REVIEW

ÚVOD DO PROBLEMATIKY OŠETŘOVATELSTVÍ ZALOŽENÉHO NA DŮKAZECH (*EVIDENCE BASED NURSING*)

Introduction to problems of Evidence Based Nursing

Renáta Zeleníková, Darja Jarošová

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

Summary

The target of the contribution presented here is to characterize the evidence based nursing, explain particular steps of the evidence based nursing and describe barriers encountered in the course of the evidence based nursing implementation in clinical practice. The evidence based nursing is a process of reaching clinical decisions by nurses through the mediation of taking advantage of available research results, clinical experience and patient's preferences in context of the tools available. If nurses implement the evidence based nursing in context of taking the care and supporting the organizational culture of the institution, then high quality care is given with achieving the best results for the patient, caregiver as well as system. The process of the evidence based nursing has been commonly considered to include five stages. The most recent publications suggest that the stages employed should be extended and mention seven steps. The process of the evidence based nursing is currently described as a procedure consisting of seven steps: step 0 – interviewing; step 1 – clinical question formulation in PICOT format; step 2 – searching for the best evidence; step 3 – critical assessment of the evidence; step 4 – integration of the evidence, clinical experience, values and preferences of the patient in the course of reaching decisions in clinical practice or change; step 5 – evaluation of results of practical decisions or changes based on evidence; step 6 – dissemination (propagation) of results. In order that nurses might implement the evidence based nursing, it is necessary to respect the following factors: a published adequate research concerning the given problem must be available, the nurses must master the skill concerning the attitude to the problem and critical analyses of the research, and practice must make them possible to implement changes resulting from the evidence based nursing. The main barriers encountered in the implementation of the evidence based nursing are those concerning the research, organization and characteristics of nurses.

Key words: evidence based nursing – PICOT format – clinical question – barriers

Souhrn

Cílem příspěvku je charakterizovat ošetrovatelství založené na důkazech, objasnit jednotlivé kroky procesu evidence based nursing a popsat bariéry implementace ošetrovatelství založeného na důkazech v klinické praxi. Ošetrovatelství založené na důkazech je proces klinického rozhodování sester prostřednictvím využití nejdostupnějších výsledků výzkumu, klinické zkušenosti a preferencí pacienta v kontextu dostupných prostředků. Implementují-li sestry ošetrovatelství založené na důkazech v kontextu péče a podporující organizační kultury in-

stituce, je poskytována vysoká kvalita péče a jsou dosaženy nejlepší výsledky pro pacienta, poskytovatele i systém. Proces ošetřovatelství založeného na důkazech byl běžně popisován jako pětifázový. Nejnovější publikace poukazují na rozšíření fází a uvádějí sedm kroků. Proces ošetřovatelství založeného na důkazech se nyní popisuje jako proces, který má sedm kroků: krok 0 – dotazování; krok 1 – formulace klinické otázky v PICOT formátu; krok 2 – hledání nejlepšího důkazu; krok 3 – kritické zhodnocení důkazu; krok 4 – integrace důkazu, klinické zkušenosti, hodnot a preferencí pacienta při rozhodování v klinické praxi nebo změně; krok 5 – zhodnocení výsledku praktických rozhodnutí nebo změn založených na důkazu; krok 6 – diseminace (rozšíření) výsledků. Aby sestry mohly uskutěčňovat ošetřovatelství založené na důkazech, je potřeba respektovat následující faktory: k dané problematice musí být publikován adekvátní výzkum, sestry musí mít zručnosti týkající se přístupu a kritické analýzy výzkumu, praxe musí umožnit sestrám implementovat změny vycházející z ošetřovatelství založeného na důkazech. Hlavní bariéry implementace ošetřovatelství založeného na důkazech jsou bariéry týkající se výzkumu, organizace a charakteristik sester.

