

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Prepričanja in implementacija na dokazih podprte prakse med visokošolsko izobraženimi medicinskimi sestrami in zdravstveniki (2. del): presečna raziskava Beliefs and implementation of evidence-based practice among nurses with a higher education degree (2. Part): A cross-sectional study

Brigita Skela-Savič¹, Bojana Lobe², Urban Bole^{3, *}

Ključne besede: znanje; izobraževanje; raziskovanje; karierni razvoj; zdravstvena politika; zdravstveni menedžment; napredna zdravstvena nega

Key words: knowledge, education, research, career development, healthcare policy, healthcare management, advanced nursing

¹ Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Spodnji Plavž 3, Jesenice, Slovenija

² Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, Kardeljeva ploščad 5 1000 Ljubljana, Slovenija

³ Psihiatrična bolnišnica Idrija, Pot sv. Antona 49, 5280 Idrija, Slovenija

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
urban.bole@pb-idrija.si

IZVLEČEK

Uvod: Zaposleni v zdravstveni negi še vedno niso dovolj opolnomočeni s kompetencami o dokazih podprti praksi. Namen raziskave je bil prepoznati dejavnike, ki oblikujejo prepričanja in tudi implementacijo na dokazih podprte prakse medicinskih sester na vseh ravneh zdravstvenega varstva v Sloveniji.

Metode: Izvedena je bila presečna raziskava. Uporabljeni sta bili dve lestvici, in sicer »*Evidenced based practice Beliefs Scale and the Implementation Scale*«. Sodelovalo je 1014 visokošolsko izobraženih medicinskih sester in zdravstvenikov z vseh treh nivojev zdravstvenega varstva. Podatke smo obdelali z opisnimi, eksplorativnimi in eksplikativnimi statističnimi metodami.

Rezultati: O raziskovanju na področju zdravstva se je izobraževalo $n = 325$ (38,8 %) anketirancev, o dokazih podprti praksi $n = 280$ (34 %) anketirancev. Pozitivna prepričanja o dokazih podprte prakse pojasnijo samoocena znanja o dokazih podprti praksi ($\beta = 0,249$) in raziskovanju ($\beta = 0,162$), leta zaposlitve ($\beta = -0,124$), zadovoljstvo z delom ($\beta = 0,117$), izobraževanje o dokazih podprti praksi ($\beta = 0,092$) in izobrazba strokovni magisterij ($\beta = 0,077$). Pogostejšo implementacijo pojasnijo pozitivna prepričanja o dokazih podprte prakse ($\beta = 0,306$) in zaposlitev v zdravstvenem domu ($\beta = 0,132$).

Diskusija in zaključek: Pomanjkanje znanja o raziskovanju in dokazih podprte prakse se pokazeta kot najtrdnejša napovedna dejavnika za razvoj prepričanj, medtem ko so pozitivna prepričanja trden napovednik za pogostejšo implementacijo na dokazih podprte prakse. Karierni razvoj medicinskih sester in zdravstvenikov na primarni ravni, ki je osredinjen na prevzem novih nalog, se pokaže kot pomemben dejavnik implementacije na dokazih podprte prakse med vključenimi v raziskavo.

ABSTRACT

Introduction: Nursing professionals are still not sufficiently empowered to use evidence-based practice competences. The aim of the study was to identify the factors shaping the beliefs on and implementation of evidence-based practice among nurses working in the Slovenian health care system.

Methods: This study used a cross-sectional research design. A total of 1,014 nurses with a higher education degree from all three levels of the health care system participated in the study. Two scales were used: *EBP Beliefs Scale* and *EBP Implementation Scale*. Data were processed using descriptive, exploratory, and explanatory methods.

Results: Overall, a total of 325 participants (38.8%) had received education and training in research, compared to 280 of those (34%) who had received education and training in evidence-based practice. Self-assessed knowledge about research and evidence-based practice was highest among respondents with a master's degree. Beliefs about evidence-based practice were explained by self-assessed knowledge of evidence-based practice ($\beta = 0,249$) and research ($\beta = 0,162$), total years of employment ($\beta = -0,124$), job satisfaction ($\beta = 0,117$), training in evidence-based practice ($\beta = 0,092$), and master's degree ($\beta = 0,077$). Implementation of evidence-based practice is explained by beliefs regarding evidence-based practice ($\beta = 0,306$) and employment at a community health centre ($\beta = 0,132$).

Discussion and conclusion: Lack of knowledge in research and evidence-based practice and the importance of knowledge obtained through master's programmes are central to developing beliefs regarding evidence-based practice and improving its implementation. Career development at the primary level focused on taking on new roles and linked to both postgraduate education and independent work in nursing proved to be an important factor in the implementation of evidence-based practice.



Prejeto/Received: 1. 4. 2022
Sprejeto/Accepted: 18. 9. 2022

<https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.4.3126>

Uvod

Raziskave kažejo, da na dokazih podprta praksa rezultira v izboljšani skladnosti zdravstvene obravnave, povečani varnosti pacientov in kakovosti zdravstvene obravnave, izboljšajo se izidi in stroški zdravstvene obravnave, zmanjša se število neželenih dogodkov (Titler, LoBiondo-Wood, & Haber, 2019). Vseeno raziskovalci ugotavljajo, da zaposleni v zdravstveni negi še vedno niso opolnomočeni s kompetencami o uporabi na dokazih podprte prakse, kar se kaže s pomanjkanjem znanja in odporom do sprememb v klinični praksi in obsežne rabe izkušenj iz lastnega dela (Camargo et al., 2018; Melnyk et al., 2018). Opravljenih je bilo več raziskav o ovirah za implementacijo na dokazih podprte prakse, bolj ali manj sta poudarjena slabo znanje in pomanjkanje veščin za njegovo uporabo (Bole, 2018; Shayan, Kiwanuka, & Nakaye, 2019; Dolezel et al., 2020).

Pomembno vlogo ima menedžment zdravstvene nege, ki je ključni spodbujevalec na dokazih podprte prakse. Njegova naloga je ustvariti pogoje za pridobivanje znanj o na dokazih podprte prakse med zaposlenimi v zdravstveni negi in implementaciji prav te v prakso (Cheng, Feng, Hu, & Broome, 2018). Srednji menedžment je najučinkovitejši pri spreminjanju klinične prakse, saj lahko izkoristi svoj položaj med odločevalci in zaposlenimi, ki delajo neposredno ob pacientovi postelji, če je opolnomočen strateškega načrtovanja, pridobivanja in razširitve pridobljenih informacij, vključevanja zaposlenih in omogočanje mentorstva pri uporabi na dokazih podprte prakse. Menedžment je ključni člen pri zagotavljanju virov in ustvarjanju pozitivne organizacijske kulture pri uvajanju na dokazih podprte prakse (Nilsen, Schildmeijer, Ericsson, Seing, & Birken, 2019; Gallagher-Ford, Koshy Thomas, Connor, Sinnott, & Melnyk, 2020; Birken & Currie, 2021).

