. QSEN competencies: A bridge to practice. *Lippincott Williams & Wilkins, Inc*, 10(5), pp. 1-3.

Ilic, D., 2009. Assessing competency in evidence based practice: Strengths and limitations of current tools in practice. *BMC Medical Education*, 53(9), pp. 1-5.

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

Jia, P., Zhang, L., Chen, J., Zhao, P. & Zhang, M., 2016. The Effects of Clinical Decision Support Systems on Medication Safety: An Overview. *PLoS ONE*, 11(12), e0167683.

Kassouf, A., Jouan-Rimbaud Bouveresse, D. & Rutledge, D.N., 2018. Determination of the optimal number of components in independent components analysis. *Talanta*, 1(179), pp. 538-545.

Khammarnia, M., Haj Mohammadi, M., Amani, Z., Rezaeian, S. & Setoodehzadeh, F., 2015. Barriers to Implementation of Evidence Based Practice in Zahedan Teaching Hospitals, Iran, 2014. *Nursing Research and Practice*, 12(1), e357140.

Kim, S.C., Brown, C.E., Ecoff, L., Davidson, J.E., Gallo, A.M. & Klimpel, K., 2013. Regional evidence-based practice fellowship program: impact on evidence-based practice implementation and barriers. *Clinical nursing research*, 22(1), pp. 51-69.

Kirkpatrick, P; Wilson, E. & Wimpenny, P., 2012. Research to support evidence-based practice in COPD community nursing. *British Journal of Community Nursing*, 17(10), pp. 486-492.

Koehn, M.L. & Lehman, K., 2008. Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. *Journal of advanced nursing*, 62(2), pp. 209-215.

Köpke, S., Koch, F., Behncke, A. & Balzer, K., 2013. German hospital nurses' attitudes concerning evidence-based nursing practice. *Pflege*, 26(3), pp. 163-175.

Kowal, C.D., 2010. Implementing the critical care pain observation tool using the Iowa model. *Journal of New York State Nurses Association*, 41(1), pp. 4-10.

Kring, D.L., 2008. Practice domains and evidence-based practice competencies: a matrix of influence. *Clinical Nurse Specialist*, 22(4), pp. 179-183.

Kueny, A., Shever, L.L., Lehan Mackin, M. & Titler, M. G., 2015. Facilitating the implementation of evidence- based practice through contextual support and nursing leadership. *Journal of Healthcare Leadership*, 7(1), pp. 29–39.

Lefebvre, C., Glanville, J., Wieland, L.S., Coles, B. & Weightman, A.L., 2013. Methodological developments in searching for studies for systematic reviews: past, present and future? *Systematic Reviews*, 4(2), p. 78.

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.

Majid, S., Foo, S., Luyt, B., Zhang, X., Theng, Y.L. & Chang, Y.K., 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.

Mallion, J. & Brooke J., 2016. Community- and hospital-based nurses' implementation of evidence-based practice: are there any differences? *British journal of community nursing*, 21(3), pp. 148-154.

Mashiach Eizenberg, M., 2011. Implementation of evidence-based nursing practice: nurses' personal and professional factors? *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), pp. 33-42.

Matthew-Maich, N., Ploeg, J., Dobbins, M. & Jack, S., 2013. Supporting the uptake of nursing guidelines: what you really need to know to move nursing guidelines into practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(1), pp. 104-115.

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.

McKillop, A., Crisp, J. & Walsh, K., 2011. Barriers and enablers to implementation of a New Zealand-wide guidelines for assessment and management of cardiovascular risk in primary health care: a template analysis. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 9(3), pp. 159-171.

Mehrdad, N., Joolae, S., Joulae, A. & Bahrani, N., 2012. Nursing faculties' knowledge and attitude on evidence-based practice. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(7), pp. 506-511.

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

Melnyk, B.M. & Fineout Overholt, E., 2011 *Evidence-Based Practice in Nursing and Healthcare: A Guide to Best Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Melnyk, B.M. & Morrison-Beedy, D., 2012. Setting the stage for intervention research: the "so what," "what exists" and "what's next" factors. In: B.M. Melnyk & D. Morrison-Beedy, eds. *Designing, Conducting, Analyzing and Funding Intervention Research. A Practical Guide for Success*. New York: Springer Publishing, pp. 1-9.