Klíčová slova: ošetřovatelství založené na důkazech – PICOT formát – klinická otázka – bariéry

ÚVOD

V posledních letech se klade čím dál větší důraz na poskytování péče zaměřené na pacienta, která je založena na nejlepších dostupných důkazech pro zlepšení klinické praxe (Brancato, 2006, p. 195). Podle výzkumných studií ošetřovatelství založené na důkazech – Evidence Based Nursing (dále EBN) ve srovnání s tradičním přístupem k péči vede ke zvýšení kvality péče, zlepšení výsledků pacienta, snížení nákladů a vyšší spokojenosti sester (Melnik et al., 2010, p. 51). Vzhledem k historickému vývoji a společenským změnám je v České republice ošetřovatelská praxe založená na důkazech teprve na počátku. Její rozvoj u nás je podporován zejména akademickými pracovníky – ošetřovatelskými odborníky, ale také odborníky jiných oborů – např. lékaři, knihovníky, informatiky. I když v zahraničí existuje celá řada učebnic a dalších publikací věnujících se problematice ošetřovatelství založeného na důkazech, v současné době není na českém trhu publikace, která by se věnovala problematice Evidence Based Nursing.

Cílem příspěvku je charakterizovat ošetřovatelství založené na důkazech, objasnit jednotlivé kroky procesu ošetřovatelství založeného na důkazech a popsat bariéry implementace ošetřovatelství založeného na důkazech v klinické praxi.

Charakteristika ošetřovatelství založeného na důkazech

Ošetřovatelství založené na důkazech (Evidence Based Nursing) je proces klinického rozhodování

sester prostřednictvím využití nedostupnějších výsledků výzkumu, klinické zkušenosti a preferencí pacienta v kontextu dostupných prostředků (DiCenso et al., 2005, p. 4). Jiná definice říká, že ošetřovatelství založené na důkazech je integrací nejvalidnějších výsledků publikovaných studií, klinické zkušenosti a potřeb pacienta. Potřeby pacienta jsou v tomto případě chápány specificky jako očekávání, zájem, obavy a požadavky, které pacienti přinášejí do klinické praxe (Malloch, Porter-O'Grady, 2006, p. 1).

Implementují-li sestry ošetřovatelství založené na důkazech v kontextu péče a podporující organizační kultury, je poskytována vyšší kvalita péče a jsou dosaženy nejlepší výsledky pro pacienta, poskytovatele i systém (Melnik et al., 2009, p. 51). Proces implementace EBN podporuje celá řada faktorů: vědomosti a zručnosti, víra v důležitost a význam ošetřovatelství založeného na důkazech a schopnost implementovat jej, kultura podporující EBN a poskytující nevyhnutelné nástroje na podporu EBN (např. přístup k elektronickým databázím v době péče a čas na vyhledávání důkazů), mentoři EBN (Melnik et al., 2009, p. 51). Mentor EBN je zkušený odborník na problematiku EBN, který pomáhá sestrám při orientaci v problematice EBN; pomáhá při formulaci klinické otázky, vyhledávání relevantních zdrojů, hodnocení nalezených studií apod.

DiCenso et al. (2005, p. 8) uvádějí čtyři nejčastější mýty o ošetřovatelství založeném na důkazech: EBN přehlíží přání a hodnoty pacienta, je neteoretické, týká se jenom kvantitativního vý-

zkumu, zdůrazňuje jenom randomizované kontrolované studie a systematické přehledy.

Aby sestry mohly uskutečňovat ošetrovatelství založené na důkazech, je potřeba vzít v úvahu následující faktory:

- k dané problematice musí být publikovaný adekvátní výzkum;
- sestry musí mít zručnosti týkající se přístupu a kritické analýzy výzkumu;
- praxe musí umožnit sestrám implementovat změny vycházející z ošetrovatelství založeného na důkazech.

Kroky ošetrovatelství založeného na důkazech (EBN)

Proces ošetrovatelství založeného na důkazech (EBN) byl běžně popisován jako pětifázový:

1. formulace problému – klinické otázky;
2. vyhledávání v literatuře a sběr důkazů;
3. výběr klíčových prací a hodnocení nalezených odpovědí – důkazů;
4. aplikace závěrů do praxe – integrace důkazů s klinickou zkušeností, hodnotami pacienta = rozhodnutí nebo změna;
5. hodnocení klinického rozhodnutí nebo změny.