V literaturi raziskovalci povezujejo več individualnih ovir, ki učinkujejo na odnos in implementacijo na dokazih podprte prakse v klinična okolja (Dessie et al., 2020; Aynalem, Yazew, & Gebrie, 2021). Dagne, Beshah, Kassa, & Dagnaw (2021) ugotavljajo, da se izobraževanje iz raziskovanja in dokazih podprte prakse v zdravstveni negi pokažejo kot dejavniki, povezani tako s prepričanji kot implementacijo na dokazih podprte prakse. S prepričanji in implementacijo na dokazih podprte prakse je povezanih več demografskih dejavnikov, kot so leta zaposlitve v zdravstveni negi in stopnja izobrazbe (Tomotaki, Fukahori, & Sakai, 2020). Bole (2018) ugotavlja, da je magistrska izobrazba medicinskih sester na primarni ravni pozitivno povezana z odnosom do na dokazih podprti praksi in implementacijo dokazov. Tudi Aynalem et al. (2021) opozarjajo na pomen magistrske izobrazbe, saj je ob ustreznih spodbudah pogostost iskanja dokazov in branje znanstvenih člankov pogostejše takoj po končanem magisteriju, medtem ko razmerje postane

negativno s številom let po opravljenem magisteriju, kar kaže na pomanjkanje načrtovanega kontinuiranega profesionalnega izobraževanja in prisotnega mentorstva pri uvajanju na dokazih podprte prakse v kliničnih okoljih (Dessie et al., 2020).

Globalni problem, s katerim se danes sooča večina zdravstvenih sistemov, je pomanjkanje medicinskih sester (Haddad, Annamaraju, & Toney-Butler, 2020), ki vodi v preobremenjenost na delovnem mestu in tudi v pomanjkanje časa za iskanje in implementacijo dokazov v klinična okolja. Malo medicinskih sester prepozna pomembnost uporabe dokazov in raziskovanja v delovnem procesu. Velike obremenitve medicinskih sester so negativno povezane tako z odnosom kot samo implementacijo na dokazih podprte prakse. Tudi zadovoljstvo z delom in podporno delovno okolje oblikujeta odnos in implementacijo na dokazih podprte prakse (Fu, Wang, Hu, & Muir-Cochrane, 2020).

Namen in cilji

Za načrtovanje uvajanja na dokazih podprte prakse v slovenski zdravstveni negi je nujna ocena znanj na tem področju, prepričanja zaposlenih o uporabi dokazov pri kliničnem delu v zdravstveni negi in ocena dejanske implementacije dokazov raziskav. Pomembno je tudi prepoznavanje dejavnikov lokalnega okolja, ki lahko oblikujejo prepričanja in implementacijo na dokazih podprte prakse.

Namen raziskave je ugotoviti, kakšna prepričanja imajo zaposleni v zdravstveni negi o uporabi dokazov in kakšen je obseg implementacije na dokazih podprte prakse. Cilj raziskave je bil prepoznati značilne napovedne dejavnike, ki lahko pojasnijo dosežena prepričanja in implementacijo na dokazih podprte prakse med visokošolsko izobraženimi medicinskimi sestrami in zdravstveniki v bolnišnicah in zdravstvenih domovih.

Raziskovalno vprašanje: S katerimi dejavniki lahko pojasnimo dosežke anketirancev na področju prepričanj in implementacije na dokazih podprte prakse med visokošolsko izobraženimi medicinskimi sestrami, ki delujejo na treh ravneh zdravstvenega varstva?

Metode

Uporabili smo neeksperimentalni presečni raziskovalni načrt. Podatke smo zbirali s tehniko pisnega anketiranja.

Opis instrumenta

Strukturiran instrument raziskave je vključeval 51 zaprtih vprašanj. Prvi del vprašalnika je vseboval šestnajst vprašanj, ki so vključevala demografska vprašanja, podatke o udeležbi na izobraževanjih v zadnjih petih letih (odgovora Da. in Ne.), samooceno znanja o raziskovanju in z dokazi podprte prakse in zadovoljstvo z delom (lestvica 1 – nezadostno, 5 – odlično) in dostopnost do podatkovnih baz (odgovora: Da. in Ne.).

Za oceno prepričanj in implementacije na z dokazi podprte prakse smo uporabili lestvici »EBP Beliefs Scale and the Implementation Scale« (Melnyk, Fineout-Overholt, & Mays, 2008). Prvo avtorico smo pisno prosili za dovoljenje za uporabo obeh lestvic pred začetkom izvedbe raziskave. Kulturna prilagoditev, analiza veljavnosti in zanesljivost obeh lestvic je opisana v članku (Skela-Savič, Lobe, & Bole, 2022).

Lestvica prepričanj o na dokazih podprti praksi ali »EBP Beliefs Scale« vsebuje šestnajst prepričanj v obliki trditev, o katerih so se anketiranci oz. anketiranke opredelili oz. opredelile na petstopenjski Likertovi lestvici (1 – Sploh se ne strinjam., 2 – Se ne strinjam., 3 – Delno se ne strinjam, delno se strinjam., 4 – Se strinjam., 5 – Popolnoma se strinjam.). Vrednost koeficienta Cronbach alfa je znašala 0,909.

Lestvica implementacije na dokazih podprte prakse ali »EBP Implementation Scale« vsebuje devetnajst zaprtih trditev o implementaciji različnih nalog na področju na dokazih podprte prakse, o katerih so se anketiranci oz. anketiranke opredelili oz. opredelile na petstopenjski lestvici, ki meri pogostost uporabe ključnih elementov na dokazih podprte prakse v zadnjih osmih tednih (1 – Nikoli v osmih tednih., 2 – Od enkrat do trikrat v osmih tednih., 3 – Od štirikrat do šestkrat v osmih tednih., 4 – Od sedemkrat do osemkrat v osmih tednih., 5 – Več kot osemkrat v osmih tednih.). Vrednost koeficienta Cronbach alfa je znašala 0,969.

Opis vzorca

V raziskavo smo povabili vse slovenske javne bolnišnice (27) in vse slovenske zdravstvene domove (67). Sodelovanje je potrdilo dvajset bolnišnic in 29 zdravstvenih domov. Ciljno prebivalstvo so bili

visokošolsko izobraženi kadri v zdravstveni negi v zdravstvenih zavodih, ki so privolili v raziskavo (N = 2773). Po metodi cenzusa smo razdelili 1650 anketnih vprašalnikov v bolnišnicah in 1123 v zdravstvenih domovih, skupno 2773. Stopnja odgovora je bila 36,57 % (n = 1014). Odzivnost zdravstvenih domov je bila 32,4 % (n = 329), kliničnih centrov 22,2 % (n = 245), splošnih bolnišnic 19,9 % (n = 202) in specializiranih bolnišnic 19,6 % (n = 199). 39 anketnih vprašalnikov (5,1 %) ni vključevalo podatka o zdravstveni ustanovi. V raziskavi je sodelovalo 887 (89,5 %) žensk in 104 (10,5 %) moških. Povprečna delovna doba v zdravstveni negi je znašala 17,10 let (s = 10,1). Glede na stopnjo izobrazbe je v raziskavi sodelovalo 90 višjih medicinskih sester (9 %), 809 diplomiranih medicinskih sester (80,8 %) in 102 magistrstrov/magistic zdravstvene nege ali drugih smeri (10,2 %).

Zbiranje in obdelava podatkov

Dovoljenja za raziskavo in zbiranje podatkov smo natančneje opisali v psihometrični analizi instrumentov izvedene raziskave (Skela-Savič, Bole, & Lobe, 2022). Pri izvedbi raziskave smo upoštevali etične smernice (Social Research Association, 2021). Podatke smo obdelali s programom SPSS 22 (SPSS Inc., Chicago, IL, ZDA). Uporabili smo opisno statistiko, parni t-test, Pearsonovo korelacijo, test ANOVA in linearno regresijo. Statistična značilnost je bila merjena na ravni $p < 0,05$.