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., Fineout-Overholt, E., Feinstein, N.F., Sadler, L.S. & Green-Hernandez, C., 2008. Nurse practitioner educators' perceived knowledge, beliefs, and teaching strategies regarding evidence-based practice: implications for accelerating the integration of evidence-based practice into graduate programs. *Journal of professional nursing*, 24(1), pp. 7-13.

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.

Mick, J., 2017. Call to action: How to implement evidence-based nursing practice. *Nursing*, 47(4), pp. 36-43.

Middlebrooks, R., Carter Templeton, H., Mund, A.R., 2016. Effect of Evidence-Based Practice Programs on Individual Barriers of Workforce Nurses: An Integrative Review *J. Journal of continuing education in nursing*, 47(9), pp. 398-406.

Mills, J., Field, J. & Cant, R., 2009. The place of knowledge and evidence in the context of Australian general practice nursing. *Worldviews on evidence-based nursing*, 6(4). pp. 219-228.

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.

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.

Mokhtar, I.A., Majid, S., Foo, S., Zhang, X., Theng, Y.L., Chang, Y.K. & Luyt, B., 2012. Evidence-based practice and related information literacy skills of nurses in Singapore: an exploratory case study. *Health informatics journal*, 18(1), pp. 12-25.

Nguyen, T.N. & Wilson, A., 2016. Knowledge, skills, and attitudes to implementing best practice in hospitals in Central Vietnam. *International journal of evidence-based healthcare*, 14(4), pp. 142-149.

Pallant, J., 2010. *SPSS Survival Manual. A Step by Step Guide to Data Analysis using SPSS*. 4th ed. New York: Open University Press, McGraw Hill.

Pericas Beltran, J., Gonzalez Torrente, S.M, De Pedro-Gomez, J., Morales-Asencio, J.M. & Bennasar-Veny, M., 2014, Perception of Spanish primary healthcare nurses about evidence-based clinical practice: a qualitative study. *International nursing review*, 61(1), pp. 90-98.

- Plath, D., 2013. Organizational Processes Supporting Evidence-Based Practice. *Administration in Social Work*, 37(2), pp. 171-188.
- Polit, D.F. & Beck, T.C., 2008. *Nursing research: principles and methods*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Price, D.W., Wagner, D.P., Krane, N.K., Rougas, S.C., Lowitt, N. R., Offodile, R.S., Easdown, L.J., Andrews, M.A., Kodner, C.M., Lypson, M. & Barnes, B.E., 2015. What are the implications of implementation science for medical education?. *Medical education online*, 20, 27003. doi:10.3402/meo.v20.27003
- Prior, P., Wilkinson, J. & Neville, S., 2010. Practice nurse use of evidence in clinical practice: a descriptive survey. *Nursing praxis in New Zealand inc*, 1(2), pp. 14-25.
- Purdy, I.B. & Melwak, M.A., 2009. Implementing evidence-based practice: a mantra for clinical change. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 23(3), pp. 263-269.
- Rios, L.P., Ye, C. & Thabane, L., 2010. Association between framing of the research question using the PICOT format and reporting quality of randomized controlled trials. *BMC Medical Research Methodology*, 10(11), p. 11.
- 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.
- Rokstad, A.M., Vatne, S., Engedal, K. & Selbæk, G., 2015. The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes. *Journal of nursing management*, 23(1), pp. 15-26.
- Romp, C.R. & Kiehl, E., 2009. Applying the Stetler model of research utilization in staff development: revitalizing a preceptor program. *Journal for Nurses in Staff Development*, 25(6), pp. 278-284.
- Rycroft-Malone, J., 2008. Evidence-informed practice: from individual to context. *Journal of nursing management*, 16(4), pp. 404-408.

Sammer, C.E., Lykens, K., Singh, K.P., Mains, D.A. & Lackan, N.A., 2010. What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 42(2), pp. 156-65.

Sandström, B., Borglin, G., Nilsson, R. & Willman, A., 2011. Promoting the implementation of evidence-based practice: A literature review focusing on the role of nursing leadership. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8(4), pp. 212-223.