Nejnovější publikace (Melnik et al., 2010; Melnik, Fineout-Overholt, 2011, p. 11) poukazují na rozšíření fází EBN a uvádějí 7 kroků:

0 Dotazování

- 1 Formulace klinické otázky v PICOT formátu
- 2 Hledání nejlepšího důkazu
- 3 Kritické zhodnocení důkazu
- 4 Integrace důkazu, klinické zkušenosti, hodnot a preferencí pacienta při rozhodování v klinické praxi nebo změně
- 5 Zhodnocení výsledků praktických rozhodnutí nebo změn založených na důkazu
- 6 Diseminace (rozšíření) výsledků

Krok 0 – Dotazování

Sestry v každodenní praxi provádějí řadu intervencí (např. aplikace výživy, polohování, převazy). Dotazování se, kritické posuzování vlastní praxe a kritické myšlení vedou k tomu, že se sestra ptá, na základě jakého důkazu se provádí tato konkrétní intervence. Každodenní rutinní praxi sestra podrobuje kritické analýze. Bez kroku 0 by proces EBN nemohl začít. Podle John-

ston a Fineout-Overholt (2005) je tato fáze nejnáročnější v procesu EBN, a to jak pro studenty, tak pro sestry v praxi.

Dotazování se a otázky typu „Proč?“ tvoří základ ošetrovatelství založeného na důkazech:

Kdo by mi mohl pomoci ve zlepšení vědomostí a zručností v oblasti ošetrovatelství založeném na důkazech a být mým rádcem – EBN mentorem?

Které současně prováděné intervence v ošetrovatelské praxi jsou založené na důkazech a které nemají dostatečnou podporu důkazů?

Kdy je nejlepší čas na přehodnocení současné klinické praxe?

Kde mohu najít nejlepší důkaz na zodpovězení klinické otázky?

Proč provádím tuto intervenci pacientům?

Dotazování může zahrnout různé oblasti problémů – např.: Má použitý dezinfekční prostředek vliv na snížení rizika vzniku infekce u pacienta se zavedeným centrálním žilním katétre? Má dýchání z plic do plic při poskytování neodkladné resuscitace laikem vliv na přežití postiženého? Je vznik porodního poranění nižší u žen, které prováděly během těhotenství masáž hrázce, než u žen, které masáž hrázce neprováděly? Má přítomnost rodičů na pooperačním pokoji vliv na intenzitu pooperační bolesti u dětí? Snižuje kojení riziko vzniku náhlého úmrtí kojenců? Snižuje metoda klokánkování vnímání procedurální bolesti u novorozenců? Který z měřicích nástrojů je nejlepší k identifikaci rizika pádů u seniorů ve zdravotnických zařízeních?

Krok 1 – Formulace klinické otázky v PICOT formátu

Podobně jako výzkumný proces začíná také proces EBN položením klinické otázky z praxe. Záměrem je však hledat již existující výzkum, který nám pomáhá při klinickém rozhodování, nikoli začít plánovat nový výzkumný projekt.

PICOT otázka je jednotný, systematický způsob identifikace jednotlivých součástí klinického problému (Stillwell et al., 2010a, p. 59). PICOT formát poskytuje účinný rámec pro vyhledávání v elektronických databázích, určených pro získání článků relevantních ke klinické otázce (Melnik et al., 2010, p. 52). PICOT je zkratka jednotlivých složek klinické otázky. Dobře stano-

vená klinická otázka zvyšuje pravděpodobnost, že bude nalezen nejlepší důkaz (Stillwell et al., 2010a, p. 60).

P (patient, patient population, problem) pacient, skupina pacientů, problém: Jaká je skupina pacientů?

I (intervention, issue of interest) intervence, předmět zájmu: Co je hlavní intervencí?

C (comparison intervention or comparison group) srovnání intervencí nebo srovnání skupiny: Jaká je jiná alternativa hlavní intervence?