Rezultati

Na področju raziskovanja se je v zadnjih petih letih izobraževalo 325 (38,8 %) anketirancev, največ

Tabela 1: Povezave med demografskimi in drugimi značilnostmi anketirancev
Table 1: Correlation between respondents' demographic and other characteristics

Spremenljivke/ Variable	n	Da/Yes n (%)	Ne/No n (%)	Leta dela/ Work experience t (p)	Stopnja izobrazbe/ Education χ^2 (p)	Zdravstveni zavod/ Healthcare centre χ^2 (p)
Izobraževanje (raziskovanje)	837	325 (38,8)	512 (61,2)	4,024 (<0,001)	43,924 (<0,001)	45,099 (<0,001)
Izobraževanje (DPP)	823	280 (34)	543 (66)	4,281 (<0,001)	27,421 (<0,001)	33,143 (<0,001)
Dostopnost podatkovne baze	950	339 (35,7)	611 (64,3)	0,226 (0,821)	3,606 (0,165)	37,841 (<0,001)
	n	\bar{x}	s	Leta dela/Work experience r (p)	Stopnja izobrazbe/ Education F(p)	Zdravstveni zavod/ Healthcare centre F(p)
Samooocena znanja (raziskovanje)	968	2,98	0,923	-0,065 (0,045)	25,338 (<0,001)	10,032 (<0,001)
Samooocena znanja (DPP)	969	3,02	0,935	0,039 (0,230)	12,052 (<0,001)	3,925 (0,008)
Zadovoljstvo z delom	975	3,77	0,818	0,156 (<0,001)	1,421 (0,242)	0,366 (0,778)

Legenda/Legend: n – število/number; r – korelacijski koeficient/correlation coefficient; t – vrednost t testa/t-test value; χ^2 – hi kvadrat test/chi-square test; p – statistična značilnost/statistical significance; DPP – na dokazih podprta praksa/evidence-based practice

njih na primarni ravni (44,1 %) in v specialističnih bolnišnicah (38,7 %) ter pomembno manj v splošnih bolnišnicah (28,2 %) in kliničnih centrih (17,6 %), razlika je statistično značilna. Značilno največ so se izobraževali anketiranci s strokovnim magisterijem (70,7 %). O dokazih podprte prakse se je izobraževalo

34 % vključenih, največ njih v specialističnih bolnišnicah (36,7 %) in na primarni ravni (35,6 %) ter pomembno manj v splošnih bolnišnicah (23,8 %) in kliničnih centrih (15,9 %), razlika je statistično značilna. Značilno največ se je izobraževalo anketirancev s strokovnim magisterijem (59,6 %).

Tabela 2: Opisni rezultati prepričanij in implementacije na dokazih podprte prakse
Table 2: Descriptive results of beliefs regarding evidence-based practice

<i>Trditve/Statements</i>	<i>n</i>	\bar{x}	<i>s</i>	<i>%</i>
1. Menim, da uporaba na dokazih podprte prakse (DPP) vodi do najboljše oskrbe pacientov.	987	4,09	0,80	79,0
2. Dobro poznam korake uporabe DPP.	982	3,26	0,99	40,6
3. Prepričan/-a sem, da lahko implementiram DPP.	975	3,38	0,90	45,5
4. Menim, da je kritična presoja dokazov obstoječih raziskav pomembna stopnja v procesu DPP.	974	3,79	0,84	67,7
5. Prepričan/-a sem, da na dokazih osnovane smernice lahko izboljšajo delo v kliničnih okoljih.	983	4,01	0,78	77,7
6. Menim, da lahko hitro in učinkovito poiščem najboljše dokaze za odgovore na klinična vprašanja.	980	3,50	0,83	49,5
7. Menim, da lahko premagam težave pri implementaciji DPP.	978	3,39	0,82	42,7
8. Prepričan/-a sem, da lahko hitro in učinkovito implementiram DPP.	975	3,25	0,84	34,9
9. Prepričan/-a sem, da bo uporaba DPP izboljšala moje delo s pacienti.	976	3,73	0,84	63,6
10. Vem, kako meriti rezultate kliničnega dela.	975	3,34	0,93	43,8
11. Menim, da DPP vzame preveč časa.	962	3,19	0,87	32,2
12. Prepričan/-a sem, da lahko pridobim najboljše vire, da lahko implementiram DPP.	960	3,19	0,83	30,7
13. Menim, da je uporaba na DPP zahtevna.	968	3,27	0,86	36,5
14. Zadosti dobro vem, kako implementirati DPP, da usvojim spremembe v praksi.	970	3,12	0,87	30,0
15. Vem, da zmorem implementirati DPP v svoje delo.	973	3,35	0,83	41,3
16. Verjamem, da je moje delo na dokazih podprto.	754	3,54	0,84	52,0
Izvedena spremenljivka »prepričanja«		3,47	0,54	
1. Uporabim dokaz raziskave za spremembo svoje klinične prakse.	940	1,99	1,02	9,1
2. Kritično ocenim dokaze izvedenih raziskav.	939	2,06	1,05	10,1
3. Oblikujem PICO-vprašanje o lastni klinični praksi.	888	1,82	1,01	7,7
4. Neformalno razpravljam o dokazih raziskav s sodelavci oz. sodelavkami.	928	2,34	1,13	16,0
5. Zberem podatke o pacientovih težavah.	935	2,93	1,34	34
6. Delim dokaze raziskav v obliki poročila ali predstavitev z več kot dvema sodelavcema oz. sodelavkama.	926	2,05	1,14	12,6
7. Vrednotim izide uvedenih sprememb v praksi.	927	2,20	1,15	14,6
8. Delim smernice za DPP s sodelavci.	931	2,16	1,12	13,7
9. Delim dokaze raziskav s pacientom/družinskimi člani.	919	1,99	1,11	9,0
10. Delim dokaze raziskav s člani oz. članicami multidisciplinarnega tima.	928	2,18	1,11	13,2
11. Preberem znanstveni članek.	939	2,50	1,12	21,5
12. Ko preberem znanstveni članek, kritično ocenim izvedeno raziskavo.	933	2,46	1,15	17,1
13. Uporabim zbirke sistematičnih pregledov raziskav iz podatkovnih baz.	928	2,12	1,14	12,7
14. Uporabim izdelane nacionalne smernice.	935	2,45	1,26	24,7
15. Uporabim DPP-smernice ali pregledne raziskave za spremembo dela v klinični praksi, kjer delam.	920	2,20	1,14	15,3
16. Vrednotim delovanje v zdravstveni negi z zbiranjem izidov zdravstvene obravnave pacientov.	930	2,35	1,20	18,5
17. Dobljene rezultate/podatke delim s sodelavci oz. sodelavkami.	933	2,35	1,20	18,8
18. Sprememim svoje delovanje glede na rezultate pri delu s pacienti oz. pacientkami.	936	2,48	1,20	20,5
19. Promoviram uporabo DPP sodelavcem.	937	2,12	1,18	14,0
Izvedena spremenljivka »implementacija«		2,23	0,90	

Legenda/Legend: *n* – število/number; \bar{x} – povprečna vrednost/average; *s* – standardni odklon/standard deviation; % – odstotek/percentage

Dostop do podatkovnih baz (Cinahl, Web of Science, Proquest, idr.) je imelo 339 (35,7 %) anketirancev, vendar ta ni povezan s stopnjo izobrazbe, je pa povezan z delom v specialistični bolnišnici, pri čemer ima dostop 51,3 % anketiranih, dostop v splošni bolnišnici je v 31,6 %, kliničnem centru v 28,9 % in zdravstvenem domu 31,3 %. Skoraj polovica (49,4 %) anketirancev je zadovoljstvo s poklicnim delom ocenila kot prav dobro, 25,6 % kot dobro in 16,3 % kot odlično. Večje zadovoljstvo z delom so navedli starejši anketiranci (Tabela 1).