Saunders, H. & Vehviläinen Julkunen, K., 2016. The state of readiness for evidence-based practice among nurses: an integrative review. *International journal of advanced nursing studies*, 4(56), pp. 128-140.

Shafiei, E., Baratimarnani, A., Goharinezhad, S., Kalhor, R. & Azmal, M., 2014. Nurses' perceptions of evidence-based practice: a quantitative study at a teaching hospital in Iran. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 28(135), pp. 1-7.

Skela Savič, B., 2008. Ali so potrebne spremembe na področju vodenja zaposlenih v slovenskem zdravstvu? In: B. Skela-Savič & B.M. Kaučič, eds. *Vodenje, motivacija in čustvena inteligenca vodje v zdravstvu: zbornik predavanj z recenzijo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 9-28.

Skela Savič, B., Hvalič-Touzery, S. & Pesjak, K., 2017. Professional values and competencies as explanatory factors for the use of evidence-based practice in nursing. *International journal of advanced nursing studies*, 73(8), pp. 1910-1923.

Skela Savič, B., Pesjak, K. & Lobe, B., 2016. Evidence-based practice among nurses in Slovenian Hospitals: a national survey. *International nursing review*, 63(1), pp. 122-131.

Skela-Savič, B. & Kiger, A., 2015. Self-assessment of clinical nurse mentors as dimensions of professional development and the capability of developing ethical values at nursing students: A correlational research study. *Nurse Education Today*, 35(10), pp. 1044-1051.

Snyder, C.H., Facchiano, L. & Brewer, M., 2011. Using evidencebased practice to improve the recognition of anxiety in Parkinson's disease. *The Journal for Nurse Practitioners*, 7(2), pp. 136-141.

Squires, J.E, Estabrooks, C.A, Gustavsson, P, Wallin, L., 2011. Individual determinants of research utilization by nurses: A systematic review update. *Implementation Science*, 6(1), p. 1-20.

Starfield, B., 2011. The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health*The official journal of the International Society for Equity in Health, 10, p. 15.

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.

Stetler, C.B., Ritchie, J.A., Rycroft-Malone, J. & Charns, M.P., 2014. Leadership for Evidence-Based Practice: Strategic and Functional Behaviors for Institutionalizing EBP. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(4), 219-226.

Stokke, K., Olsen, N.R., Espehaug, B. & Nortvedt, M.W., 2014. Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 8(13), pp. 1-17.

Sullivan, G.M., 2011. A Primer on the Validity of Assessment Instruments. *Journal of Graduate Medical Education*, 3(2), pp. 119-120.

Thabane, L., Thomas, T., Ye, C. & Paul, J., 2009. Posing the research question: not so simple. *Journal canadien d'anesthésie*, 56(1), pp. 71-79.

Thorsteinsson, H.S., 2013. Icelandic nurses' beliefs, skills, and resources associated with evidence-based practice and related factors: a national survey. *Worldviews on evidence-based nursing*, 10(2), pp. 116–126.

Van Achterberg, T., Schoonhoven, L. & Grol, R., 2008. Nursing implementation science: how evidence-based nursing requires evidence-based implementation. *Journal of Nursing Scholarshi*, 40(4), pp. 302-310.

Zdravstveni statistični letopis, 2015. Viri v zdravstvu (kadrovski, organizacijski in drugi viri). *Nacionalni inštitut za javno zdravje*, 8, pp 3-4.

Zhou, F., Hao, Y., Guo, H. & Liu, H., 2016. Attitude, knowledge, and practice on evidence-based nursing among registered nurses in traditional Chinese medicine hospitals: a multiple center cross-sectional survey in China. *Evidence-based complementary and alternative medicine*, 2016, pp. 1-8.

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.

Yi-Hao, W., Ken, K.N., Chun-Yuh, Y., Heng-Lien, L., Chieh-feng, C. & Ya-Wen, C., 2013. Implementation of evidence-based practice across medical, nursing, pharmacological and allied healthcare professionals: a questionnaire survey in nationwide hospital settings, *Implementation science*, 8(1), pp. 112.