O (outcome) výsledek: Co chci měřit, zlepšit, dosáhnout?

T (time) čas, časový rámec: Za jaký čas? (nevychází se u každé klinické otázky)

Typy klinických otázek

Existují 2 typy klinických otázek:

- základní (obecná) otázka (*background question*);
- specifická otázka (*foreground question*).

Základní otázky jsou považované za širší, obecné a jejich zodpovězení poskytuje obecné vědomosti – např.: Jaké intervence redukuje pooperační bolest? Jaký je nejlepší způsob prevence dekubitů? Specifické otázky jsou relevantní ke klinickému problému. Jejich zodpovězení vede k určení, která ze dvou intervencí je efektivnější pro zlepšení výsledků pacienta – např.: Snižuje žvýkání žvýkačky bez cukru u pacientů po operaci střev riziko vzniku ileu ve srovnání se standardní péčí? Snižují preventivní strategie u seniorů v institucích riziko pádu ve srovnání s běžnou péčí? Dobře stanovená specifická otázka může být zodpovězena na základě hledání aktuálních publikací ke studiu (Stillwell et al., 2010a, p. 59). Klinická otázka může být zaměřena na intervenci nebo terapii, etiologii, diagnózu nebo diagnostický test, prognózu, smysl nebo význam.

Krok 2 – Hledání nejlepšího důkazu

Převod klinické otázky do vyhledávací strategie je významnou součástí druhého kroku – hledání nejlepšího důkazu. PICOT formát pomáhá identifikovat klíčová slova. Jejich zadání a následná kombinace urychlí vyhledání relevantních článků v databázích jako PubMed, CINAHL apod. (Melnik et al., 2010, p. 52).

Stillwell et al. (2010b, p. 42) popisují v bodech, jak hledat důkaz pro zodpovězení klinické otázky:

1. identifikovat typ PICOT klinické otázky (intervence, etiologie, diagnóza, prognóza, ...);
2. určit úroveň důkazu, která nejlépe zodpoví klinickou otázku;
3. vybrat relevantní databáze k vyhledávání;
4. pro vyhledávání v databázích využít klíčová slova z PICOT otázky;
5. usměrnit (racionalizovat) vyhledávání pomocí následujících strategií:
 - použít řízený slovník databáze (MeSH termíny),
 - kombinovat vyhledávání použitím Booleovských operátorů (OR, AND, NOT),
 - omezit konečné vyhledávání výběrem definovaných dat (např. věk, pohlaví, jazyk, typ článku – systematické přehledy apod.).

Při vyhledávání důkazů z relevantních zdrojů se doporučuje využít multizdrojový přístup. Vyhledávání v několika databázích výrazně redukuje možnost přehlédnutí relevantní literatury (Stillwell et al. 2010b, p. 42).

Krok 3 – Kritické zhodnocení důkazu

Když jsou studie z databází vybrané pro kritické zhodnocení, následně se určí, které z nich jsou nejvíce relevantní, validní, reliabilní a použitelné pro zodpovězení klinické otázky. Účelem rychlého zhodnocení studií je zjistit úroveň důkazu, kvalitu provedení studie a přínos pro praxi (Fineout-Overholt et al., 2010, p. 47). Pro rychlé zhodnocení studie Melnik et al. (2010, p. 52) doporučují použít tři důležité otázky:

Jsou výsledky studie validní?

Jaké jsou výsledky studie a jsou pro mě důležité?

Pomohou výsledky studie při péči o pacienty?