Znanje o raziskovanju je bilo značilno najvišje samoocenjeno pri anketirancih s strokovnim magisterijem ($\bar{x} = 3,57$, $s = 0,807$) in na primarni ravni ($\bar{x} = 3,18$, $s = 0,951$), enak trend se kaže pri samooceni znanja o dokazih podprti praksi pri anketirancih s strokovnim magisterijem ($\bar{x} = 3,44$, $s = 0,811$), na primarni ravni ($\bar{x} = 3,11$, $s = 0,943$) in v kliničnem centru ($\bar{x} = 3,11$, $s = 0,932$). Ugotovili smo tudi pozitivni učinek izobraževanja v zadnjih petih letih na višino samoocene znanj, saj ima izobraževanje o raziskovanju pozitivni učinek na samooceno znanja ($\bar{x} = 3,45$, $s = 0,785$; $t = 12,680$, $p < 0,001$), enako ugotovimo pri samooceni znanj o na dokazih podprti praksi ($\bar{x} = 3,50$, $s = 0,809$; $t = 11,771$, $p < 0,001$).

Samoocena znanja o raziskovanju je višja ($\bar{x} = 3,09$; $s = 0,894$) pri dostopnosti podatkovnih baz ($t = 2,593$, $p = 0,010$) in je pozitivno povezana z zadovoljstvom pri delu ($r = 0,218$, $p < 0,001$). Dostopnost do podatkovnih baz kaže enak trend tudi pri znanju o dokazih podprti praksi ($\bar{x} = 3,13$, $s = 0,903$), prav tako je zadovoljstvo z delom značilno povezano z znanjem o dokazih podprti praksi ($r = 0,288$, $p < 0,001$). V nadaljevanju: udeležba na izobraževanju v zadnjih petih letih učinkuje na zadovoljstvo z delom, saj so bolj zadovoljni tisti zaposleni ($\bar{x} = 3,92$, $s = 0,712$), ki so se izobraževali o raziskovanju ($t = 4,901$, $p < 0,001$) in na dokazih podprti praksi ($\bar{x} = 3,94$, $s = 0,704$; $t = 4,876$, $p < 0,001$). Starost v letih je značilno pozitivno povezana z večino spremenljivk, razen z znanjem o raziskovanju, saj so mlajši svoje znanje ocenili višje (Tabela 1).

Povprečna vrednost prepričanj o na dokazih podprti praksi je 3,47 ($s = 0,54$). Najbolj se strinjajo z dvema trditvama, in sicer da »na dokazih podprta praksa vodi do najboljše oskrbe pacientov« ($\bar{x} = 4,09$, $s = 0,80$) in »na dokazih temelječe smernice lahko izboljšajo delo v kliničnih okoljih« ($\bar{x} = 4,01$, $s = 0,78$). Združeni odgovori strinjanja in popolnega strinja so nekoliko bolj optimistični vsaj za nekaj prepričanj. Več kot 50 % anketirancev ocenjuje, da je njihovo delo na dokazih

Tabela 3: Povezave in razlike med značilnostmi anketiranih, prepričanji in implementacijo na dokazih podprte prakse

Table 3: Correlations and differences between characteristics, beliefs and implementation of evidence-based practice

Korelacija/Correlations	Prepričanja o DPP/ Beliefs of EBP	Implementacija DPP/ Implementation of EBP
	r	r
leta dela	-0,144**	-0,109*
znanje (raziskovanje)	0,430**	0,238**
znanje (na dokazih podprta praksa)	0,470**	0,245**
zadovoljstvo z delom	0,267**	0,127**
izobrazba	\bar{x} ($p < 0,001$)	\bar{x} ($p = 0,171$)
višja medicinska sestra ($n = 64$)	3,4063	2,3008
diplomirana medicinska sestra ($n = 635$)	3,4367	2,2033
magistrica zdravstvene nege ($n = 80$)	3,7204	2,3903
izobraževanje v zadnjih petih letih (odgovor: Da.)	\bar{x} ($p < 0,001$)	\bar{x} ($p < 0,001$)
raziskovanje: Da. ($n = 258$)	3,6590	2,4531
raziskovanje: Ne. ($n = 394$)	3,3408	2,0793
na dokazih podprta praksa: Da. ($n = 215$)	3,6892	2,4556
na dokazih podprta praksa: Ne. ($n = 390$)	3,3463	2,1147
dostop do podatkovnih baz (odgovor: Da.)	\bar{x} ($p = 0,001$)	\bar{x} ($p = 0,060$)
Da. ($n = 271$)	3,5527	2,3084
Ne. ($n = 475$)	3,4166	2,1813
zdravstveni zavod	\bar{x} ($p = 0,293$)	\bar{x} ($p < 0,001$)
splošna bolnišnica ($n = 157$)	3,4080	2,0192
specializirana bolnišnica ($n = 151$)	3,4471	2,1816
klinični center ($n = 176$)	3,4412	2,1782
zdravstveni dom ($n = 279$)	3,5141	2,4235

Legenda/Legend: n – število/number; r – korelacijski koeficient/correlation coefficient; p – statistična značilnost/statistical significance; n – število odgovorov/number of answers; DPP – na dokazih podprta praksa/evidence-based practice;** – statistična značilnost pod 0,05

Tabela 4: Regresijski model pojasnitve prepričanij in implementacije na dokazih podprte prakse
Table 4: Correlations and differences between demographic and other independent variables and factors of beliefs and implementation

Prepričanja o DPP/Beliefs of EBP		R² = 0,289	
	β	<i>p</i>	
spremenljivke			
leta dela	-0,124	0,001	
znanje o raziskovanju	0,162	0,004	
znanje o na dokazih podprti praksi	0,249	< 0,001	
zadovoljstvo z delom	0,117	0,001	
stopnja izobrazbe (strokovni magisterij)	0,077	0,037	
izobraževanje o raziskovanju (zadnjih 5 let)	0,045	0,344	
izobraževanje o na dokazih podprti praksi (zadnjih pet let)	0,092	0,049	
Implementacija na dokazih podprte prakse/Implementation of EBP		R² = 0,169	
	β	<i>p</i>	
spremenljivke			
prepričanja o na dokazih podprti praksi	0,306	< 0,001	
znanje o raziskovanju	0,012	0,851	
znanje o na dokazih podprti praksi	0,046	0,462	
zadovoljstvo z delom	0,010	0,809	
izobraževanje o raziskovanju (zadnjih pet let)	-0,080	0,126	
izobraževanje o na dokazih podprti praksi (zadnjih pet let)	-0,011	0,835	
Zdravstveni zavod (zdravstveni dom)	0,132	0,001	

Legenda/Legend: β – regresijski koeficient/regression coefficient; R² – korelacijski koeficient/correlation coefficient; *p* – statistična značilnost/statistical significance

podprto, vendar se to ne pokaže pri odgovorih v zvezi z znanjem o dokazih podprte prakse (trditve 2, 6, 12,) in njeno implementacijo (trditve 3, 7, 8, 11, 13, 14, 15). Opažen je manko znanj za spremljanje lastnega dela in izdelave kliničnih ekspertiz (trditve 10).

Povprečna vrednost implementacije je nizka (\bar{x} = 2,23, *s* = 0,89). Nizka je realizacija aktivnosti zbiranja podatkov o pacientovih težavah, ki je vsakodnevna delovna obveza in je hkrati največkrat izvedena aktivnost po oceni anketiranih, saj jo vsaj 7x ali več v osmih tednih izvede 34 % anketiranih. Ena četrtnina upošteva pri delu nacionalne smernice, ena petina pa spremeni svoje delo glede na rezultate pri delu. Vrednotenje dela in spremljanje izidov je pogosteje prisotno pri manj kot petini anketiranih. Rezultati, ki kažejo na pogostost branja znanstvenih člankov, kritično oceno dokazov in uporabo različnih virov o dokazih podprti praksi in usmerjenosti k izidom, so prav tako nizki.