Yoder, L.H., Kirkley, D., McFall, D.C., Kirksey, K.M., Stalbaum, A.L. & Sellers, D., 2014. Staff nurses' use of research to facilitate evidence-based practice. *The American Journal of Nursing*, 114(9), pp. 26-37.

Wallen, G.R., Mitchell, S.A., Melnyk, B., 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.

Watkins, D., 2011. The influence of Masters education on the professional lives of British and German nurses and the further professionalization of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), pp. 2605-2614.

White Williams, C., Patrician, P., Fazeli, P., Degges, M.A., Graham, S., Andison, M., Shedlarski, A., Harris, L. & McCaleb, K.A., 2013. Use, knowledge, and attitudes toward evidence-based practice among nursing staff. *American journal of continuing education in nursing*, 44(6), pp. 246–254.

Williams, B., Onsmann, A. & Brown, T., 2010. Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices. *Journal of Emergency Primary Health Care*, 8(3), pp. 1-13.

Weng, Y.H., Chen, C., Kuo, K.N., Yang, C.Y., Lo, H.L., Chen, K.H. & Chiu, Y.W., 2015. Implementation of Evidence-Based Practice in Relation to a Clinical Nursing Ladder System: A National Survey in Taiwan. *Worldviews on evidence-based nursing*, 12(1), pp. 22–30.

Weng, Y.H., Kuo, K.N., Yang, C.Y., Lo, H.L., Chen, C. & Chiu, Y.W., 2013. Implementation of evidence-based practice across medical, nursing, pharmacological and allied healthcare professionals: a questionnaire survey in nationwide hospital settings. *Implementation Science*, 8(1), p. 112.

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.

Williams, J.L. & Cullen, L., 2016. Evidence Into Practice: Disseminating an Evidence-Based Practice Project as a Poster. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 31(5), pp. 440-444.

Wilson, P.M., Petticrew, M., Calnan, M.W. & Nazareth, I., 2010. Disseminating research findings: what should researchers do? A systematic scoping review of conceptual frameworks. *Implementation Science*, 5(1), p. 91.

Wong, C.A., Cummings, G.G. & Ducharme, L., 2013. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of nursing management*, 21(5), pp. 709-724.

Warshawsky, N.E. & Havens, D.S., 2014. Nurse manager job satisfaction and intent to leave. *Nursing Economic\$,* 32(1), pp. 32–39.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETNI VPRAŠALNIK

Odnos medicinskih sester do na dokazih podprte prakse v zdravstveni negi v primarnem zdravstvenem varstvu

Spoštovani!

Sem Urban Bole in v okviru magistrskega študija pod mentorstvom izr. prof. dr. Brigitte Skela Savič raziskujem razumevanje in odnos do na dokazih podprte prakse med diplomiranimi medicinskimi sestrami/diplomiranimi zdravstveniki v primarnem zdravstvenem varstvu.

Izpolnjevanje vprašalnika je anonimno. Anonimnost zagotavljam tudi pri prikazovanju in poročanju o rezultatih te raziskave. Vprašalnik, ki je pred vami, je že bil uporabljen in testiran na veljavnost in zanesljivost na velikem vzorcu v slovenskih bolnišnicah. Izpolnjevanje vprašalnika je prostovoljno in lahko od izpolnjevanja odstopite tudi med izpolnjevanjem. Rezultati raziskave bodo predstavljeni v magistrskem delu in na nacionalni ravni kot izvirni znanstveni prispevek. Vaše sodelovanje je pomembno, omogočilo nam bo vpogled v odnos medicinskih sester in zdravstvenikov na primarni ravni do na dokazih podprte obravnave in primerjavo rezultatov z izvedeno raziskavo v slovenskih bolnišnicah, zato vas vljudno prosimo, da izpolnite vprašalnik. Pri tem bodite pozorni na navodila pri posameznem sklopu vprašanj, saj so uporabljene različne lestvice in opredeljevanja do postavljenih trditev.

Vprašalnik vrnite na dogovorjeno mesto v vaši ustanovi, ki ga bo določil koordinatorski raziskave.

Hvala za vaše sodelovanje.