Zhodnocení úrovně důkazu

Systém, který se používá k odstupňování důkazů od těch nejpřesnějších a vyčerpávajících až po ty nejméně přesné, je označován jako hierarchie důkazů. Hierarchie důkazů byla poprvé představena v roce 1979 (díky Canadian Task Force on Preventive health care). Od té doby byla vytvořena a používána celá řada různých hierarchií, zaměřených především na efektivnost a z tohoto pohledu byly nejčastěji randomizované kontrolované studie považované za studie s nejvyšší úrovní důkazů (Evans, 2003, p. 78). Hierarchie používaly různé škály na hodnocení úrovně důkazů (např. A1 až C2, I až IV, A až C

apod.). Hierarchie důkazů využívané při tvorbě a vývoji klinických doporučených postupů na hodnocení používají kromě hodnocení úrovně důkazů také hodnocení úrovně doporučení (Evans, 2003, p. 78). Pokud jde o rozhodnutí

o klinických intervencích („hierarchie důkazů“), mají různé typy primárních a sekundárních studií následující pořadí: od nejlepší až po nejméně validní (tabulka 1).

Tabulka 1 Hierarchie důkazů pro studie intervencí (podle Melnyk a Fineout-Overholt, 2005)

Úroveň důkazu	Typ důkazu
I	Systematický přehled a metaanalýza
II	Randomizovaná kontrolovaná studie
III	Kontrolovaná studie bez randomizace
IV	Studie případů a kontrol a kohortové studie
V	Systematický přehled kvalitativních nebo deskriptivních studií
VI	Kvalitativní nebo deskriptivní studie
VII	Názor odborníka a zpráva expertní komise

Krok 4 – Integrace důkazu, klinické zkušenosti, hodnot a preferencí pacienta při rozhodování v klinické praxi nebo změně

Na zdůvodnění změny v klinické praxi jsou samotné výzkumné „důkazy“ nedostatečné. Klinická zkušenost, založená na zhodnocení pacienta, laboratorních údajů, údajů z výsledků manažerských programů stejně jako priority a hodnoty pacienta jsou stejně důležitou součástí EBN (Melnyk et al., 2010, p. 52). Neexistuje návod, jak velkou váhu mají tyto jednotlivé komponenty. Implementace EBN je výrazně ovlivněna institucionálními a klinickými faktory (Melnyk et al., 2010, p. 53). Jednou z možností, jak aplikovat důkaz do praxe, je používání směrnic, doporučení (guidelines) či klinických doporučených postupů v praxi. Tyto musí být na základě hodnověrných výsledků nejnovějších výzkumů pravidelně inovovány. Kvalitně připravené a pravidelně aktualizované směrnice se stávají nástrojem, prostřednictvím kterého může každá sestra pracovat na základě vědeckých důkazů bez toho, aby věnovala nadměrné množství času jejich vyčerpávajícím hledáním a tříděním (Baška, 2003, p. 319). Klinické doporučené postupy jsou systematicky vytvářena stanoviska, která pomohou sestrám a pacientům při rozhodování o vhodné péči v určité klinické situaci.

Krok 5 – Zhodnocení výsledku praktických rozhodnutí nebo změn založených na důkazu

Po implementaci změn založených na důkazech je důležité monitorovat a hodnotit každou změnu výsledků, každou pozitivní změnu podpořit a negativní napravit. I když nějaká intervence byla efektivní v kontrolované studii, neznamená to, že bude stejně účinná v klinickém prostředí. Monitorování efektu změn a kvality zdravotní péče může pomoci sestrám (i ostatním klinickým pracovníkům) v klinické praxi postřehnout nedostatky v realizaci a přesně identifikovat, kteří pacienti mají s největší pravděpodobností nejvíce prospěchu. Když se výsledky liší od výsledků zaznamenaných v literatuře, monitorování napomáhá určit příčiny zjištěných rozdílů (Melnyk et al., 2010, p. 53). Jednou z hlavních charakteristik ošetrovatelské péče založené na důkazech je kontinuální změna v klinické praxi založená na nejnovějších dostupných důkazech.

Krok 6 – Diseminace (rozšíření) výsledků EBN

Sestry (a ostatní kliničtí pracovníci) mohou díky ošetrovatelské péči založené na důkazech dosáhnout u svých pacientů velmi dobrých výsledků, často ale nedostatečně sdílejí své zkušenosti se svými kolegy nebo jinými zdravotnickými zařízeními, příp. organizacemi. Tato skutečnost

vede ke zbytečnému opakovanému úsilí a udržování klinického přístupu, který není založený na důkazech. Mezi způsoby diseminace (rozšíření) poznatků mohou patřit setkání v instituci, prezentace na konferencích, sdělení v recenzovaných a odborných časopisech, publikace (Melnyk et al., 2010, p. 53).