Statistično značilne povezave med spremenljivkami in razlike med primerjanimi skupinami podatkov v tabeli 3 so bile osnova za oblikovanje linearnega regresijskega modela. Rezultati linearne regresije (Tabela 4) kažejo, da je konstrukt stališč, ki opisuje prepričanja o dokazih podprte prakse, mogoče najbolje pojasniti s samooceno znanja o dokazih podprte prakse (β = 0,249) in s samooceno znanja o raziskovanju (β = 0,162). Statistično značilni so še naslednji dejavniki, navedeni po moči pojasnitve vrednosti β : leta zaposlitve, zadovoljstvo z delom, izobraževanje o dokazih podprte prakse v zadnjih petih letih in izobrazba strokovni magisterij. Vsi dejavniki so pozitivno usmerjeni (Tabela 4).

Konstrukt stališč, ki opisuje implementacijo na dokazih podprte prakse, najboljše pojasnijo dosežki anketirancev o prepričanjih o dokazih podprti praksi (β = 0,306) in zaposlitev glede na vrsto zdravstvenega zavoda (β = 0,132). Na našem vzorcu se kot delovno okolje, v katerem je največ implementacije na dokazih podprte prakse in z njo povezanih aktivnosti, statistično značilno pokaže zaposlitev v zdravstvenem domu (Tabela 6).

Razprava

Raziskava o prepričanjih in implementaciji na dokazih podprte prakse med visokošolsko izobraženimi zaposlenimi v zdravstveni negi je prva te vrste raziskava, ki je v vzorec zajela vse tri ravni zdravstvenega varstva v Sloveniji. Med vključenimi anketiranci oz. anketirankami v raziskavo ni bilo značilnih razlik glede na vrsto zdravstvenega zavoda v njihovih dosežkih v izobrazbi, letih dela v zdravstvenem zavodu in izkazanem zadovoljstvu pri delu, kar je pomemben podatek za razumevanje rezultatov raziskave.

Dobra tretjina anketirancev se je v zadnjih petih letih izobraževala iz raziskovanja in na dokazih podprte prakse. Ugotavljamo, da se vključeni v raziskavo s primarne ravni in specialističnih bolnišnicah pogosteje izobražujejo s področja iz raziskovanja in na dokazih podprte prakse kot zaposleni v splošnih bolnišnicah in kliničnih centrih. Presenečenje raziskave je, da so se najmanj na obeh področjih izobraževali vključeni v raziskavo iz obeh kliničnih centrov. To sta terciarni ustanovi, v katerih

poteka zahtevnejša zdravstvena obravnava in s tem tudi zdravstvena nega, redki primeri obolenj, visokošolsko izobraževanje zdravstvenih delavcev in večina temeljnega in aplikativnega raziskovanja, kar pa se ne kaže v izobraževanju medicinskih sester na področju raziskovanja in dokazih podprte prakse. Rezultat ni v skladu s statusom in odgovornostjo za razvoj zdravstvene nege, ki jo oba klinična centra nosita. Tudi splošne bolnišnice osvojijo pomembno nižji rezultat, kot ju primarna raven in specializirane bolnišnice. Raziskava, ki bi primerjale različna področja zaposlitev medicinskih sester v zdravstvenem sistemu in njihovo usposobljenost na dokazih podprto prakso, je malo, več je spoznanj na posameznih področjih delovanja. Tako raziskava Yoo, Kim, Kim, Kim, & Ki, (2019), izvedena v eni od terciarnih bolnišnic v Južni Koreji, pokaže, da se je 73,5 % anketiranih udeležilo izobraževanja o raziskovanju in 46,6 % o dokazih podprti praksi, kar je pomembno večji dosežek, kot je v opazovanih kliničnih centrih v naši raziskavi. Crawford et al. (2020) primerjajo rezultate na dokazih podprtega delovanja med medicinskimi sestrami v bolnišnicah in tistimi, ki delajo v ambulantah, pri čemer so prve osvojile boljši rezultat, kot so ga medicinske sestre v ambulantah. Naša raziskava pokaže ravno drugače, in sicer da vključenost v štiriindvajseturno bolnišnično obravnavo ni dejavnik pozitivnih prepričanj in uspešne implementacije na dokazih podprte prakse in so medicinske sestre na primarni ravni osvojile značilno boljše rezultate pri implementaciji na dokazih podprte prakse.

Ugotovimo, da dostopnost do podatkovnih baz ni povezana z možnostmi izobraževanja, je pa povezana s samooceno znanj o raziskovanju. Samoocena znanja o raziskovanju in dokazih podprti praksi je pozitivno povezana s stopnjo izobrazbe, najvišjo samooceno osvojijo magistricice in magistri zdravstvene nege. Bolj so z delom zadovoljni tisti zaposleni, ki so se v zadnjih petih letih izobraževali oz. izobraževale na enem od področij ali obeh. Mlajši so navedli višje samoocene znanja o raziskovanju. Povzamemo lahko, da so prepoznani že številni dejavniki, ki spodbujajo ali zavirajo na dokazih podprto prakso, Gallagher - Ford et al. (2020) so jih povzeli v spremenljivke, kot so čas, tradicija in kultura, primanjkljaj znanja o dokazih podprti praksi in premalo resursov za vključevanje mentorjev na področju uvajanja na dokazih podprte prakse. Naša raziskava poudari pomen izobraževanj v zadnjih petih letih o raziskovanju in dokazih podprti praksi, kar učinkuje na samooceno znanj. Končan magisterij zdravstvene nege ali drugih smeri in povezanost s samooceno znanj ponovno opozori, kako pomembno je, da se v kliničnih okoljih sistematizirajo delovna mesta za napredno zdravstveno nego (Skela-Savič, 2020), saj bodo samo tako pomembno prispevala k razvoju zdravstvene nege in izvajanju naprednih, z dokazi podprtih storitev v zdravstveni negi.

Rezultati prepričanj o dokazih podprti praksi pokažejo sicer pozitivno usmerjenost v dokazih podprto prakso, vendar so anketiranci neodločeni pri svojih prepričanjih v lastno znanje. Več kot polovica jih ocenjuje, da je njihovo delo na dokazih podprto, kar se ne pokaže s samooceno znanja o dokazih podprte prakse. Prepričanja o dokazih podprte prakse so značilno pogostejša pri mlajših anketirancih in so pozitivno povezana s samooceno znanja o raziskovanju in dokazih podprte prakse, udeležbo na izobraževanju na obeh področjih v zadnjih petih letih, doseženo stopnjo izobrazbe magisterij zdravstvene nege, dostopnostjo do podatkovnih baz in zadovoljstvom z delom. Tudi Dagne et al. (2021) potrjujejo povezanost izobraževanja o raziskovanju in dokazih podprte prakse s prepričanji (Tomotaki, Fukahori, & Sakai, 2020), Bole & Skela-Savič (2019) ter stopnjo izobrazbe.

Rezultati implementacije na dokazih podprte prakse so izjemno slabi, celostno gledano se opisane aktivnosti implementacije uporabljajo 1–3x v osmih tednih, kar ne govori o sistematičnem načinu tako na področju uporabe znanj o dokazih, drugih različnih virov, kot so raziskave, smernice, spreminjanje prakse, usmerjenost k izidom idr. Zelo preseneča realizacija aktivnosti zbiranja podatkov o pacientovih težavah, ki je vsakodnevna delovna obveza, vendar jo izvaja le tretjina anketiranih.