Urban Bole

Definicija na dokazih podprte prakse:

SKLOP 1: PREPRIČANJA O NA DOKAZIH PODPRTI PRAKSI
(Evidence-Based Practice Beliefs, Mazurek Melnyk, Fineout-Overholt and Mays,
2008 cited in Skela Savič, et al., 2016).

Na lestvici od 1 do 5, kjer 1 pomeni »sploh se ne strinjam«, 5 pa »popolnoma se strinjam«, ocenite vaše strinjanje s trditvami, ki opisujejo vašo percepcijo na dokazih podprtega dela (DPP). Prosimo, obkrožite stopnjo strinjanja, ki velja za Vas.

	1 Sploh se ne strinjam.	2 Se ne strinjam.	3 Delno se ne strinjam, delno se strinjam.	4 Se strinjam.	5 Popolnoma se strinjam.
Menim, da uporaba na dokazih temelječe prakse (DPP) vodi do najboljše oskrbe pacientov.	1	2	3	4	5
Dobro poznam korake DPP.	1	2	3	4	5
Prepričan/-a sem, da lahko implementiram DPP v klinično okolje.	1	2	3	4	5
Menim, da je kritična presoja dokazov obstoječih raziskav pomemben korak v procesu DPP.	1	2	3	4	5
Prepričan/-a sem, da na dokazih podprte smernice lahko izboljšajo delo v kliničnih okoljih.	1	2	3	4	5
Menim, da lahko hitro in učinkovito poiščem najboljše dokaze za odgovore na klinična vprašanja.	1	2	3	4	5
Menim, da lahko premagam ovire pri implementaciji DPP.	1	2	3	4	5
Prepričan /a sem, da lahko hitro in učinkoviti implementiram DPP.	1	2	3	4	5
Prepričan/a sem, da bo uporaba DPP izboljšala moje delo s pacienti.	1	2	3	4	5
Vem, kako meriti rezultate kliničnega dela.	1	2	3	4	5
Menim, da DPP vzame	1	2	3	4	5

	1 Sploh se ne strinjam.	2 Se ne strinjam.	3 Delno se ne strinjam, delno se strinjam.	4 Se strinjam.	5 Popolnoma se strinjam.
preveč časa.					
Prepričan/a sem, da lahko pridobim najboljše vire za implementacijo DPP.	1	2	3	4	5
Menim, da je uporaba DPP težka.	1	2	3	4	5
Znam implementirati DPP tako, da dosežem spremembe v praksi.	1	2	3	4	5
Vem, da zmorem implementirati DPP v svoje delo.	1	2	3	4	5
Verjamem, da je moje delo na dokazih podprto.	1	2	3	4	5

SKLOP 2: UVAJANJE NA DOKAZIH PODPRTE PRAKSE

(Implementation Scales, Mazurek Melnyk, Fineout-Overholt and Mays, 2008 cited in Skela Savič, et al., 2016).

Ocenite trditve, ki opisujejo kako pogosto vključite na dokazih podprte prakse v vaše delo (DPP). Prosimo, obkrožite pogostost, ki velja za vas. Posamezne trditve pomenijo: 1 – Nikoli v 8 tednih; 2 – 1–3-krat v 8 tednih; 3 – 4–6-krat v 8 tednih; 4 – 6–8-krat v 8 tednih; 5 – več-kot 8 krat v 8 tednih.

	1 Nikoli v 8 tednih.	2 1–3-krat v zadnjih 8 tednih.	3 4–6-krat v zadnjih 8 tednih.	4 6–8-krat v zadnjih 8 tednih.	5 Več kot 8 krat v zadnjih 8 tednih.
Uporabim dokaze raziskav za spremembo svoje klinične prakse.	1	2	3	4	5
Kritično ocenim dokaze iz rezultatov raziskav.	1	2	3	4	5
Oblikujem PICO-vprašanje o lastni klinični praksi.	1	2	3	4	5
S sodelavci razpravljam o dokazih raziskav.	1	2	3	4	5
Zberem podatke o pacientovih problemih.	1	2	3	4	5
Delim dokaze raziskav v obliki poročil ali	1	2	3	4	5