Bariéry implementace ošetrovatelství založeného na důkazech v klinické praxi

I když praxe založená na důkazech by měla být součástí standardní ošetrovatelské péče, existuje řada bariér, které to znemožňují. Někteří autoři (Burns, Grove, 2005; Cherry, Jacob, 2005) se zabývali zkoumáním překážek, které brání implementaci principů ošetrovatelství založeného na důkazech v klinické praxi.

Cherry a Jacob (2005, p. 503) uvádějí bariéry využití výzkumu v praxi rozdělené do tří skupin:

1. bariéry vztahující se k výsledkům výzkumu:
 - studie nejsou zaměřeny na klinické problémy,
 - studie nejsou opakované (zdvojené),
 - závěry nejsou formulovány v termínech, kterým rozumí většina sester v klinické praxi;
2. bariéry na straně sester:
 - sestry nepřikládají výzkumu důležitost,
 - sestry nečtou výzkumné zprávy (závěry výzkumu),
 - sestrám chybí schopnost najít závěry výzkumu,
 - sestry nevědí, jak aplikovat výsledky výzkumu do praxe;
3. bariéry týkající se charakteristiky organizace:
 - touha po stabilitě,
 - výdaje na rozvoj a implementaci,
 - autoritativní styl managementu,
 - organizační zmatek z vnějších a vnitřních tlaků.

Podobně vidí bariéry ošetrovatelství založeného na důkazech Burns a Grove (2005, p. 641), kteří je rozdělují do tří kategorií:

1. charakteristiky sester:
 - nedostatek kvalifikace pro hodnocení kvality výzkumu, zvláště statistických výsledků,
 - neakceptování výsledků výzkumu,
 - neakceptování klinických doporučených postupů (guidelines) založených na důkazech, které se mohou využít v praxi,

- neochota změnit současnou praxi,
 - nedocení výsledků výzkumu pro změny v praxi,
 - přesvědčení, že změny v praxi založené na výzkumu budou mít minimální přínos;
2. podpora zdravotnické organizace:
 - neposkytnutí přístupu k časopisům a dalším zdrojům výsledků výzkumu a klinických doporučených postupů (guidelines) založených na důkazech,
 - omezený čas na provedení změn vyplývajících z výzkumu v praxi,
 - omezená pravomoc na změnu péče o pacienta na základě výsledků výzkumu,
 - žádné prostředky na podporu změn v praxi,
 - žádné odměny na poskytování ošetrovatelské péče založené na důkazech pacientům a rodinám;
 3. kvalita výsledků výzkumu:
 - nejasná interpretace výzkumných závěrů,
 - nesrozumitelná interpretace výsledků výzkumu pro sestry z praxe,
 - studie není zaměřená na relevantní praktické problémy.

Identifikace bariér může podpořit komunikaci mezi výzkumníky, sestrami a zástupci organizací a může ulehčit implementaci ošetrovatelství založeného na důkazech ve zdravotnických zařízeních.

ZÁVĚR

Cílem příspěvku bylo charakterizovat ošetrovatelství založené na důkazech, objasnit jednotlivé kroky procesu ošetrovatelství založeného na důkazech a popsat bariéry implementace ošetrovatelství založeného na důkazech v klinické praxi. Rychlý rozvoj teorie a praxe ošetrovatelství v České republice, požadavky pacientů a jejich očekávání nejlepší dostupné péče přispívají k rostoucímu zájmu sester o problematiku Evidence Based Nursing. Sestry zpravidla deklarují, že jsou nedostatečně připravované na využívání principů EBN ve své klinické praxi. I to je jeden z důvodů rostoucího zájmu vzdělávacích institucí o implementaci problematiky ošetrovatelství založeného na důkazech do studijních programů sester a porodních asistentek. Výuka EBN může být zařazena jako samostatný předmět nebo jako součást jiných předmětů

tů. Mezi zásadní předpoklady této výuky patří motivace studentů, ochota vzdělávat se, kritické myšlení, znalost anglického jazyka, znalost výzkumu, základní počítačové zručnosti a znalost informačních technologií. Vzdělávání v této problematice je prvním a nevyhnutelným krokem

vedoucím k zavedení procesu EBN do klinické praxe v České republice.