Le ena četrtnina uporablja pri delu nacionalne smernice, petina spremeni svoje delo glede na rezultate pri delu. Vrednotenje dela in spremljanje izidov je pogostejše prisotno pri manj kot petini anketiranih. Branje znanstvenih člankov in ocena uporabnosti teh za klinično delo in usmerjenost k izidom zdravstvene nege so, žal, prej izjema kot pravilo. Implementacija na dokazih podprte prakse je značilno večja pri mlajših anketirancih in je pozitivno povezan s samooceno znanja o raziskovanju in dokazih podprte prakse, udeležbo na izobraževanju na obeh področjih v zadnjih petih letih, zadovoljstvom z delom in zaposlitvijo v zdravstvenem domu. Aynalem, Yazew, & Gebrie (2021) ugotavljajo, da je iskanje dokazov, to je branje znanstvenih člankov, neposredno povezano z magistrsko stopnjo izobrazbe. Pomanjkanje znanja za razvoj zdravstvene nege v naši raziskavi je mogoče pripisati pomanjkanju vrednot aktivizma in profesionalizma ter kompetenc, ki bi bile usmerjene v razvoj in profesionalizacijo zdravstvene nege (Skela-Savič, Hvalič-Touzery, & Pesjak, 2017). To pomanjkanje pomembno oblikuje stopnjo implementacije v Sloveniji, ki je podpovprečna (Skela-Savič, Pesjak, & Lobe, 2016; 2020; Bole & Skela-Savič, 2019). Razloge za tak rezultat je treba iskati tudi v organizacijski kulturi v zdravstveni negi, ki jo Singleton (2017) uvrsti med organizacijske ovire v zdravstveni negi, ko zaposleni v zdravstveni negi niso opolnomočeni z vsemi zahtevanimi resursi za izboljševanje in spremembe v tradicionalni zdravstveni negi, kar kaže predvsem na pomanjkanje enotnega izobraževanja in enotnega standardiziranega sestavnega dela

minimalnih temeljnih kompetenc na dokazih podprte prakse v dodiplomskih in podiplomskih izobraževanjih (Albarqouni, et al., 2018; Skela-Savič et al., 2020). Na podobno problematiko so pred leti opozarjali v ZDA, kjer so začeli z obveznim izobraževanjem o na dokazih podprte prakse leta 2005 (Gallagher - Ford et al. 2020), v Sloveniji pa šele ob implementaciji dopolnitev evropske direktive (Direktive Evropske unije) za regulirane poklice (Directive 2013/55/EU). Prenovljeni študijski programi glede na zahteve Direktive 2013/55/EU (Directive 2013/55/EU) se v Sloveniji izvajajo od leta 2016 naprej, zato imajo diplomirane medicinske sestre in zdravstveniki, ki so se izobraževali predtem, velik deficit v znanju, kar je treba ustrezno obravnavati v okviru kontinuiranega profesionalnega izobraževanja in obveznega izobraževanja za obnavljanja licenc za delo v zdravstveni negi (Skela-Savič, 2017; Skela-Savič et al. 2020) in načrtovanju kontinuiranega profesionalnega izobraževanja in mentorstva na dokazih podprte prakse v kliničnih okoljih (Dessie et al., 2020).

Na eksplikativni ravni analize rezultatov ugotovimo, da je prepričanja o dokazih podprte prakse mogoče pojasniti z znanjem o dokazih podprte prakse, znanjem o raziskovanju, mlajšimi anketiranci, zadovoljstvom z delom, izobraževanjem o dokazih podprte prakse in strokovnim magisterijem. Implementacijo na dokazih podprte prakse na eksplikativni ravni pojasnita le dve spremenljivki, to sta prepričanja o dokazih podprte prakse in zaposlitev v zdravstvenem domu. Yoo et al. (2019) ugotavlja pomembnost znanja, ki oblikuje prepričanje o dokazih podprte prakse in organizacijsko pripravljenostjo. Uspešnost implementacije je pogojena z vzpostavitvijo strategije izobraževanja za izboljšanje znanja o dokazih podprte prakse in oblikovanjem organizacijske kulture, ki podpira prehod na nov način delovanja v zdravstveni negi na nivoju celotne zdravstvene organizacije. Prav zadnje omenjeno se pokaže tudi v naši raziskavi, saj zdravstveni domovi osvojijo značilno boljše rezultate pri implementaciji, kot jih specializirane in splošne bolnišnice ter klinični centri. Odgovor na tak rezultat je mogoče pripisati razvoju specialnih znanj za visokošolsko izobražene medicinske sestre in zdravstvenike na področju družinske medicine, pri čemer se od leta 2011 izvaja postopni prenos del in nalog (ang. *task-shifting*) med specialisti družinske medicine in diplomiranimi medicinskimi sestrami in zdravstveniki (Skela-Savič, 2020), ki jih Maier, Aiken, & Busse (2017) ocenjujejo kot intervencije, ki se izvajajo samostojno pod nadzorom družinskih zdravnikov. Primerjava vsebin izvedenih izobraževanj za opravljanje intervencij v ambulanti družinske medicine s smernicami in kompetencami napredne prakse, ki jih je izdal Mednarodni svet medicinskih sester (ICN, 2020), jasno pokaže, da izvedeni moduli izobraževanja za »referenčne medicinske sestre« niso na nivoju kompetence napredne zdravstvene nege (Skela-Savič, 2020), saj izobraževanja ne usvojijo količine in kompetenc strokovnega magisterija. Vendar, ne glede na to ugotovitev, je to bilo področje, ki

se je glede na ostala področja dela v zdravstvu najbolj razvijalo. Namreč: medicinske sestre so se izobraževale na modularnih izobraževanjih za pridobitev naziv specialna znanja in bile razporejene na nova delovna mesta, s čimer jim je bila dodeljena določena stopnja avtonomije pri delu. Opravljena raziskava pokaže, da samo to učinkuje na implementacijo na dokazih podprte prakse na eksplorativni in eksplikativni ravni analize. Podobna izobraževanja so se na primarni ravni izvajala v centrih za krepitev zdravja, prav tako je ustanovitev urgentnih centrov bila povezana s pridobivanjem dodatnih znanj, dvigom stopnje izobrazbe, oblikovanjem novih delovnih mest, podelitvijo avtonomije za določena dela in naloge idr.

Znanje o dokazih podprte prakse za veliko večino diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov v Sloveniji ni bilo del dodiplomskega izobraževanja, je pa to danes pričakovana kompetenca v skladu z Direktivo Evropske unije (Directive 2013/55/EU) za reguliran poklic na področju splošne zdravstvene nege. Raziskava jasno pokaže na nezadostno znanje o dokazih podprte prakse, ki pojasni prepričanja in ta tudi implementacijo na dokazih podprte prakse. Singleton (2017) pomanjkljivo znanje navede kot ključno oviro na individualni ravni za doseganje na dokazih podprte prakse. Zato je izjemnega pomena, da menedžment zdravstvene nege v strateški načrt razvoja zdravstvene nege v zdravstvenem zavodu in v karierni načrt vsake posamezne visokošolsko izobražene medicinske sestre vključi kontinuirana profesionalna izobraževanja o dokazih podprte prakse. Prav tako morajo izobraževanja o dokazih podprte prakse postati del obveznih vsebin za pridobitev in obnovitev licence za poklic, za kar je odgovorna Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.