	1 Nikoli v 8 tednih.	2 1–3-krat v zadnjih 8 tednih.	3 4–6-krat v zadnjih 8 tednih.	4 6–8-krat v zadnjih 8 tednih.	5 Več kot 8 krat v zadnjih 8 tednih.
predstavitev.					
Vrednotim izide uvedenih sprememb v praksi.	1	2	3	4	5
Delim smernice za DPP s sodelavci.	1	2	3	4	5
Delim dokaze raziskav s pacientom/svojci.	1	2	3	4	5
Delim dokaze raziskav s člani multidisciplinarnega tima.	1	2	3	4	5
Berem znanstvene članke.	1	2	3	4	5
Ko preberem znanstveni članek, kritično ocenim izvedemo raziskavo.	1	2	3	4	5
Uporabim zbirke sistematičnih pregledov raziskav.	1	2	3	4	5
Uporabim izdelane nacionalne smernice.	1	2	3	4	5
Uporabim DPP-smernice ali pregledne raziskave za spremembo dela v klinični praksi, kjer delam.	1	2	3	4	5
Vrednotim delovanje v zdravstveni negi z zbiranjem izidov zdravstvene obravnave pacientov.	1	2	3	4	5
Dobljene rezultate/podatke delim s sodelavci.	1	2	3	4	5
Sprememim svoje delovanje glede na rezultate pri delu s pacienti.	1	2	3	4	5
Promoviram uporabo DPP sodelavcem.	1	2	3	4	5

SKLOP 5: DEMOGRAFSKI PODATKI:

1. Delovna doba:

Dopišite _____

2. Obkrožite stopnjo izobrazbe, ki ste jo dosegli na področju zdravstvene nege.

a) viš. med. s./viš. med. teh.

- b) dipl. m. s./dipl. zn.
- c) dipl. m. s./dipl. zn .specialist
- d) dipl. m. s./dipl. zn profesor zdravstvene vzgoje
- e) mag. zdr. neg. _____ (leto magistriranja)

3. Če ste poleg izobrazbe v zdravstveni negi dosegli še izobrazbo na drugih področjih, vas prosimo, da jo označite:

- a) Visoko-strokovna izobrazba.
- b) Univerzitetna izobrazba.
- c) Strokovni magisterij.
- d) Znanstveni magisterij.
- e) Doktorat znanosti.

4. Ste se v zadnjih 3 letih izobraževali iz področja na dokazih podprte prakse?

- a) Da.
- b) Ne.

5. Ste se v zadnjih 3 letih izobraževali iz področja raziskovanja?

- a) Da.
- b) Ne.

6. Ali ste v kliničnih okoljih mentor študentom, dijakom?

- a) Da.
- b) Ne.

7. Ali imate na delovnem mestu dostop do podatkovnih baz za iskanje mednarodne strokovne in znanstvene literature?

- a) Da.
- b) Ne.

8. Ste vključeni kot predavatelj na visokošolskem programu zdravstvene nege, ali predavate na kateri koli drugi fakulteti?

- a) Da.
- b) Ne.

9. Pri svojem vsakodnevnem delu uporabljate podatkovne baze? Ste že kdaj uporabljali mednarodne podatkovne baze?

- a) Da.
- b) Ne.

10. Ali ste vodja?

- a) Da.
- b) Ne.

11. Če opravljate katero od vlog vodje, vas prosimo, da jo označite.

- a) Timska medicinska sestra.
- b) Vodilna medicinska sestra enote/oddelka/centra.
- c) Vodilno delovno mesto na nivoju zavoda.
- d) Drugo vodilno delovno mesto.

12. V spodnji tabeli so navedene trditve. Za vsako trditev, ki jo označite s križcem v praznem prostoru, se opredelite glede na stopnjo strinjanja od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1- zelo slabo, 2 – slabo, 3- srednje, 4 – dobro, 5 – zelo dobro.

TRDITVE	1	2	3	4	5
Kako ocenjujete svoje znanje raziskovanja?					
Kako ocenjujete svoje znanje o na dokazih podprti praksi?					
Kako ste zadovoljni s svojim delovnim okoljem?					