Příspěvek vznikl v rámci projektu Inovace profesních zdravotnických programů na OU CZ.1.07/2.2.00/15.0020.

LITERATURA

1. Baška T (2003). Ošetrovateľská prax založená na dôkazoch. In: Žiaková K et al. Ošetrovateľstvo – teória a vedecký výskum. 1. vyd. Martin: Osveta, s. 314–319. ISBN 80-8063-131-X.
2. Brancato VC (2006). An Innovative Clinical Practicum to Teach Evidence-based Practice. *Nurse Educator*. 31/5: 195–199. ISSN 1538-9855.
3. Burns N, Grove SK (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization*. St. Louis: Elsevier, 780 p. ISBN 978-0721-606-262.
4. DiCenso A, Guyatt G, Ciliska D (2005). *Evidence-Based Nursing: A Guide to Clinical Practice*. St. Louis: Mosby, 600 p. ISBN 978-0-323-0259-1.
5. Evans D (2003). Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions. *Journal of Clinical Nursing*. 12: 77–84. ISSN 1365-2702.
6. Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Stillwell SB, Williamson KM (2010). Evidence-based practice step by step: Critical appraisal of the evidence: part II: digging deeper – examining the “keeper” studies. *American Journal of Nursing*. 110/9: 41–48. ISSN 1538-7488.
7. Cherry B, Jacob SR (2005). *Contemporary Nursing*. St. Louis: Mosby, 632 p. ISBN 978-0323-02968-1.
8. Johnston, L, Fineout-Overholt E. (2005). Teaching EBP: “Getting from Zero to One” Moving from Recognizing and Admitting Uncertainties to Asking Searchable, Answerable Questions. *Worldviews of Evidence-Based Nursing*. 2/2: 298–302. ISSN 1741-6787.
9. Malloch K, Porter-O’Grady T (2006). *Introduction to Evidence-Based Practice in Nursing and Health Care*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 278 p. ISBN 0-7637-2913-2.
10. Melnyk BM, Fineout-Overholt E (2005). *Evidence-Based Practice in Nursing and Healthcare*. Philadelphia: Lippincott Williams. ISSN 1533-0664.
11. Melnyk BM, Fineout-Overholt E (2011). *Evidence-Based Practice in Nursing and Healthcare. A Guide to Best Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams, 599 p. ISBN 978-1-60547-778-7.
12. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Stillwell SB, Williamson KM (2009). Igniting a Spirit of Inquiry: An Essential Foundation for Evidence-Based Practice. *American Journal of Nursing*. 109/11: 49–52. ISSN 1538-7488.
13. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Stillwell SB, Williamson KM (2010). Evidence-Based Practice: Step by Step: The Seven Steps of Evidence-Based Practice. *American Journal of Nursing*. 110/1: 51–53. ISSN 1538-7488.
14. Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Williamson KM (2010a.) Evidence-based practice. Step by step. Asking the Clinical Question: A Key Step in Evidence-Based Practice. *American Journal of Nursing*. 110/3: 58–61. ISSN 1538-7488.
15. Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Williamson KM (2010b). Evidence-based practice. Step by step. Searching for the evidence. Strategies to help you conduct a successful search. *American Journal of Nursing*. 110/5: 41–47. ISSN 1538-7488.

✉ Kontakt:

PhDr. Renáta Zeleníková, Ph.D., Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovateľství a porodní asistence, Syllabova 19, 703 00 Ostrava
E-mail: renata.zelenikova@osu.cz