Na organizacijski ravni se pokaže, da razvojne aktivnosti in uvajanje sprememb v zdravstveni negi in s tem povezana izobraževanja pomembno vplivajo na prepričanja o dokazih podprte prakse in tudi na njeno večjo implementacijo. Nacionalni projekt prenosa kompetenc od zdravnikov družinske medicine na diplomirane medicinske sestre na primarni ravni in s tem povezana modularna izobraževanja za specialna znanja je pomembno učinkoval na prepričanja in implementacijo na primarni ravni. Pomembno dejstvo je bilo tudi to, da je prenos kompetenc potekal s podporo Ministrstva za zdravje, kar pomeni tudi politično podporo uvedeni spremembi in oblikovanje novih delovnih mest. Zato je na menedžerjih zdravstvene nege in medicinskih sestrah raziskovalkah in akademičarkah, da v okviru potreb dolgožive družbe zasnujejo strateške razvojne projekte 2020–2030, v njih vgradijo izobraževanja o dokazih podprte prakse in uvajanju sprememb ter utemeljijo kompetence in delovna mesta za klinične specializacije in napredno zdravstveno nego, ki jih v Sloveniji še ni. Le s predlaganim integriranim načinom lahko v prihodnosti pričakujemo razvoj zdravstvene nege, ki bo

z dokazi podprta, osnove tega znanja bo pa imela vsaka diplomirana medicinska sestra in zdravstvenik, nosilci na dokazih podprte prakse bodo pa magistricе, magistri in doktorice, doktorji zdravstvene nege in drugih zdravstvenih ved. Na pomembnost sodelovanja med znanostjo in napredno klinično prakso za vzpostavitev na dokazih podprte prakse opozarja tudi raziskava Migliore, Chouinard, & Woodlee (2020), medtem ko Oh & Yoo (2020) ugotavljata, da je za implementacijo na dokazih podprte prakse treba razviti spodbudne sistematične programe uvajanja, ki so podprti z izobraževanjem in postavitvijo mentorjev za uvajanje na dokazih podprte prakse. Tak način mora podpirati organizacijska kultura zdravstvenega zavoda.

Omejitve raziskave je več. Presečna raziskava nam ne omogoča dokazovanja vzročnosti, zato nismo prepoznali dejanskih vzrokov za dobljene rezultate o prepričanjih in implementaciji na dokazih podprte prakse v zdravstveni negi, temveč smo pridobili napovedne dejavnike, ki jih je treba preveriti na eksperimentalni in longitudinalni ravni. Omejitve so v neenakih skupinah glede na stopnjo izobrazbe, spol in zastopanost anketiranih iz zdravstvenih zavodov glede na raven zdravstvene obravnave. Mednarodne raziskave o delovni sili v zdravstveni negi kažejo, da ima Slovenija najmanj visokošolsko izobraženih medicinskih sester na število prebivalcev (Albreht et al., 2021; OECD, 2021). To dejstvo lahko učinkuje na dosežke naše raziskave, vendar ga v tej raziskavi nismo proučevali. Želeli bi si večje odzivnosti na raziskavo. Obdelava podatkov po posameznih bolnišnicah ni mogoča zaradi prevelikih razlik v odzivnosti po bolnišnicah. Čeprav smo kot vzorčenje izbrali metodo cenzusa, spoznanj zaradi omenjenih omejitev ne moremo posploševati na vse visokošolsko izobražene kadre v zdravstveni negi. Udeležba je bila anonimna in prostovoljna, vendar ne moremo izključiti, da so k raziskavi pristopili tisti, ki so bolj naklonjeni razvoju zdravstvene nege, ali tisti, ki razvoja ne podpirajo. Oba instrumenta gradita na samooceni, kar pomeni, da je to pogled posameznika oz. posameznice in je pri interpretaciji treba biti previden. Rezultati regresijskega modela dopuščajo še veliko možnosti za raziskovanje še nepojasnjenih dejavnikov.

Zaključek

Z raziskavo smo pridobili vedenje o napovednih dejavnikih, s katerimi lahko na vzorcu medicinskih sester in zdravstvenikov na vseh treh ravneh zdravstva pojasnimo prepričanja in implementacijo na dokazih podprte prakse v zdravstveni negi. Kot ključna ugotovitev je pomanjkanje znanja o raziskovanju in na dokazih podprte prakse in pomen izobraževanja na magistrski ravni za razvoj prepričanj in s tem tudi izboljšanje implementacije na dokazih podprte prakse. Karierni razvoj medicinskih sester na primarni ravni, ki je usmerjen v prevzem novih nalog in je povezan s podiplomskim izobraževanjem in samostojnim

delovanjem v zdravstveni negi, se pokaže kot pomemben dejavnik implementacije na dokazih podprte prakse.

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

Raziskava je bila izvedena v skladu z načeli *Social Research Ethics Guidance* (Social Research Association, 2021). Dovoljenje za izvedbo raziskave nam je ob začetku projekta »Razumevanje profesionalizma v zdravstveni negi« podelila Komisija za znanstveno raziskovalno delo Fakultete za zdravstvo Angele Boškin (sklep št. 2/5, 15. 1. 2015)./The study was conducted in accordance with the principles of the *Social Research Ethics Guidance* (Social Research Association, 2021). Permission to conduct the study was granted at the beginning of the project "Understanding Professionalism in Nursing" by the Commission for Scientific Research of the Faculty of Health Angela Boškin (Decision No. 2/5, 15 January 2015).

Prispevek avtorjev/Author contributions

Vsi avtorji so sodelovali pri zasnovi in oblikovanju dela, pridobivanju dela in analizi, kritičnem pregledu dela, dokončni odobritvi različice objavljenega članka. Prva in zadnja avtorja sta sodelovala pri interpretaciji podatkov./All authors participated in the conception and design of the paper, implementation of the study and its analysis, critical review of the paper, and approval of the final version of the manuscript. The first and last authors participated in the interpretation of the data.

Literatura

- Albarqouni, L., Hoffmann, T., Straus, S., Olsen, N. R., Young, T., Ilic, D. ... Glasziou, P. (2018). Core competencies in evidence-based practice for health professionals: Consensus statement based on a systematic review and delphi survey. *JAMA Network Open*, 1(2), Article e180281. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.0281> PMID:30646073
- Albreht, T., Polin, K., Pribaković Brinovec, R., Kuhar, M., Poldrugovac, M., Ogrin Rehberger, P. ... Vracko, P. (2021). Slovenia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 23(1), 72–83.
- Aynalem, Z. B., Yazew, K. G., & Gebrie, M. H. (2021). Evidence-based practice utilization and associated factors among nurses working in Amhara Region Referral Hospitals, Ethiopia. *PloS One*, 16(3), Article e0248834. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248834> PMID:33740000; PMCID:PMC7978364

- Bole, U. (2018). *Odnos visokošolsko izobraženih medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu do na dokazih podprte prakse* (magistrsko delo). Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Jesenice.
- Bole, U., & Skela-Savič, B. (2019). Odnos visokošolsko izobraženih medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu do na dokazih temelječe prakse. In K. Pesjak, S. Pivač, (Eds.), *12. mednarodna znanstvena konferenca Izzivi in potrebe družbe na področju preventivne in promocije zdravja na vseh ravneh zdravstvenega varstva, Hotel Astoria Bled, 6. junij 2019* (pp. 132–139). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.
- Birken, S. A., & Currie, G. (2021). Using organization theory to position middle-level managers as agents of evidence-based practice implementation. *Implementation Science*, 16(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01106-2> PMID:33836781; PMCID:PMC8034157
- Camargo, F. C., Iwamoto, H. H., Galvão, C. M., Pereira, G. A., Andrade, R. B., & Masso, G. C. (2018). Competences and barriers for the evidence-based practice in nursing: An integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 2030–2038. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0617> PMID:30156693
- Cheng, L., Feng, S., Hu, Y., & Broome, M. E. (2018). Leadership practices of nurse managers for implementing evidence-based nursing in China. *Journal of Nursing Management*, 26(6), 671–678. <https://doi.org/10.1111/jonm.12594> PMID:29464807
- Crawford, C. L., Rondinelli, J., Zuniga, S., Valdez, R. M., Cullen, L., Hanrahan, K., & Titler, M. G. (2020). Testing of the nursing evidence-based practice survey. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(2), 118–128. <https://doi.org/10.1111/wvn.12432> PMID:32233058
- Dagne, A. H., Beshah, M. H., Kassa, B. G., & Dagnaw, E. H. (2021). Implementation of evidence-based practice and associated factors among nurses and midwives working in Amhara Region government hospitals: A cross-sectional study. *Reproductive Health*, 18(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01096-w> PMID:33579309; PMCID:PMC7881559
- Dessie, G., Jara, D., Alem, G., Mulugeta, H., Zewdu, T., Wagnaw, F. ... Burrowes, S. (2020). Evidence-based practice and associated factors among health care providers working in public hospitals in Northwest Ethiopia during 2017. *Current Therapeutic Research, Clinical and Experimental*, 93, Article 100613. <https://doi.org/10.1016/j.curtheres.2020.100613> PMID:33306046; PMCID:PMC7708748
- Dolezel, J., Zelenikova, R., Finotto, S., Mecugni, D., Patelarou, A., Panczyk, M. ... Jarosova, D. (2021). Core evidence-based practice competencies and learning outcomes for European nurses: Consensus statements. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 18(3), 226–233. <https://doi.org/10.1111/wvn.12506> PMID:34031973; PMCID:PMC8251814
- Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 20 November 2013 amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No 1024/2012 on administrative cooperation through the Internal Market Information System ('the IMI Regulation'). Retrieved from <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:354:0132:0170:en:PDF>
- Fu, Y., Wang, C., Hu, Y., & Muir-Cochrane, E. (2020). The barriers to evidence-based nursing implementation in mainland China: A qualitative content analysis. *Nursing & Health Sciences*, 22(4), 1038–1046. <https://doi.org/10.1111/nhs.12763> PMID:32713063
- Gallagher-Ford, L., & Connor, L. (2020). Transforming healthcare to evidence-based healthcare: A failure of leadership. *The Journal of Nursing Administration*, 50(5), 248–250. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000878> PMID:32317566
- Gallagher-Ford, L., Koshy Thomas, B., Connor, L., Sinnott, L. T., & Melnyk, B. M. (2020). The effects of an intensive evidence-based practice educational and skills building program on EBP competency and attributes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(1), 71–81. <https://doi.org/10.1111/wvn.12397> PMID:32017438
- Haddad, L. M., Annamaraju, P., & Toney-Butler, T. J. (2020). Nursing shortage. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. PMID:29630227
- International Council of Nurses (ICN) (2020). *Guidelines on advanced nursing practice*. Geneva: International Council of Nurses.
- Maier, C., Aiken, L., & Busse, R. (2017). Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. *OECD Health Working Papers*, 98. <https://doi.org/10.1787/a8756593-en>.
- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Zellefrow, C., Tucker, S., Thomas, B., Sinnott, L. T., & Tan, A. (2018). The first U.S. study on nurses' evidence-based practice competencies indicates major deficits that threaten healthcare quality, safety, and patient outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(1), 16–25. <https://doi.org/10.1111/wvn.12269> PMID:29278664

- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., & Mays, M. Z. (2008). The evidence-based practice beliefs and implementation scales: Psychometric properties of two new instruments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(4), 208–216.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2008.00126.x>
PMid:19076922
- Migliore, L., Chouinard, H., & Woodlee, R. (2020). Clinical research and practice collaborative: An evidence-based nursing clinical inquiry expansion. *Military Medicine*, 185(Suppl 2), 35–42.
<https://doi.org/10.1093/milmed/usz447>
PMid:31912871
- Nilsen, P., Schildmeijer, K., Ericsson, C., Seing, I., & Birken, S. (2019). Implementation of change in health care in Sweden: A qualitative study of professionals' change responses. *Implementation Science*, 14(1), 51.
<https://doi.org/10.1186/s13012-019-0902-6>
PMid:31088483; PMCid:PMC6518624
- OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators (pp. 221–223). OECD Publishing, Paris.
<https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- Oh, E. G., & Yoo, J. Y. (2020). Experiences of evidence-based practice mentors: A phenomenological study. *Contemporary Nurse*, 56(4), 331–343.
<https://doi.org/10.1080/10376178.2020.1736593>
PMid:32270744
- Shayan, S. J., Kiwanuka, F., & Nakaye, Z. (2019). Barriers associated with evidence-based practice among nurses in low- and middle-income countries: A systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(1), 12–20.
<https://doi.org/10.1111/wvn.12337>
PMid:30604471
- Singleton J. K. (2017). Evidence-based practice beliefs and implementation in doctor of nursing practice students. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(5), 412–418.
<https://doi.org/10.1111/wvn.12228>
PMid:28388829
- Skela-Savič, B., Lobe, B., & Bole, U. (2022). Prepričanja in implementacija na dokazih podprte prakse med visokošolsko izobraženimi medicinskimi sestrami in zdravstveniki v Sloveniji (1. del): Psihometrična analiza instrumentov. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 56(3), 184–193.
<https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.3.3116>
- Skela-Savič, B., Gotlib, J., Panczyk, M., Patelarou, A. E., Bole, U., Ramos-Morcillo, A. J. ... Ruzafa-Martínez, M. (2020). Teaching evidence-based practice (EBP) in nursing curricula in six European countries: A descriptive study. *Nurse Education Today*, 94, Article 104561.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104561>
PMid:32905986
- Skela-Savič, B., & Lobe, B. (2020). Differences in beliefs on and implementation of evidence-based practice according to type of health care institution: A national cross-sectional study among Slovenian nurses. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 971–981.
<https://doi.org/10.1111/jonm.13234>
PMid:33305446
- Skela-Savič, B. (2020). It is time for clinical specialisations and advanced nursing practice: Marking the International Year of the Nurse and the Midwife. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(1), pp. 4–11.
<https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.1.3023>.
- 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. *Journal of Advanced Nursing*, 73(8), 1910–1923.
<https://doi.org/10.1111/jan.13280>
PMid:28205259.
- Skela-Savič, B., Pesjak, K., & Lobe, B. (2016). Evidence-based practice among nurses in Slovenian Hospitals: A national survey. *International Nursing Review*, 63(1), 122–131.
<https://doi.org/10.1111/inr.12233>
PMid:26748610.
- Social Research Association. (2021). *Research Ethics Guidance*. Retrieved from <https://the-sra.org.uk/common/Uploaded%20files/Resources/SRA%20Research%20Ethics%20guidance%202021.pdf>.
- Titler, M., LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2019). Overview of evidence-based practice. In G. LoBiondo-Wood, J. Haber, & M. G. Titler (Eds.), *Evidence-based practice for healthcare and quality improvement*. Philadelphia: Elsevier.
- Tomotaki, A., Fukahori, H., & Sakai, I. (2020). Exploring sociodemographic factors related to practice, attitude, knowledge, and skills concerning evidence-based practice in clinical nursing. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(1), Article e12260.
<https://doi.org/10.1111/jjns.12260>
PMid:31173465.
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191–2194.
<https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
PMid:24141714
- Yoo, J. Y., Kim, J. H., Kim, J. S., Kim, H. L., & Ki, J. S. (2019). Clinical nurses' beliefs, knowledge, organizational readiness and level of implementation of evidence-based practice: The first step to creating an evidence-based practice culture. *PLoS One* 14(12), Article e0226742.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226742>
PMid:31877147; PMCid:PMC6932768

Citirajte kot/Cite as:

Skela-Savič, B., Lobe, B., & Bole, U. (2022). Prepričanja in implementacija na dokazih podprte prakse med visokošolsko izobraženimi medicinskimi sestrami in zdravstveniki (2. del): presečna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(4), 280–290.
<https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.4.3126>